SUOMALAISEN LAKIMIESYHDISTYKSEN JULKAISUJA
A-sarja N:o 230

Lasse Lehtonen

POTILAAN YKSITYISYYDEN SUOJA

Potilaan yksityisyyden suoja

SUOMALAISEN LAKIMIESYHDISTYKSEN JULKAISUJA
A-sarja N:o 230

Lasse Lehtonen

Potilaan yksityisyyden suoja

Yliopistollinen väitöskirja, joka Helsingin yliopiston oikeustieteellisen tiedekunnan suostumuksella esitetään julkisesti tarkastettavaksi Porthanian luentosalissa III perjantaina, lokakuun 26. päivänä 2001 kello 12.

With an English summary

SUOMALAINEN LAKIMIESYHDISTYS • HELSINKI

Julkaisuvaliokunta
Raimo Lahti, puheenjohtaja
Markku Helin
Mika Hemmo
Risto Nuolimaa
Lea Purhonen, sihteeri

Tilausosoite
Suomalainen Lakimiesyhdistys
Kasarmikatu 23 A 17
00130 Helsinki
P. (09) 603 567, f. (09) 604 668
sly@lakimies.org
www.lakimies.org

Verkkokirjan ISBN 978-951-855-562-2

© 2001 Suomalainen Lakimiesyhdistys ja Lasse Lehtonen
toimipaikka: Helsingin yliopiston Julkisoikeuden laitos ja
Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS)
Kliinisen farmakologian yksikkö

ISSN 0356-7206
ISBN 951-855-190-1

Vammalan Kirjapaino Oy, Vammala 2001

”Mikäli parannustyössäni tai sen ulkopuolella ihmisten parissa näen tai kuulen sellaista, mitä ei pidä levittämään, vaikenen ja pidän sen salaisuutena”

Hippokrateen vala (400-luvulta eKr.),
suomennos: Heikki Solin
(Lääkärin etiikka, Helsinki 2000).

Omistettu isälleni professori Aapo Lehtoselle ja kaikille
hoitosuhteen luottamuksellisuutta kunnioittaville lääkäreille.

Alkusanat

Oma tutustumiseni oikeustieteelliseen tutkimustoimintaan ja lääkintäoikeuteen alkoi jo 1980-luvun puolivälissä, jolloin aloitin jatko-opintoni hallinto-oikeuden oppiaineessa Turun yliopistossa. Lisensiaatin tutkinnon suorittaminen vei muun työn ohella kuitenkin yli 10 vuotta, joskin samana aikana ehdin perehtyä käytännön sairaanhoitoon, lääketieteelliseen tutkimukseen sekä näitä aloja sivuavaan lainsäädäntöön sekä Suomessa että ulkomailla. Terveydenhuollon tietoteknologian mukanaan tuomia haasteita jouduinkin kohtamaan paitsi oikeustieteilijänä, myös teknologiaa soveltavana lääkärinä ja tutkijana.

Tutkimukseni arkaluonteisten tietojen käytöstä terveydenhuollon hallinnossa alkoivat 1990-luvun alussa, jolloin silloin Turun yliopiston hallinto-oikeuden professorina toiminut Kai Kalima esitti tätä aihetta väitöskirjatyökseni. Väitöskirjahankkeeni lähti kuitenkin toden teolla liikkeelle vasta v. 1998, jolloin professorit Kai Kalima ja Raimo Lahti innostivat minut jatkamaan potilaan oikeusasemaa ja terveydenhuollon tietosuojaa koskevia tutkimuksiani Helsingin yliopistossa. Ajankohta tutkimuksen tekemiselle oli otollinen, koska perusoikeusuudistuksen myötä yksityiselämän suoja oli kohotettu muiden perusoikeuksien joukkoon ja koska Suomen liityttyä Euroopan Unioniin arkaluonteisten henkilötietojen käsittelylle oli tullut uusia, entistä tiukempia vaatimuksia. Lisäksi Suomen perustuslain säännökset ihmisoikeusvelvoitteista, hyvästä hallinnosta ja oikeusturvasta sekä perustuslain ensisijaisuudesta olivat ja ovat muuttamassa perinteistä laintulkintaa. Tutkimustyön rahoituksen järjestyminen mahdollisti toisaalta nyt tutkimuksen nopean etenemisen ja tämä käsillä oleva kirja valmistuikin alle kahden vuoden uurastuksen jälkeen.

Tutkimukseni tavoitteeksi asetettiin Helsingin yliopiston lääkintäoikeuden projektissa alun perin, että alan ensimmäisen oikeustieteellisen väitöskirjan tulisi edesauttaa uuden oppiaineen, lääkintäoikeuden, perustutkimusta Suomessa. Oikeustieteellisiä väitöskirjoja ei näet lääkintäoikeudesta aiemmin ole Suomessa julkaistu. Tosin Ilpo Paason hallintotieteellinen tutkimus lääkärintoimen vahingonkorvausvastuun normiperustasta vuodelta 1992 ilman muuta liittyy lääkintäoikeuden alueeseen. Omassa tutkimuksessani tarkastelun kohteena on erityisesti lääkintäoikeudellinen perussuhde, hoitosuhde, sen eri muodoissaan ja siihen liittyvät oikeudet ja velvollisuudet eri henkilötahoihin nähden. Hoitosuhteeseen liittyvistä oikeuksista sitten yksi – oikeus yksityiselämän suojaan – on tutkimuksessani otettu syvällisen tarkastelun kohteeksi. Tutkimukseni on kuitenkin paitsi lääkintäoikeudellinen myös hallinto-oikeudellinen. Terveydenhuolto Suomessa

on pääosin julkisyhteisöjen ylläpitämää toimintaa, joten hallinto-oikeudelliset oikeusperiaatteet ovat keskeisiä arvioitaessa terveydenhuollon toiminnan ja sen tiedonsiirtojen hyväksyttävyyttä. Myös perusoikeussuojaan liittyvät valtiosääntöoikeudelliset ongelmat sekä ns. informaatio-oikeuden ongelmat ovat tutkimuksessani vahvasti esillä. Tutkimuksessa onkin välttämättä jouduttu rikkomaan oikeudenalojen välille oikeustieteellisessä tutkimuksessa historiallisesti asetettuja rajoja, ja potilaan yksityisyyden suojan ongelmatilanteita on lähestytty pikemmin ongelmakeskeisestä näkökulmasta kuin jonkin oikeudenalan teoreettisesta viitekehyksestä käsin. Tutkimukseni pohjautuu kuitenkin paitsi allekirjoittaneen käytännön kokemukseen terveydenhuoltojärjestelmästä myös korostetun empiiriseen tutkimusmetodiin, runsaaseen oikeustapausmateriaaliin sekä analyyttisen oikeusteorian teoreettiseen viitekehykseen.

Tämä tutkimus ei olisi koskaan lähtenyt liikkeelle, saati valmistunut, ilman professori Kai Kaliman ja professori Raimo Lahden kannustusta ja ohjausta. Kain ja Raimon kiinnostus tutkimukseni etenemiseen, tuki ja hyvät neuvot ansaitsevatkin parhaat kiitoksen. Olen kuitenkin saanut varsinaisen tutkijankoulutukseni Turun yliopistossa, jossa nykyinen Helsingin yliopiston oikeustieteellisen tiedekunnan dekaani, professori Olli Mäenpää hallinto-oikeudessa ja professori (emeritus) Antero Jyränki valtiosääntöoikeudessa myötävaikuttivat silloin merkittävästi suuntautumiseeni sekä terveydenhuollon hallintoon että potilaan perusoikeuksiin. Sittemmin Helsingin yliopiston Julkisoikeuden laitoksen esimies professori Timo Konstari ja professori Kaarlo Tuori ovat kokeneen tutkijan taidoillaan ja neuvoillaan ohjanneet allekirjoittanutta niin informaatio-oikeudessa, sosiaalioikeudessa kuin oikeusteoriassakin. Haluan osoittaa heille kaikille parhaat kiitokseni saamastani kannustuksesta.

Tätä tutkimusta varten hain ja sain useita tutkimuslupia tutustuakseni oikeuskäytäntöön ja viranomaisratkaisuihin. Erityisesti haluan kiittää OTL Juhani Kaivolaa Potilasvahinkolautakunnasta, VT Maija Kleemolaa Tietosuojavaltuutetun toimistosta sekä ylilääkäri Aulikki Wallinia Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksesta saamastani avusta ja niistä monista mielenkiintoisista keskusteluista, joita olemme voineet tutkimukseni aikana käydä. Haluan myös kiittää kaikkia niitä Turun yliopiston ja Helsingin yliopiston hallinto-oikeuden ja lääkintäoikeuden tutkijoita, joiden kanssa olen viime vuosien aikana voinut kehittää ajatuksiani potilaan yksityisyyden suojasta. Mahdollisuudet niin virallisiin kuin epäviralisiin ”symposioihin” ovat olleet paitsi älyllisesti stimuloivia, parhaimmillaan myös hauskoja ja rentouttavia.

Väitöskirjakäsikirjoitukseni valmistuttua professori Heikki Kulla Turun yliopistosta ja professori Ahti Saarenpää Lapin yliopistosta lupautuivat ystävällisesti käsikirjoituksen esitarkastajiksi. Kummankin kanssa käymäni keskustelut ovat herättäneet uusia ajatuksia ja saamani korjausehdotukset ovat johtaneet käsikirjoituksen selkeään paranemiseen. Kiitän kumpaakin rakentavasta kritiikistä

ja Ahtia erityisesti hänen lupautumisestaan vastaväittäjäksi väitöstilaisuuteen ja tämän tehtävän mukanaan tuoman työkuorman hoitamisesta.

Juridinen koulutustaustani on tuntunut myös monesta lääkärikollegasta hyödylliseltä monimutkaistuvan lainsäädännön kiemuroiden selvittelyssä niin terveydenhuollossa kuin lääketieteellisessä tutkimuksessakin. Haluankin kiittää dosentti Kalle Hoppua, professori Pertti Neuvosta, professori Pertti Pentikäistä sekä dosentti Marju Tilly-Kiesiä kiinnostuksesta tutkimustani kohtaan. Erityisesti Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin eettisissä toimikunnissa olemme Pertin ja Marjun kanssa monesti joutuneet pohtimaan potilaan yksityisyyteen liittyviä ongelmatilanteita.

EU:n tietosuojadirektiivin implementointia eri jäsenmaissa koskevan tutkimushankeen valmistelu on tarjonnut mielenkiintoisia keskusteluja useiden tietosuoja-asioihin perehtyneiden tutkijoiden kanssa. Haluan erityisesti kiittää David Townendia (LL.B, M.Phil.) Sheffieldin yliopistosta paitsi yhteisen tutkimushankkeemme kansainvälisestä koordinoimisesta, myös väitöskirjani englanninkielisen yhteenvedon tarkastamisesta.

Tämä tutkimus ei olisi toteutunut ilman siihen saatua taloudellista tukea, josta haluan kiittää Suomen Kulttuurirahastoa, Aili ja Brynolf Honkasalon rahastoa sekä Olga ja Kaarle Oskari Laitisen Säätiötä. Eduskunnan kirjaston tarjoamat tutkimustilat sekä kirjaston ystävällinen henkilökunta ja erinomainen informaatiopalvelu ansaitsevat myös erityiskiitokset.

Lopuksi haluan kiittää perhettäni kärsivällisyydestä ja ymmärryksestä jo toista väitöskirjaa riipustanutta tutkijaa kohtaan. Isäni Professori Aapo Lehtonen ja äitini HLL Liisa Lehtonen ovat toki aina kannustaneet allekirjoittanutta opintielle, mutta rakas vaimoni Jaana ja rakkaat lapseni Niina ja Miikka ovat joutuneet sietämään työhuoneeseen sulkeutuvaa ja ajoittain öisinkin kirjoittavaa huuhkajaa, joka vain huhuilee ruokaa ja kahvia, seurustelun ja yhteisen vapaa-ajan vieton sijasta. Kirjalliset harrastukseni ovat merkinneet ajoittain myös ”sosiaalisten suhteiden suojan” heikentymistä ja ylläpito moniin ystäviin onkin viimeisen parin vuoden aikana jäänyt valitettavan vähäiseksi. Parhaat kiitokset teille kaikille ymmärtämyksestä ja kannustuksesta.

Espoon Kiiltokalliontiellä, 15.8.2001

Lasse Lehtonen

Sisällysluettelo

ALKUSANAT IX

SISÄLLYSLUETTELO XIII

KIRJALLISUUS XIX

LYHENTEET XXXVII

1. JOHDANTO 1
1.1. Lääkintäoikeuden oikeudenala 1
1.2. Tutkimuksen kysymyksenasettelu 5
1.2.1. Tutkimuksen peruskäsitteet 5
1.2.2. Oikeusongelmat 7
1.2.3. Tutkimusalueen määrittely 9
1.3. Tutkimusmetodi 10
1.3.1. Empirismi ja positivismi 10
1.3.2. Analyyttinen tarkastelutapa 13
1.4. Tutkimuksen oikeuslähteistä 15
1.4.1. Oikeuslähteiden painoarvon muutos 15
1.4.2. Normiteoreettinen viitekehys 16
1.4.3. Lainsäädäntö 18
1.4.4. Lainvalmisteluaineisto 19
1.4.5. Oikeustapaukset 21
1.4.6. Oikeuskirjallisuus 22
1.5. Tutkimuksen tavoitteet 24

2. HOITOSUHDE LÄÄKINTÄOIKEUDELLISENA YLEISKÄSITTEENÄ 29
2.1. Potilas-lääkäri -suhteen empiirinen arviointi 29
2.2. Hoitosuhde oikeudellisena käsitteenä 31
2.3. Hoitosuhde suomalaisessa oikeuskirjallisuudessa 38
2.4. Suomalainen lainsäädäntö 44
2.4.1. Perusoikeussäännösten takaama oikeus terveyden- ja sairaanhoitoon 44
2.4.2. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 55
2.4.3. Potilasvahinkolaki 57

2.4.4. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 63
2.4.5. Terveydenhuolto-organisaatiota koskevat säännökset 65
2.4.5.1. Julkinen terveydenhuolto 65
2.4.5.2. Yksityinen terveydenhuolto 71
2.4.6. Perusoikeussäännösten merkitys lakien tulkinnassa 73
2.4.7. Epätasapainoiset oikeus-velvollisuus -parit 79
2.5. Hoitosuhteen tunnusmerkit 82
2.6. Hoitosuhteen tyypit 87
2.6.1. Potilasaloitteinen hoitosuhde 87
2.6.2. Hoitovelvollisuuteen perustuva hoitosuhde 96
2.6.3. Tutkimussuhde 98
2.6.4. Pakkohoitosuhde 102
2.6.4.1. Tartuntataudit 103
2.6.4.1.1. Pakkohoitosuhteen perustaminen 103
2.6.4.1.2. Pakkohoidon sisällöstä päättäminen 107
2.6.4.1.3. Tartunnan lähteen selvittäminen 109
2.6.4.2. Mielisairaat 110
2.6.4.2.1. Pakkohoitosuhteen perustaminen 110
2.6.4.2.2. Pakkohoidon sisällöstä päättäminen 117
2.6.4.3. Kehitysvammaiset 123
2.6.4.3.1. Pakkohoitosuhteen perustaminen 123
2.6.4.3.2. Pakkohoidon sisällöstä päättäminen 127
2.6.4.4. Pakkohoito ja lastensuojelu 130
2.6.4.5. Pakkohoito päihdehuoltolain perusteella 133
2.6.4.6. Virka-avun perusteella toteutettu pakkohoito 134

3. HOITOSUHTEEN OIKEUSVAIKUTUKSET 138
3.1. Potilaan oikeudet 138
3.1.1. Yleistä 138
3.1.2. Oikeus saada hoitoa 138
3.1.3. Oikeus asianmukaiseen kohteluun 144
3.1.4. Oikeus saada tietoa omasta terveydentilasta ja sen hoitomahdollisuuksista 146
3.1.5. Oikeus kieltäytyä hoitotoimenpiteestä (hoitosuhteen katkeamatta) 150
3.1.6. Oikeus terveyden- ja sairaudentilatietojen korostettuun suojaan 153
3.1.7. Oikeus sairausasiakirjojen virheen korjaamiseen 153
3.1.8. Oikeus kieltää arkaluonteisten (terveydentila)tietojen luovutus ja käyttö 154
3.1.9. Oikeus vahingonkorvaukseen 154
3.1.10. Oikeus oikeusturvakeinojen käyttöön 155

3.2. Potilaan velvollisuudet 157
3.2.1. Velvollisuus tietojen luovuttamiseen 157
3.2.2. Velvollisuus alistua hoitoon 158
3.2.3. Velvollisuus palkkion maksamiseen 160
3.3. Terveydenhuollon ammattihenkilön oikeudet 163
3.3.1. Oikeus ammattinimikkeen käyttämiseen 163
3.3.2. Oikeus päättää hoidosta 165
3.3.3. Oikeus hoitotoimenpiteiden suorittamiseen 167
3.3.4. Oikeus tietojen saantiin 168
3.3.5. Oikeus korvaukseen taikka palkkioon 169
3.4. Terveydenhuollon ammattihenkilön velvollisuudet 170
3.4.1. Velvollisuus hoidon antamiseen 170
3.4.2. Velvollisuus toteuttaa hyvää terveyden- ja sairaanhoitoa 171
3.4.3. Velvollisuus potilasasiakirjojen laatimiseen 176
3.4.4. Velvollisuus tiedon antamiseen potilaalle 177
3.4.5. Salassapitovelvollisuus 180
3.4.6. Velvollisuus tiedon antamiseen viranomaiselle 180
3.4.7. Velvollisuus myötävaikuttaa toiminnan valvontaan 180
3.4.8. Vakuuttamisvelvollisuus 182
3.5. Hoitosuhteen analyyttinen tarkastelu 182

4. YKSITYISYYDEN SUOJA HOITOSUHTEESSA 189
4.1. Hoitosuhteen luottamuksen suojan historiallinen tausta 189
4.2. Yksityisyyden suoja oikeudellisena käsitteenä 192
4.3. Yksityisyyden suojan erityispiirteet terveyden- ja sairaanhoidossa 198
4.3.1. Yksityisyyden muodot 198
4.3.2. Immateriaalinen yksityisyys 199
4.3.2.1. Potilaan minä-kuvan suoja 199
4.3.3.2. Potilaan itsemääräämisoikeuden suoja 201
4.3.2.3. Potilaan sosiaalisten suhteiden suoja 202
4.3.3. Materiaaliset intressit 204
4.3.4. Itseinkriminaatioon pakottamisen kielto 205
4.4. Yksityiselämän suojan ydinalue 206

5. KANSAINVÄLISET TIETOSUOJAVELVOITTEET 209
5.1. Yhdistyneet kansakunnat 209
5.2. Euroopan Neuvosto 209
5.3. Euroopan Unionin tietosuojadirektiivi 213
5.4. OECD:n suositus yksityisyyden suojaamisesta ja valtioiden välisestä henkilötietojen siirrosta 216

6. YKSITYISYYDEN SUOJAAMISKEINOT 218
6.1. Luvattoman tiedonkeruun kielto 218
6.2. Tietojen luovuttamisen rajoittaminen 221
6.3. Tiedonsaantioikeus 224
6.4. Oikeus päättää asiakirjojen käytöstä 226
6.5. Tekninen tietoturva 227

7. HENKILÖTIETOLAINSÄÄDÄNNÖN TIEDONSIIRTOA RAJOITTAVAT PERIAATTEET 234
7.1. Arkaluonteisten tietojen käsittelykielto 234
7.2. Yhteysvaatimus 235
7.3. Suunnitelmallisuusvaatimus ja säännönmukaisen tietojen luovutuksen kuvausvelvollisuus 236
7.4. Tarpeellisuusvaatimus ja käyttötarkoitussidonnaisuus 237
7.5. Huolellisuusvelvoite ja vaatimus tietojen virheettömyydestä 238
7.6. Rekisteröidyn informointivelvollisuus 239

8. TERVEYDENHUOLLON REKISTERIT 242
8.1. Potilasasiakirjojen laatimisvelvollisuus 242
8.2. Terveydenhuollon valtakunnalliset rekisterit 247
8.3. Potilasrekisterien keskeiset tietotyypit 249
8.3.1. Tunnistetiedot 249
8.3.2. Diagnoositiedot 251
8.3.3. Hoidon sisältöä koskevat tiedot 253
8.4. Rekisterityypit 255

9. TERVEYDENHUOLLON SALASSAPITOSÄÄNNÖKSET 256
9.1. Rikoslaki ja oikeudenkäymiskaari 256
9.2. Julkisuuslaki 257
9.3. Potilaan oikeuksia koskevat säännökset 258
9.4. Terveydenhuoltohenkilöstöä koskevat säännökset 260
9.5. Julkista terveydenhuoltoa koskevat säännökset 261
9.5.1. Terveydenhuollon organisaatiot 261
9.5.2. Terveysvalvonta 262
9.6. Yksityistä terveydenhuoltoa koskevat säännökset 264
9.6.1. Yksityiset terveyspalvelut 264
9.6.2. Työterveyshuolto 267
9.7. Erityisiä lääketieteellisiä toimenpiteitä koskevat säännökset 272
9.8. Sosiaaliturvaa koskevat säännökset 272

10. TERVEYDENTILATIETOJEN LUOVUTTAMISEEN OIKEUTTAVAT SÄÄNNÖKSET 274
10.1. Tietojen luovuttaminen hoitosuhteessa 274
10.2. Hoitosuhteen ulkopuolinen potilastietojen luovuttaminen 276
10.3. Viranomaisen oikeus terveystietojen luovuttamiseen 281

11. TERVEYDENTILATIETOJEN VAATIMISEEN OIKEUTTAVAT SÄÄNNÖKSET 289
11.1. Tietojen vaatimista rajoittavat hallinto-oikeudelliset periaatteet 289
11.2. Väestötiedot ja valtakunnalliset rekisterit 292
11.3. Terveydenhuollon suunnittelu ja valvonta. 294
11.3.1. Hoidon vaikuttavuuden ja kustannusten seuranta 294
11.3.2. Potilaan hoidon valvonta 297
11.3.2.1. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden valvonta 297
11.3.2.2. Terveysvaaran poistaminen 299
11.4. Sosiaalitoimi 301
11.4.1. Sosiaalihuolto. 301
11.4.2. Sosiaalivakuutus 305
11.5. Yleinen järjestys ja turvallisuus 309
11.6. Muu hallinto 318
11.7. Potilas, omainen ja muu asianosainen 320

12. TERVEYDENTILATIETOJEN REKISTERÖIMISEEN OIKEUTTAVAT SÄÄNNÖKSET 332
12.1. Potilasrekisterit 332
12.2. Kansaneläkelaitoksen ja vakuutuslaitosten rekisterit 335
12.3. Poliisin ja puolustusvoimain henkilörekisterit 336
12.4. Toimitukselliset rekisterit 338

13. LÄÄKETIETEELLINEN TUTKIMUS JA YKSITYISYYS 340
13.1. Tutkimustiedon keruuta koskevat säännökset 340
13.1.1. Tutkimustoiminnan kansainvälinen sääntely 340
13.1.2. Tutkimustoimintaa koskevat säädökset Suomessa 344
13.2. Tutkimustiedon rekisteröintiä koskevat erityissäännökset 346

14. SANKTIOT POTILAAN YKSITYISYYDEN SUOJAN LOUKKAAMISESTA 351
14.1. Potilaan oikeuksien loukkaaminen 351
14.2. Luvaton tutkimustoiminta 352
14.3. Arkaluonteisten tietojen luvaton rekisteröinti 354
14.4. Rikoslain salassapitorikokset 356

15. POTILAAN YKSITYISYYS ERÄIDEN MUIDEN MAIDEN OIKEUSJÄRJESTYKSISSÄ 358
15.1. Kansainvälinen tiedonvaihto ja yksityisyyden suoja 358
15.2. Ruotsi 359
15.3. Saksa 362
15.4. Iso-Britannia 364
15.5. Yhdysvallat 367
15.5.1. Yksityisyyden suoja oikeustapausten valossa 367
15.5.2. Liittovaltion lainsäädäntö 370

16. JOHTOPÄÄTÖKSET JA NORMISUOSITUKSET 373
16.1. Hoitosuhde oikeudellisena ilmiönä 373
16.2. Yksityiselämän suojan analyyttinen tarkastelu 374
16.3. Periaatteiden sääntövaikutus vs. sääntöjen periaatevaikutus 381
16.4. Eräitä vastauksia tutkimuksessa asetettuihin kysymyksiin 385
16.5. Normisuosituksia 388
16.6. ”Kel’ onni on, se onnen kätkeköön” 394

17. ENGLISH SUMMARY 398

KANSAINVÄLISET SOPIMUKSET 406

LAINVALMISTELUAINEISTO 407
Hallituksen esitykset eduskunnalle 407
Valiokuntien kannanotot 409

OIKEUSTAPAUKSET 411

ASIAHAKEMISTO 415

Kirjallisuus

Aarnio, Aulis: Oikeudellisen ajattelun perusteista. Vammala 1971.
Aarnio, Aulis: Mitä lainoppi on. Helsinki 1978.
Aarnio, Aulis: Laintulkinnan teoria. Yleisen oikeustieteen oppikirja. Juva 1989.
Aarnio, Aulis – Peczenik, Aleksander: On Values: Universal or Relative. Juris: An International Journal of Jurisprudence and Philosophy of Law 1996:4,321–33.
Abram, Morris – Wolf, Susan: Public Involvement in Medical Ethics. A Model for Government Action. NEJM 1984:310,627–632.
Achté, Kalle – Alanen, Yrjö – Tienari, Pekka: Psykiatria 1. Juva 1981.
Achté, Kalle – Autio, Lauri – Isotalo, Antti – Kosonen, Tapani – Lindqvist, Martti – Tammisto, Tapani – Vartiovaara, Ilkka: Lääkintäetiikka. Helsinki 1982.
Achté, Kalle – Hoppu, Esko: Lääkärin taitovirhe ja vahingonkorvausvastuu. Vammala 1983.
Ahtee, Aaro: Hallinto-oikeudellinen vapaudenriisto. Vammala 1950.
Ahtee, Aaro: Lääkärin vaitiolovelvollisuus oikeudenkäynnin ulkopuolella. LM 1949, s. 678–686.
Alderman, Ellen – Kennedy, Caroline: The Right to Privacy. New York 1995.
Alexius, Birgitta: När är man skyldig att varna om hot från psykiatriska patienter. Läkartidningen 1990:87,2193–2194.
Alexius, Birgitta – Heilbrunn, Ulla – Beck, Barbro – Wistedt, Börje: Involuntarily Detained HIV-infected Patients in Sweden: Reasons for Referral and Psychiatric Diagnoses. Med Law 1995:14,491–500.
Alexy, Robert: Theorie der Grundrechte. Baden-Baden 1985.
Amberla, Synnöve – Jakkola, Antero – Kleemola, Maija: Kuntalaskutus terveydenhuollon toteutuksessa. Tietosuoja 1996:1,4–8.
Andersson, Margareta: Integritet som begrepp och princip: en studie av ett vårdetisk ideal i utveckling. Åbo 1994.
Angell, Maria: Handicapped childrens: Baby Doe and Uncle Sam. NJEM 1983:309,659–661.
Annas, George J: Restricting Doctor-Patient Conversations in Federally Funded Clinics. NJEM 1991:325,362–364.
Annas, George J: Rules for Research on Human Genetic Variation – Lessons from Iceland. NJEM 2000:234,1830–1833.
Annas, George J: Testing Poor Pregnant Women for Cocaine – Physicians as Police Investigators. NJEM 2001a:344,1729–1732.
Annas, George J: The Limits of State Laws to Protect Genetic Information. NEJM 2001b:345,385–388.
Annas, George J – Glantz, Leonard H – Mariner, Wendy K: The Right of Privacy Protects the Doctor-Patient Relationship. JAMA 1990:263,858–861.
Anttila, Inkeri: Loukatun suostumus oikeudenvastaisuuden poistavana perusteena. Vammala 1946.
Apo, Matti – Keskinen, Eero: Stereotaktisen psykokirurgisen hoidon arviointia. Duodecim 1984:100,613–619.
Appelbaum, Paul S: Informed Consent: Legal Theory and Clinical Practice. New York 1987.
Autio, Seppo – Palo, Jorma – Aittokallio, Maija – Turunen, Sakari: Kehitysvammaisuus. Porvoo 1985.
Bappert, Lieselotte: Artzt und Patient als Rechtsuchende. Hamburg 1980.
Baughman, Lisa Kay: Baby Jane Doe's Right of Privacy from Cradle to Grave: Infirmities of the 1984 Child Abuse Amendment. Med Law 1997:6,375–384.

Bergentz, Sven-Erik: 50 år sedan Nürnbergkoden. Läkaren under nazismen inga ovilliga tjänare. Läkartidningen 1997:34,2692–2695.
Bockelman, Paul: Grundlagen und rechtliche Grenzen der ärtzlichen Aufklärungsplicht. NJW 1961:21,945–951.
Bradbury, Eileen: The Psychology of Aesthetic Plastic Surgery. Aesth Plast Surg 1994:18,301–305.
Brahams, Diana: The Surgeons Duty to Warn of Risks: Transatlantic Approach Rejected by Court of Appeal. Lancet, 1984: March 10, 578–579.
Brahams, Diana: Doctor's Duty to Inform Patient of Substantial or Special Risks when Offering Treatment. Lancet 1985: March 2, 528–530.
Brahams, Diana: Explanation and Disclosure of Risks in the Treatment of Children. Lancet 1986: April 19, 925–926.
Brahams, Diana: Access to Medical Reports. Lancet 1989a: February 18, 393.
Brahams, Diana: Legal Power to Sterilise Incompetent Women. Lancet 1989b: April 15, 854–844.
Brahams, Diana: Jehovah's Witness Transfused without Consent: a Canadian Case. Lancet 1989c: December 9, 1407.
Brahams, Diana: Consent for Treatment of Minors in Wardship. Lancet 1991: (338) August 31, 564–565.
Brahams, Diana: Compulsory Intervention during Pregnancy. Lancet 1992: (340) Oct. 24, 1029–1030.
Bromberg, J – Hirsch, H: Medical Records and Hospital Reports. Med Law 1982:1,253–272.
Brommels, Mats: Terveydenhuoltojärjestelmä. Teoksessa: Lääkärintyö ja laki (toim. Koskenvuo, Kimmo), s. 18–30. Helsinki 2000.
Brusiin, Otto: Tuomarin harkinta normin puuttuessa. Helsinki 1938.
Bruun, Lars: Informationens lagar och normer. Vammala 1984.
Callens, Stefaan H: The Automatic Processing of Medical Data in Belgium: Is the Individual Protected? Med Law 1993:12, 55–59.
Callens, Stefaan: The Privacy Directive and the Use of Medical Data for Research Purposes. Eur J Health Law 1995:2,309–340.
Callens, Stefaan and Nys, Herman: Recommendations for European Health Data Protection Legislation. Studies in Health Technology and Informatics 1996:27,23–52.
Cantrell, C: A Physician's Liability for Experimental Procedures. Med Law 1984:3,339–344.
Carmi, Amnon: Law and Medicine. Haifa 1987.
Chapman, Charleton B: Physicians, Law and Ethics. New York 1984.
Currie, David P: The Constitution in the Supreme Court. The First Hundred Years. Chicago 1985.
Currie, David P: The Constitution in the Supreme Court. The Second Century. London 1990.
Czwalinna, Joachim: Ethik-Komissionen Forschnungslegitimation durch Verfahren. Frankfurt am Main 1987.
Datainspektionen: Skydd för ensklida vid behandling av personuppgifter: en översiktlig genomgång. Stockholm 1993.
Deutsch, Erwin: Der Zeitpunkt der ärtzlichen Aufklärung und die antezipierte Einwilligung den Patienten. NJW 1979, 38: 1905–1909.
Deutsch, E: The Protection of the Person in Medical Research in Germany. Med Law 1999:18,77–92.
Dickens, Bernard M. Legal Limits of AIDS Confidentiality. JAMA 1988:259,3449–3451.
Doyal, Len: Human Need and the Right of Patients to Privacy. Journal of Contemporary Health Law and Policy 1997:14,1–21.
Dworkin, Gerald: The Delicate Balance: Ethics, Law and Medicine. In: Callahan, Daniel; Dunstan, G.R (eds): Biomedical Ethics: an Anglo-American Dialogue, pp. 24–36. New York 1988.

Dworkin, Ronald: Taking Rights Seriously. Cambridge 1978.
Dyer, Clare: Contraceptives and the under 16s: House of Lords Ruling. BMJ 1985a:291,1208–1209.
Editorial: What Should a Doctor Tell. BMJ 1985a:290,780–781.
Editorial: Treatment without Consent: Intervention by the Court. BMJ 1985b:290,1408–1409.
Editorial: Confidentiality, Testimonial Privilege and Patients Right to Secrecy under the ECHR. Eur J Health Law 1997:4,119–125.
Editorial: Flawed US Proposals on Patient's Privacy. Lancet 1997:350,823.
Editorial: Hård JO-kritik mot fördröjd journalutlämning. Läkartidningen 1988:85,1015.
Editorial: Informerade inte 13-årings föräldrar om akut sjukdom. Läkartidningen 1991:88,758.
Editorial: Forskare vill skapa förutsättningar för epidemiologiska studier. Läkartidningen 1997:94;1342.
Ellilä, Kalevi: Terveysasiat ja kantelut. Oikeustiede-Jurisprudentia 2000:23,9–127.
Elosuo, Reino: Terveydenhuoltohenkilöstön salassapitovelvollisuus ja potilaan tietosuoja. Lääkärin näkökulma. Teoksessa: Vastuu ja oikeusturva terveydenhuollossa, s. 92–98. Helsinki 1983.
Erich, Rafael: Suomen valtio-oikeus I. Helsinki 1924.
Eriksson, Lars: Socialrätten – i kris eller utveckling? JFT 1987, s. 153–174.
Eskola, Jarkko: Psykiatrisia potilaita koskevia erityiskysymyksiä. Teoksessa: Vastuu ja oikeusturva terveydenhuollossa, s. 62–69. Vammala 1983.
Eskola, Juhani – Jahkola, Matti – Hovi, Tapani. Tartuntatautien torjunta ja tartuntatautilaki. Lääketieteellinen mikrobiologia (toim. Mäkelä, Olli – Tiilikainen, Anja, S.– Vaara, Martti – Vaheri, Antti – Valtonen, Ville):, s. 632–635. Jyväskylä 1993.
Eskola, Juhani – Ruuttu, Petri: Tartuntatautien torjunta. Teoksessa: Lääkärintyö ja laki (toim. Koskenvuo, Kimmo), s. 211–218. Helsinki 2000.
Eskola, Kari: Lääkärintodistukset ja lausunnot: yleisohjeet. Teoksessa: Lääkärintyö ja laki (toim. Koskenvuo, Kimmo), s. 294–296. Helsinki 2000.
Etzioni, Amitai: The Limits of Privacy. New York 1999a.
Etzioni, Amitai: Medical Records. Enhancing Privacy, Preserving the Common Good. Hastings Center Report 1999b:29, s. 14–23.
Fagerström, Ritva: Terveydenhoitohenkilöstöstä lääkintöhallitukseen tehdyt kantelut vuosina 1975–1979. Helsinki 1983.
Fenwick, Peter: Informed Consent – should Bolam be Rejected. Med Law 1996:16,215–223.
Forsell, Eeva: Mielisairaiden ja kehitysvammaisten sterilointi- ja eutanasiaohjelmat kansallissosialistisessa Saksassa. SLL 1995:27,2861–2864.
Freeman, Phyllis – Robbins, Anthony: The U.S. Health Data Privacy Debate. Will there be Comprehension before Closure. Int J Technol Assessment Health Care 1999:15,316–331.
Gavison, Ruth. Privacy and the Limits of Law. The Philosophical Dimensions of Privacy, p. 346–402. (Ed. Ferdinand Schoeman). Cambridge 1984.
Gillon, Raanan: Telling the Truth and Medical Ethics. BMJ 1985:291,1556–1557.
Gillon, Raanan: Where Respect of Autonomy is not the Answer. BMJ 1986:292,48–49.
Goodare, Heather – Smith, Richard: The Rights of Patients in Research. BMJ 1995:310,1277–1278.
Gross, Jost: Die Persönliche Freiheit des Patienten. Bern 1977.
Gulcher, Jeffrey R. – Stefansson, Kari: The Icelandic Healthcare Database and Informed Consent. NEJM 2000:324,1827–1830.
Habermas, Jürgen: The Structural Transformation of the Public Sphere. An Inquiry into a Category of Bourgeois Society. Cambridge 1991.
Hakkila, Esko: Suomen tasavallan perustuslait sekä eräitä niihin liittyviä lakeja, asetuksia ja säännöstöjä. Porvoo 1939.

Hakulinen, Timo: Lääketieteellinen tutkimus ja tietosuoja. Suomen Tilastoseuran Vuosikirja 1993, s. 135–148. Helsinki 1994.
Halila, Heikki: Yhdistyksen jäsenluettelo. Vammala 1988.
Halila, Leena: Hallintolainkäytön oikeusturvatakeista. Helsinki 2000.
Hallberg, Pekka: Perusoikeusjärjestelmä. Teoksessa: Perusoikeudet (toim. Hallberg, Pekka – Karapuu, Heikki – Scheinin, Martin – Tuori, Kaarlo – Viljanen, Veli-Pekka), s. 31–58. Juva 1999.
Hallberg, Pekka: Oikeusturva. Teoksessa: Perusoikeudet (toim. Hallberg, Pekka – Karapuu, Heikki – Scheinin, Martin – Tuori, Kaarlo – Viljanen, Veli-Pekka), s. 651–666. Juva 1999.
Halme-Kauranen, Ritva – Kokkonen, Paula – Gottberg-Talve, Eva – Söderlund, Desire: Ehdotus laeiksi ihmisen keinotekoisista lisääntymismenetelmistä sekä isyyslain muuttamisesta. Oikeusministeriön lainvalmisteluosaston julkaisu 12/1988.
Hannuniemi, Anja: Alaikäisen oikeudellisesta asemasta terveydenhuollossa. Lakimies 1997: 6,836–855.
Hannuniemi, Anja: Oikeus hoitoon viimeaikaisessa oikeuskäytännössä. Teoksessa: Oikeus ja oikeudenmukaisuus (toim. Thure, Veli Matti), s. 288–320. Joensuu 1999.
Hartlev, Mette: Tavhedspligt – oplysningspligt: informationsudveksling i SSP-samarbejdet. København 1990.
Heinonen, Risto – Hannula, Ilari: Valvonta tietoyhteiskunnassa. Helsinki 1999.
Helminen, Klaus – Kuusimäki, Martti – Salminen, Markku: Polisrätt. Helsingfors 2000.
Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Tutkijan opas lääketieteellisen tutkimuksen eettisestä käsittelystä. Helsinki 24.7.2000.
Helin. Markku: Lainoppi ja metafysiikka. Vammala 1988.
Henke, Ferdinand: Die Datenschultzkonvention des Europarates. Frankfurt am Main, 1986.
Hidén, Mikael: Kirjeenvaihdon vapaus ja laitokset. JFT 1969, s. 244–258.
Hidén, Mikael: Perusoikeudet Hallitusmuodon II luvussa. Oikeustiede – Jurisprudentia 1971:1,1–106.
Hidén, Mikael: Lausunto perustuslakivaliokunnalle lapsilisälain 1a §:n väliaikaisesta muuttamisesta ja sairausvakuutuslain ja eräiden siihen liittyvien lakien väliaikaisesta muuttamisesta 8.6.1992. Julkaisematon.
Hidén, Mikael – Saraviita Ilkka. Suomen valtiosääntöoikeus pääpiirteittäin. Helsinki 1989.
Hirsch, Harold L – Ronsenfeld, Jill – Taffet, Gary A. – Passarelli, Thomas: Physician Medical Records: Why, Whether, Wherefore, How and Their Longevity. Med Law 1985:4,141–154.
Hirsch, Harold L: Physicians and Medical Records – A Necessary Evil. Med Law 1987:6,79–90.
Hofstadter, Samuel H – Horowitz, George: The Right of Privacy. New York 1964.
Hohfeld, W.N: Fundamental Legal Conceptions (ed. W.W. Cook). Greenwood Press, New Haven, USA, 1964.
Honkasalo, Brynolf: Suomen rikosoikeus. Yleiset opit I. Helsinki 1965.
http://aspe.os.hhs.gov/admnsimp/pvcrec0.htm: Confidentiality of Individually-identifiable Health Information. Recommendations of the Secretary of Health and Human Services, Pursuant to section 264 of the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996. September 11, 1997.
http://conventions.coe.int/treaty/EN/cadreprincipal.htm: Search on Conventions and Agreements in the European Treaty Series (ETS).
http://cs3-hq.oecd.org/scripts/pwv3/pwhome.htm: What is the OECD Privacy Statement Generator. OECD & Microsoft Corporation 2000.
http://pharmacos.eudra.org/eudralex/vol-3/home.htm#3c: European Medical Evaluation Agency Guidelines: Medicinal Products for Human Use, Volume 3C: Efficacy, Clinical Guidelines (General) 3CC1A Good Clinical Practice.
http://www.dataprotection.gov.uk/principl.htm: Principles of Data Protection. Last updated 26 June, 2000.

http://www.hcfa.gov/hipaa/hipaahm.htm: The Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) Page.
http://www.kela.fi/tilasto/Suomi/Opas/Tietoa.html: KELA tilastoi – tietoa tilastoista.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi: PubMed, National Library of Medicine's search service.
http://www.mrc.ac.uk/ethics_a.html: Medical Research Council: Personal Information in Medical Research. Last updated on 11/12/2000.
http://www.stakes.fi/stakestieto/aineistot.asp: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus – aineistot.
http://www.tietosuoja.fi/uploads/oefei7v.htm: Ilmoitusvelvollisuus 1.6.1999 lukien voimaan tulevan henkilötietolain mukaan.
http://www.tietosuoja.fi/1698.htm: Yleisohjaus rekisterinpitäjän velvoitteiden täyttämiseksi.
http://www.tietosuoja.fi/3144.htm: Kenellä on oikeus tallettaa ja käyttää henkilötietoja (Tietosuojavaltuutetun toimiston julkaisu Asiaa tietosuojasta nro 9/1999, 29.12.1999).
http://www.tietosuoja.fi/3147.htm: Tietosuoja ja tieteellinen tutkimus henkilötietolain kannalta (Tietosuojavaltuutetun toimiston julkaisu Asiaa tietosuojasta nro 12/1999, 29.12.1999).
http://www.tietosuoja.fi/7258.htm: Työnantajan oikeus luovuttaa lääkärintodistus työterveyshuoltoon.
Hupli, Tuomas: TEO:n seuraamukset. Helsinki 1995.
Hybel, Ulla: Forsögspersoner. Köbenhavn 1998.
Häyry, Heta – Häyry Matti: Elämän ehdot – bioetiikan, vapauden ja vastuun filosofiaa. Helsinki 1997.
Ilveskivi, Paula: Potilaan oikeusasema tiedonsaantioikeuden näkökulmasta. Kansaneläkelaitos: Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 26. Helsinki 1997a.
Ilveskivi, Paula: Potilaan tiedonsaantioikeus. Lakimies 1997b:6;774–805.
Ilveskivi, Paula: Perusoikeudet sosiaaliturvalainsäädännön toimeenpanossa. Helsinki 2000.
Jauhiainen, Liisa: Terveydenhuoltolainsäädäntö sekä salassapito. Lääkintöhallituksen julkaisuja 62. Helsinki 1985.
Joutsamo. Kari – Aalto, Pekka – Kaila, Heidi – Maunu, Antti: Eurooppaoikeus. Helsinki 2000.
Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta (JUHTA) 1996:4. Yhteiskunnan perusrekisterit. Helsinki 1996.
Jungner, Mikael: Kunnalliset palvelut ja kuluttaja. Tutkimus kunnallisten palveluiden kuluttajien oikeusturvasta. Lisensiaatintutkimus. Helsingin yliopisto 1996.
Jussila, Arja: Kuka oikein on kehitysvammainen. Huoltaja 1970:58,493-496.
Jyränki, Antero: Näkökohtia Suomen perusoikeusjärjestelmästä. Lakimies 1968, s. 977–1002.
Jyränki, Antero: Lausunto perustuslakivaliokunnalle lapsilisälain 1a §:n väliaikaisesta muuttamisesta 8.6.1992. Julkaisematon.
Kaivola Juhani, Lehtonen Lasse: Potilasvahinkolautakunnan ratkaisuja: Pitkäaikaishoidossa olevan vanhuksen tapaturman korvattavuus. SLL 2000a:32,3141–3144.
Kaivola Juhani, Lehtonen Lasse: Potilasvahinkolautakunnan ratkaisuja: Sikiön raskauden tai synnytyksen aikainen hapenpuute potilasvahinkona. SLL 2000b:36,3591–3597.
Kaivola Juhani, Lehtonen Lasse: Potilasvahinkolautakunnan ratkaisuja: Julkisen terveydenhuollon riittämättömät resurssit ja potilaan oikeus vahingonkorvaukseen. SLL 2000c:42,4301–4304.
Kaivola Juhani, Lehtonen Lasse: Potilasvahinkolautakunnan ratkaisuja: Itsemurha potilasvahinkona. SLL 2001a:6,693–697.
Kaivola Juhani, Lehtonen Lasse: Potilasvahinkolautakunnan ratkaisuja: Puutteellinen potilasinformaatio ja suostumus sterilisaatioon. SLL 2001b:25–26,2813–2818.
Kalima, Kai: Julkisyhteisöjen hankintatoimi. Tutkimus julkisyhteisöjen hankintatoimen oikeussäännöistä ja -käytännöstä. Helsinki 2001.

Kanerva, Anne-Marie – Suominen, Tarja – Leino-Kilpi, Helena: Informed Consent for Short-stay Surgery. Nursing Ethics 1999:6,483–493.
Kangas, Urpo: Mielenterveyspotilaan oikeusturva. Lakimies 1995:93,525–532.
Kangasniemi, Ilkka – Heikkilä, Jouni – Kiikeri, Markku: Auttajan riskit ja oikeusturva. SLL 2001:9,1035–1037.
Kansaneläkelaitos: Lääkärinpalkkiot, tutkimus ja hoito. Helsinki 1999.
Kansanterveyslaitos: Tartuntatautien ilmoittaminen. Ohjeet lääkäreille. DNro 488/44/97. Helsinki 1997.
Kapteyn, P.J.G – Verloren van Themaat, P: Introduction to the Law of the European Communities. (Editor: Gormley, Laurence W). Deventer, The Netherlands 1990.
Karapuu, Heikki: Perusasiaa perusoikeuksista. Oikeustiede – Jurisprudentia 1986, s. 71–124.
Karapuu, Heikki: Taloudelliset, sosiaaliset ja sivistykselliset oikeudet. Teoksessa Kansainväliset ihmisoikeudet. (toim. Helminen, Marjut – Lång, KJ), s. 73–93. Helsinki 1988.
Karapuu, Heikki: Perusoikeudet ja niiden toteuttaminen. Lakimies 1999:6–7,867–877.
Karapuu, Heikki – Jyränki, Antero: Perusoikeuksien tausta ja yleinen sisältö. Teoksessa: Perusoikeudet (toim. Hallberg, Pekka – Karapuu, Heikki – Scheinin, Martin – Tuori, Kaarlo – Viljanen, Veli-Pekka), s. 59–105. Juva 1999.
Kartio, Leena: Sopimus ja kolmas. Oikeustiede – Jurisprudentia XXX: 1997 Juhlajulkaisu: Aulis Aarnio 1937 – 14/5 – 1997, s. 152–163.
Karvonen, Pentti: Oikeusturvakeskus ja lääkärin ammattitaidon selvittäminen. SLL 1997:52, 1347–1351.
Kastari, Paavo: Valtiojärjestyksemme oikeudelliset perusteet. Porvoo 1969.
Kastari, Paavo: Kansalaisvapauksien perustuslainturva. Vammala 1972.
Kastari, Paavo: Valtiosääntö ja perusoikeudet. Politiikka 1981:22,57–73.
Kauppinen, Ilkka: Hoitoon ottaminen ja poistaminen hoidosta. Teoksessa: Lääkärintyö ja laki (toim. Koskenvuo, Kimmo), s. 73–77. Helsinki 2000.
Kennedy, Ian – Grubb, Andrew: Medical Law: Text with Materials. London 1994.
Kjönstad, Asbjörn: Norwegian Social Law. Oslo 1986.
Klami, Hannu: ”Reaaliset” argumentit. Lakimies 1996:3,468–476.
Klaukka, Timo: Luotaistuotteiden mainoksista lähes joka toinen on lainvastainen. SLL 2001:19,2157–2159.
Kleemola, Maija: Tietosuojavaltuutetun toimisto – lääkärin ystävä vai vihollinen? Henkilörekisterilain merkitys terveydenhuollossa. SLL 1997:18–19,2309–2314.
Kleemola, Maija: Tietosuojavaatimukset henkilörekistereihin perustuvissa tieteellisissä tutkimuksissa. Teoksessa: Rekisteriaineistot yhteiskunta- ja terveystutkimuksessa (toim. Valkonen, Tapani – Koskinen, Seppo – Martelin, Tuija). Helsinki 1998.
Kleemola, Maija – Tervo-Pellikka, Raija: Tietosuojavaatimukset verkottuvassa tietojärjestelmässä. Espoo 1998
Kokko, Paul: Lääkärin todistaja-asema törkeää rikosta tutkittaessa. SLL 1994:49,328–331.
Kokko, Paul: Lääkärin todistaja-asema törkeää rikosta tutkittaessa. Teoksessa: Lääkärintyö ja laki (toim. Koskenvuo, Kimmo), s. 121–126. Helsinki 2000.
Kokkonen, Paula – Rasmussen, Knut: När får läkare avstå från behandling. Nordisk Medicin 8–9/ 1991, s. 239–241.
Komiteanmietintö 1970 A 12: Kehitysvammakomitean mietintö II. Helsinki 1970.
Komiteamietintö 1971:25: Sosiaalihuollon periaatekomitean mietintö. Helsinki 1970.
Komiteanmietintö 1981:66: Tietosuojakomitean mietintö. Helsinki 1981.
Komiteanmietintö 1982:29: Terveydenhuollon oikeussuojatoimikunnan mietintö I. Helsinki 1982.
Komiteanmietintö 1982:65: Terveydenhuollon oikeussuojatoimikunnan mietintö II. Helsinki 1982.

Komiteanmietintö 1984:14: Vammaishuoltokomitean mietintö II. Helsinki 1984.
Komiteanmietintö 1988:24: Sairaanhoitotoimen rekisteröintitoimikunnan mietintö. Helsinki 1988.
Komiteanmietintö 1991:51: Terveydenhuollon ammatinharjoittamistoimikunnan mietintö. Helsinki 1991.
Komiteanmietintö 1992:3. Perusoikeuskomitean mietintö. Helsinki 1992.
Komiteanmietintö 1997:9. Henkilötietotoimikunnan mietintö. Helsinki 1997.
Konstari, Timo: Asiakirjajulkisuudesta hallinnossa. Tutkimus yleisten asiakirjain julkisuudesta hallinnon kontrollivälineenä. Vammala 1977.
Konstari, Timo: Harkintavallan väärinkäytöstä. Vammala 1979.
Konstari, Timo: Henkilörekisterilaki. Säännökset ja käytäntö. Helsinki 1992.
Konstari, Timo: Perusoikeudet, lainkäyttö ja julkisuus. Lakimies 1999:6–7, 943–951.
Koskinen L – Lehtonen L – Mäkelä J. Nuoruusiän depressio asosiaalisen käyttäytymisen syynä. Lapset ja yhteiskunta 1985: 6–7;368–373.
Kulla, Heikki: Hallintopakosta ja pakkokeinoista välillisessä julkishallinnossa. Åbo 1984.
Kulla, Heikki: Hallintomenettelyn perusteet. Jyväskylä 1999.
Kultalahti, Jukka: Laki ja hyvinvointi. Ilmajoki 1979.
Kultalahti, Jukka: Sosiaaliset perusoikeudet. Sosiaalinen aikakauskirja 1986:1,2–5.
Kuluttajavalituslautakunta: Hinta-arvio sitoo lääkäreitäkin. Kuluttajansuoja 1991: 5, 5.
Kuopus, Jorma: EU:n tietosuojadirektiivi ja henkilörekisterilain tarkistaminen. Tietosuoja 1996:8, 21–25.
Laakso, Seppo: Oikeudellisesta sääntelystä ja päätöksenteosta erityisesti julkishallinnon alalla. Helsinki 1990.
Laaksonen, Hannu: Liikennelääketiede. Teoksessa: Lääkärintyö ja laki (toim. Koskenvuo, Kimmo), s. 245–251. Helsinki 2000.
Lahti, Raimo: Minkälainen riski olisi ilmoitettava potilaalle hänen kysymättä? Sairaala 1971: 10, 452–454.
Lahti, Raimo: Potilaalta hoitotoimenpiteeseen hankittavan suostumuksen oikeudellista arviointia. Teoksessa; Rikosoikeudellisia kirjoitelmia III, Niilo Kullervo Salovaaralle 13.10.1972 omistettu. Vammala 1972.
Lahti, Raimo: Lausunto potilaan hoitotoimenpidettä koskevan tahdonilmaisun merkityksestä yleensä ja erityisesti eräässä lääkintöhallituksen käsiteltävänä olleessa kantelussa tarkoitetussa tapauksessa 17.10.1974. Teoksessa: Rikosoikeudellisia lausuntoja, s. 114–122. Turku 1977a.
Lahti, Raimo: Esitelmä aiheesta ”Potilaan suostumus hoitotoimenpiteeseen”. Pidetty Lakimiesliiton koulutuskeskuksen Suomen Lääkäriliiton myötävaikutuksella järjestämässä koulutustilaisuudessa ”Oikeusturva terveydenhuollossa” 24.4.1975. Teoksessa: Rikosoikeudellisia lausuntoja, s. 138–161. Turku 1977b.
Lahti, Raimo: Oikeusturvasta terveydenhuollossa. Oikeus 1980:3,143–149.
Lahti, Raimo: Oikeusturva terveydenhuollossa. Teoksessa: ”Vastuu ja oikeusturva terveydenhuollossa”, s. 7–16. Vammala 1983.
Lahti, Raimo: Lääkintätoimi ja rikosoikeus. Julkaisussa ”Rikosoikeudellisia kirjoitelmia”: Sylvi Inkeri Anttilalle 29.11.1986 omistettu, s. 125–138. Vammala 1986.
Lahti, Raimo: Lääkintäoikeus – kehittyvä uusi tieteenala. Lakimies 1997:6,753–759.
Lahti, Raimo: Lääkintä- ja bio-oikeudellisen tutkimuksen haasteita. Teoksessa: Oikeus ja oikeudenmukaisuus, (toim. Thure, Veli-Matti) Oikeustieteen päivät, s. 277–282, Joensuu 1999.
Lahti, Raimo: Kommentteja KKO 2000:3. Lakimies 2000:5,763–776.
Lahti, Raimo – Lindstedt, Jukka – Partanen, Jorma: Lääkintöhallitus terveydenhuoltohenkilöstön valvojana. Lääkintöhallitukselle vuonna 1980 tehdyt kantelut ja sen vuosina 1979–1982 terveydenhuoltohenkilöstölle määräämät seuraamukset. Lääkintöhallituksen julkaisuja 66, Helsinki 1985.

Larivaara, Pekka: Potilas-lääkärisuhde. Teoksessa: Lääkärintyö ja laki (toim. Koskenvuo, Kimmo), s. 78–87. Helsinki 2000.
Lassus, Allan: Sukupuolitaudit. Vammala 1979.
Laufs, Adolf: Fortschritte und Scheidewege im Arztrecht. NJW 1976:25,1121–1126.
Laufs, Adolf: Arztrecht. München, 1988.
Lavonius, Herman: Laki ja lääkärintoimi. Helsinki 1956.
LeBlang, Theodore R: Informed Consent and Disclosure in the Physician Patient Relationship: Expanding Obligations for Physicians in the United States. Med Law 1995:14,429–444.
Lehtimaja, Lauri: Näkökohtia psykiatrisen potilaan oikeusturvasta. Teoksessa: ”Vastuu ja oikeusturva terveydenhuollossa”. Vammala 1983.
Lehtimaja, Lauri: Eduskunnan oikeusasiamies perus- ja ihmisoikeuksien valvojana. Lakimies 1999:6–7,897–907.
Lehtinen, Ville: Psykiatrisen hoidon ja kuntoutuksen tarve sekä mielisairauteen kohdistuvat asenteet. Kansaneläkelaitoksen julkaisusarja AL:3. Turku 1975.
Lehtinen, Ville – Joukamaa, Matti – Jyrkinen, Teela – Lahtela, Kari – Raitasalo, Raimo – Maatela, Jouni – Aromaa, Arpo: Suomalaisten aikuisten mielenterveys ja mielenterveyden häiriöt. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL:33. Turku ja Helsinki 1991.
Lehtola, Pentti: Potilasvahinko. Vakuuttamisen ja korvausten pääasiat. Helsinki 1988.
Lehtola, Pentti: Potilaan oikeusturva. Helsinki 1994.
Lehtonen, Lasse: Om vård som sker utan samtycke av patienten och utan särskild rättsgrund. JFT 1985:3,273–316.
Lehtonen, Lasse: Suostumuksen periaate terveydenhuollossa. Oikeusministeriön vankeinhoito-osaston selvitteitä 1/1986. Helsinki 1986a.
Lehtonen, Lasse: KHO otti kantaa mielisairaslain mukaisen pakkohoidon edellytyksiin. Oikeus 1986b:3;249–253.
Lehtonen, Lasse: Hengen ja terveyden suoja – klassinen vapausoikeus vaiko sosiaalinen perusoikeus. Oikeustiede – Jurisprudentia 1993:26;157–196.
Lehtonen, Lasse: Sairaanhoitopiirin eettinen toimikunta ja sen oikeudellinen asema. SLL 1999:35, 4421–4426.
Lehtonen, Lasse: Henkilötietolaki ja lääketieteellinen tutkimus. SLL 2000:31,3015–3019.
Leinikki, Pauli: HIV-epidemia ruiskuhuumeiden käyttäjillä – onko Suomi muita länsimaita jäljessä vai edellä? Duodecim 2000:116,55–60.
Lidz, Charles W. – Appelbaum, Paul S. – Meisel, Alan: Two Models of Implementing Informed Consent. Arch Intern Med 1988:148,1385–1389.
Liljeström, Marita: Hallintotuomioistuimet ja sairaanhoitopäätökset. SLL 1999:16,2171–2177.
Liljeström, Marita: Potilaan tahto ja sen huomioon ottaminen hoidossa. Teoksessa: Lääkärintyö ja laki (toim. Koskenvuo, Kimmo), s. 88–92. Helsinki 2000.
Lindqvist, Martti: Potilaan suostumuksen periaate ja sen rajat. SLL 1980:18,1552–1557.
Lohiniva, Mirva: Terveydenhuollon juridiikka. Helsinki 2001.
Lowe, Marian – Hardy Havens, Debra M: Privacy and Confidentiality of Health Information. J Pediatr Health Care 1998:12,42–46.
Lääkintöhallituksen ohjekirje DNo 7023/02/79: Opetuspotilaan asema 13.2.1980.
Lääkintöhallituksen ohjekirje DNo 445/02/79: Tutkimus- ja kehittämistoiminnan järjestäminen terveyskeskuksessa ja sairaanhoitolaitoksissa 26.3.1980.
Lääkintöhallituksen ohjekirje Dno 3024/02/80: Terminaalihoitoa koskevat ohjeet. 14.4.1980.
Lääkintöhallituksen ohjekirje DNo 1835/02/83: Ohjeet tietojen antamisesta työterveydenhuollossa 9.3.1983.
Lääkintöhallituksen ohjekirje DNo 6317/02/86: Päihteiden ongelmakäyttäjien hoidon järjestäminen ja kehittäminen terveydenhuollossa. 17.12.1986.

Lääkintöhallituksen yleiskirje 1489: Potilaan tutkimus ja hoito erikoislääkärijohtoisen sairaalan poliklinikassa sekä ottaminen sairaalaan. 29.7.1970.
Lääkintöhallitus: Tahdostaan riippumatta mielisairaanhoitoon otettujen potilaiden oikeusturva. Lääkintöhallituksen julkaisuja nro 36. Helsinki 1983.
Lödberg, Ake: Några anteckningar om förhållandet mellan läkare och patient i juridiskt hänseende, särskilt såvitt gäller frågan om behov och utformning av patients samtycke till medicinskt ingrepp. SvJT 1984.69,417–431.
Lönnqvist, Jouko: Mielisairaslaki ja sen tahdosta riippumatonta hoitoa koskeva sisältö. SLL 1985:8,717–725.
Lötjönen, Salla: Ihmiseen kohdistuva lääketieteellinen tutkimustoiminta ja siihen soveltuvat oikeussäännöt. Lakimies 1997:6,856–879.
Löwdahl, Kent K-G: Patientens välgrundade samtycke – samlevnadsnorm men inte skadeståndsregel. Läkartidningen 1988:85,3248–3250.
Mahkonen, Sami: Perhesalaisuudet: salassapitovelvollisuus ammattiauttajan työssä. Porvoo 1995a.
Mahkonen, Sami: Poliisin tiedonsaantioikeus vahvistuu: miten käy ammattiauttajan salassapitovelvollisuudelle? Sosiaaliturva 1995b:17,18–21.
Mahkonen, Sami: Oikeus yksityisyyteen. Helsinki 1997a.
Mahkonen, Sami: Perhesalaisuus: kenen salaisuus? Juhlajulkaisu Aulis Aarnio 1937 – 14/5 – 1997. Oikeustiede 1997b:30,186–197.
Mahkonen, Sami: Julkisuuden henkilöiden yksityisyyden suoja. Kanava 1997c:25, 152–154.
Makkonen, Kaarle: Kunnallinen säädösvalta: hallinto-oikeudellinen tutkimus. Vammala 1968.
Makkonen, Kaarle: Luentoja yleisestä oikeustieteestä. Helsinki 1978.
Manninen, Sami: Sananvapaus ja julkisuus. Teoksessa: Perusoikeudet (toim. Hallberg, Pekka – Karapuu, Heikki – Scheinin, Martin – Tuori, Kaarlo – Viljanen, Veli-Pekka), s. 387–417. Juva 1999.
Marcusson, Lena: Offentlig förvaltning utanför myndighetsområdet. Skrifter från Juridiska Fakulteten i Uppsala n.o 26. Uppsala 1989.
Marttila, Antti: Lääkärin ammatinharjoittamisen valvonnan kehitys ja haasteet. SLL 2000a:23,2557–2561.
Marttila, Antti: Terveydenhuollon muun ammattihenkilöstön säädetyt ammattivelvollisuudet ja -ehdot. Teoksessa: Lääkärintyö ja laki (toim. Koskenvuo, Kimmo), s. 39–42. Helsinki 2000b.
Marttila, Antti: Työnjako ja vastuun jakautuminen. Teoksessa: Lääkärintyö ja laki (toim. Koskenvuo, Kimmo), s. 43–45. Helsinki 2000c.
Marttila, Antti: Lääkäreiden ja muun terveydenhuoltohenkilöstön ammatillinen valvonta. Teoksessa: Lääkärintyö ja laki (toim. Koskenvuo, Kimmo), s. 46–51. Helsinki 2000d.
Marttila, Antti: Kantelut ja niihin liittyvät selvitykset. Teoksessa: Lääkärintyö ja laki (toim. Koskenvuo, Kimmo), s. 365–368. Helsinki 2000e.
Mason JK, McCall Smith RA: Law and Medical Ethics. Edinburgh 1999.
Matikka, Leena M: Kehitysvammaisten palvelujärjestelmän muutos. SLL 1998:27,3005–3008.
Matikkala, Jussi: HIV-infektio, seksi ja rikosoikeudellinen vastuu. Helsinki 1995.
Matikkala, Jussi: Näkökohtia lääkärin salassapitovelvollisuudesta. Lakimies 1997:6,880–902.
Matikkala, Jussi: Henkeen ja terveyteen kohdistuvat rikokset. Helsinki 2000.
Mattila, Heikki: Lapsioikeuden pääpiirteet. Jyväskylä 1981.
Mattila, Kari: Lääkärin säädetyt ammattivelvollisuudet ja -ehdot. Teoksessa: Lääkärintyö ja laki (toim. Koskenvuo, Kimmo), s. 32–38. Helsinki 2000.
Meincke, Niina: Geenit kertovat. Geenitestit lääkintä- ja bio-oikeuden näkökulmasta. Lakimies 1999:8,1202–1221.
Meincke, Niina: Geenitestit – Oikeudellisia kysymyksiä. Saarijärvi 2001.
Merikoski, Veli: Hallinto-oikeuden oikeussuojajärjestelmä. Vammala 1968.

Merikoski, Veli: Suomen julkisoikeus pääpiirteittäin I. Porvoo 1976a.
Merikoski, Veli: Suomen julkisoikeus pääpiirteittäin II. Porvoo 1976b.
Merrils J.G. – Robertson, A.H.: Human Rights in Europe. A study of the European Convention on Human Rights. Glasgow 2001.
Michalowski, Sabine: Medical Confidentiality and Medical Privilege – a comparison of French and German Law. Eur J Health Law 1998:5,89–116.
Mikkonen, Martti – Hirvensalo, Esko: Potilasvahingot ja korvaushakemukset sekä lääkevahingot. Teoksessa: Lääkärintyö ja laki (toim. Koskenvuo, Kimmo), s. 351–360. Helsinki 2000.
Modeen, Tore: Om sjukvårdsförhållandet – särskilts om sjukhusvård i specialavgifts klass. JFT 1979, s. 564.
Modeen, Tore: Hälso- och sjukvårdsförhållandet, särskilt beträffande myndighetsutövning. JFT 1991:127,181–195.
Modeen, Tore: Skyddet av patientens personliga integritet i hälso- och sjukvården. JFT 1992: 128, 197–215.
Modeen, Tore. Patienten i hälso- och sjukvården. Helsingfors 1994.
Moodie. Peter – Wright, Moira: Confidentiality, Codes and Courts: An Examination of the Significance of Professional Guidelines on Medical Ethics in Determining the Legal Limits of Confidentiality. Anglo-American Law Review 2001:30,39–66.
Morton, William J.: The Doctrine of Informed Consent. Med Law 1987:6,117–125.
Mowlavi, A. – Lille S. – Andrews, K. – Yashar, S. – Schoeller, T. – Weschelberger, G – Anderson, R.: Psychiatric Patients Who Desire Aesthetic Surgery: Identifying the Problem Patients. Ann Plast Surg 2000:44,97–106.
Mäenpää, Olli; Hallinnon lainalaisuusperiaatteesta oikeusvaltiossa ja hyvinvointivaltiossa. Teoksessa: ”Oikeusvaltio ja hyvinvointivaltio”, s. 34–60. Helsinki 1981.
Mäenpää, Olli: Hallintosopimus. Hallintoviranomaisten sopimustoiminnan oikeudellisia ongelmia. Vammala 1989.
Mäenpää, Olli: Julkisuusperiaate. Helsinki 1999.
Mäenpää, Olli: Hallinto-oikeus. Porvoo 2000.
Mäenpää, Olli: Eurooppalainen hallinto-oikeus. Helsinki 2001.
Nagan, Jack: Legal Medicine for the Surgeon. In: Current Surgical Diagnosis and Treatment, p. 57–67 (Ed. Way, Lawrence W). Los Altos, California 1983.
Neill, Brian: Privacy: A Challenge for the Next Century. In: Protecting Privacy (Ed. Markesinis, Basil), pp. 1–28. Oxford 1999.
Nelson, Lawrence – Milliken, Nancy: Compelled Medical Treatment of Pregnant Women. JAMA 1988:259,1060–1066.
Nenonen, Mikko – Sorvari, Hannu: Arkaluonteisten henkilötietojen käyttö kliinisessä tutkimuksessa. Teoksessa: ”Kliinisen tutkijan opas” (toim. Voipio-Pulkki, Liisa-Maria – Grenman, Reidar – Haapamäki, Markku – Leander-Lumikari, Marianne – Mäkinen, Juha – Rautava, Päivi – Scheinin, Mika – Vainikainen, Tuula), s. 99–110. Jyväskylä 2000.
Nieminen, Heikki – Heinonen, Pentti – Sorri, Pentti – Auvinen, Ossi: Transseksuaalisuuden kirurginen hoito. Duodecim 1996:112,1486–1491.
Nieminen, Liisa: Eurooppalainen sosiaalioikeus. Helsinki 1998.
Nieminen, Liisa. Yksilön ja perhe-elämän suoja perusoikeutena. Teoksessa. Perusoikeudet Suomessa (toim. Nieminen, Liisa), s. 107–147. Helsinki 1999.
Norri, Matti: Lääkärin hoitovelvollisuuksien kollisiosta. DL 1972, s. 415–423.
Norström, Carl – Sverne, Tor: Socialsekretess. Lund 1974.
Norström, Carl – Sverne, Tor: Offentlighet och sekretess i hälso- och sjukvården. Arlöv 1981.
Norström, Carl – Sverne Tor: Sekretess i företagshälsovården. Falköping 1991.
Norström Carl – Thunved, Anders: Nya sociallagarna. Stockholm 1998.

Nuori Lääkäri: Kantelu, narkomaanien ylläpitohoito yksityisvastaanotolla. Nuori Lääkäri 1996a:9;47–48.
Nuori Lääkäri: Kantelu, erään pitkäaikaispotilaan tarina. Nuori Lääkäri 1996b:10;51–54.
Nuori Lääkäri: Kantelu, uteliaisuuden rajat. Nuori Lääkäri 2000:9,63–66.
Nuutila, Ari-Matti: Rikosoikeudellinen huolimattomuus. Helsinki 1996.
Nuutila, Ari-Matti: Lääkärin rangaistus- ja korvausvastuu hoitovirheestä. Teoksessa: Lääkärintyö ja laki (toim. Koskenvuo, Kimmo), s. 383–391. Helsinki 2000.
Nuutinen, Matti – Kouvalainen, Kauko: Potilaan suostumuksen periaate ja lapsipotilas. SLL 1992:47,1267–1270.
O'Brien, Dale G. – Yasnoff, William, A: Privacy, Confidentiality, and Security in Information Systems of State Health Agencies. Am J Prev Med 1999:16,351–358.
OECD: Privacy and Data Protection: Issues and Challenges / Information, Computer, Communications Policy. Paris 1994.
Oesch, Rainer: Lääkärin vahingonkorvausvastuusta ja sen kattamisesta vakuutuksin. Helsinki 1977.
Oikeusministeriön työryhmän ehdotus: Sukusolujen ja alkioiden käyttö lääketieteellisessä hedelmöityshoidossa. Oikeusministeriö 14.10.1997.
Ojala, Aimo – Vataja, Pentti – Vintturi, Aulis: Kansanterveystyö. Vantaa 1976.
Ojanen, Tuomas: EY-oikeus jäsenvaltiossa. Helsinki 1993.
Ojanen, Tuomas: EY-oikeuden horisontaalinen välitön oikeusvaikutus. Lakimies 1999:6–7,1070–1079.
Olivercrona, Karl: Om lagen och staten. Lund 1940.
Olsson, Curt: Om köparens borgenärskydd vid köp av lös egendom. Skrifter utgiven av Svenska Handelshögskolan Nr 1, Helsingfors 1954.
Paaja, Kristiina – Iivanainen, Matti: Ikääntyvät kehitysvammaiset – haaste terveydenhuollolle. SLL 1998:53,1795–1799.
Paaso, Ilpo: Vahingonkorvausvastuun normiperusta lääkärintoimessa. Helsinki 1992.
Paaso, Ilpo: Näkökohtia asianosaisjulkisuudesta ja sen säätelystä erityisesti julkisen terveydenhuollon potilasasiakirjoja koskevaa tiedonsaantioikeutta silmälläpitäen. Defensor Legis 1996:77,55–61,
Paaso, Ilpo: Volunta aut salus aegroti suprema lex? Potilaan itsemääräämisoikeuden vaikutuksesta hänen tiedonsaantioikeutensa rajoittamiseen hengen tai terveyden vaarantumisen perusteella. Lakimies 1997:6,806–814.
Paaso, Ilpo: Oikeus, etiikka ja informaatiostandardit terveydenhuollossa. Teoksessa: Juhlakirja Esko Riepula 1941 – 2/2 – 2001 (toim. Paaso, Ilpo), s. 173–202. Tampere 2001.
Pahlman, Irma – Hermanson, Terhi – Hannuniemi, Anja – Koivisto, Jari – Hannikainen, Petri – Ilveskivi, Paula: Three Years in Force: has the Finnish Act on the Status and Rights of Patients Materialized. Med Law 1996:15,591–603.
Pahlman, Irma: Potilaan itsemääräämisoikeus ja hoitotestamentti. Lakimies 1997:6;815–835.
Palmgren, Sten: Offentlighet och skretess mellan vårdpersonal och polis. JFT 1981, s. 230–248.
Palmunen, Antti: Potilaiden vahinkojen korvaamisesta. DL 1987, s. 463–477.
Palola, Jorma: Hallitusmuodon 6 §:n 2 momentti ja täystyöllisyyspolitiikka. Lakimies 1988, s. 133–148.
Palonen, Reima: Cauda equina -syndrooman diagnoosi ja hoito. Helsingin Lääkärilehti 2000:6, s. 29–32.
Paunio, Riitta-Leena: Pakko terveydenhuollossa – tarvitaanko uusia säännöksiä ja ohjeita? SLL 2000:35,3461–3463.
Pekkanen, Raimo: Tulisiko lobotomiapotilaille suorittaa määräsuuruinen kertakorvaus? Muistio. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE), Helsinki 26.9.2000.

Pelkonen, Risto: Lääkärin eettiset ohjeet. Teoksessa: Lääkärintyö ja laki (toim. Koskenvuo, Kimmo), s. 52–60. Helsinki 2000.
Pelkonen, Risto – Pelkonen, Lauri: Hyvän hoitokäytännön soveltaminen ja oikeudellinen vastuu. Teoksessa: Lääkärintyö ja laki (toim. Koskenvuo, Kimmo), s. 148–156. Helsinki 2000.
Pellonpää, Matti: Euroopan ihmisoikeussopimus. Helsinki 2000.
Peltola, Heikki: Rokotukset ja muut immunoprofylaksit. Vaasa 1983.
Perusoikeustyöryhmän muistio: Oikeusministeriön lainvalmisteluosaston julkaisu 3/1982.
Pietarinen, Juhani: Lääkintä- ja hoitoetiikan keskeiset periaatteet. Teoksessa: Lääkintä- ja hoitoetiikka (toim. Launis, Veikko), s. 33–54. Helsinki 1995.
Pikkujämsä, Mikko: Oikeusperiaatteet ja arvonlisäverotus kiinteistöalalla. Helsinki 2001.
Pylkkänen, Kari: Mielenterveystyö. Teoksessa: Lääkärintyö ja laki (toim. Koskenvuo, Kimmo), s. 219–226, Helsinki 2000a.
Pylkkänen, Kari: Psykiatrian palvelujärjestelmät Suomessa. Teoksessa: Psykiatria (toim. Lönnqvist, Jouko – Heikkinen, Martti – Henriksson, Markus – Marttunen, Mauri – Partonen, Timo), s. 675–711. Jyväskylä 2000b.
Pylkkänen, Kari: Tuliko sairauskertomuksesta valvontakertomus? SLL 2001:19,2193–2194.
Pöyhönen, Juha: Sopimusoikeuden järjestelmä ja sopimusten sovittelu. Vammala 1988.
Pöysti, Tuomas: Tehokkuus, informaatio ja eurooppalainen oikeusalue. Helsinki 1999.
Raatikainen, Ari: Yksityisyyden suoja työelämässä. Helsinki 1999.
Raekallio, Jyrki – Alha, Antti – Hirvonen, Jorma – Möttönen, Matti: Oikeuslääketiede. Porvoo 1981.
Ragnemalm, Hans: Förvaltningspocessrättens grunder. Uddevalla 1981.
Raitasuo, Seija: Psyykkisesti oireilevien kehitysvammaisten hoito. Turun yliopisto. Turku 1999.
Raitimo, Riikka – Ojanlatva. Ansa – Launis, Veikko: HIV-testaus ja itsemääräämisoikeus. SLL 1997:10,1197–1202.
Rantanen, Jorma: Työterveyshuolto. Teoksessa: Lääkärintyö ja laki (toim. Koskenvuo, Kimmo), s. 197–210. Helsinki 2000.
Rapola, J.M. – Virtamo, J. – Ripatti, S. – Huttunen, J.K. – Albanes, D. – Taylor, P. – Heinonen, O.P: Randomised Trial of Alpha-tocopherol and Beta-carotene Supplements on Incidence of Major Coronary Events in Men with Previous Myocardial Infraction. Lancet 1997:349,1715–1720
Reilly, Philip R: Efforts to Regulate the Collection and use of Genetic Information. Arch Pathol Lab Med 1999:123,1066–1070.
Reiman, Jeffrey: Privacy, Intimacy and Respect for Persons. The Philosophical Dimensions of Privacy (ed. Ferdinand Schoeman), p. 300–316. Cambridge 1984.
Reinikainen, Paavo: TSS perusoikeuksista. Oikeus 1978, s. 161–167.
Riedel, Eibe H: Theorie der Menschenrechtsstandards. Funktion, Wirkungsweise und Begrundung wirtschaftlicher und sozialer Menschenrechte mit exemplarischer Darstellung der Rechte auf Eigentum und Arbeit in verschiedenen Rechtsordnungen. Berlin 1986.
Ristimäki, Ilkka: Kehitysvammainen, vajaamielinen. Huoltaja 1970: 58,492.
Ronne, Ylva: Sjukvårdsrätt. Stockholm 1980.
Rosas, Allan: Förvaltningsklagan. Acta Academia Aboensis, Ser A, vol 59. Åbo 1980.
Rosas, Allan: EU:n jäsenvaltioiden perus- ja ihmisoikeusvelvoitteet. Lakimies 1999:6–7,908–919.
Roscam Abbing, Henrietta: Doctor's Rights and Patients Duties? Med Law 1992:11;629–632.
Roscam Abbing, Henrietta: Medical Confidentiality and Electronic Patient Files. Med Law 2000:19,107–112.
Rosen, Lawrence: The Justice of Islam. New York 2000.
Ross, Alf: On Law and Justice. London 1959.
Rynning, Elisabeth: Samtycke till medicinsk vård och behandling: En rättsvetenskaplig studie. Uppsala 1994.

Rytkölä, Olavi: Julkisoikeudellinen sopimus. Käsite, esiintymismuodot ja oikeusvaikutukset. Vammala 1950.
Rytkölä, Olavi: Virkamiesoikeus. Helsinki 1978.
Saarenpää, Ahti: Potilas, oikeus, ihminen – näkökohtia itsemääräämisoikeutemme suojasta. Oikeustiede – Jurisprudentia XXX: 1997. Juhlajulkaisu Aulis Aarnio, 1937 – 14/5 – 1997, s. 265–278.
Saarenpää, Ahti – Pöysti, Tuomas – Sarja, Mikko – Still, Viveca – Balboa, Ruxandra: Tietoturvallisuus ja laki: Näkökohtia tietoturvallisuuden oikeudellisesta säätelystä. Helsinki 1997.
Saarenpää, Ahti: Oikeusinformatiikka. Teoksessa: Oikeusjärjestys 2000 – Osa I, s. 1–34. Rovaniemi 2000a.
Saarenpää, Ahti: Personrätt – integritetsrätt. I: Finlands civil- och handelsrätt. En introduktion (ed. Bärlund, J – Nybergh, F – Petrell, K). Helsinki 2000b.
Saarenpää, Ahti: Potilas-oikeus-potilasoikeus. Teoksessa: Potilaan asema ja oikeudet (toim. Sundman, Eila), s. 21–39. Tampere 2000c.
Saarenpää, Ahti: Finland. In: Nordic Data Protection (ed. Blume P), pp. 39–78. Helsinki 2001.
Saarikoski, Michael: Informaatiovirhe tuotevastuun perusteena. Tutkielma. Helsingin yliopisto 1999.
Sagall, Elliot – Reed, Barry: The Law and Clinical Medicine. Philadelphia 1970.
Sakslin, Maija: Sosiaaliset oikeudet ja perustuslaki. Teoksessa: Perusoikeudet Suomessa (Toim. Nieminen, Liisa), s. 221–254. Helsinki 1999.
Salin, Jan: Om nödrätt i hälso- och sjukvården. SvJT 1990, s. 610–622.
Salo, Heikki: Terveydenhoitolaki ja terveydenhuolto. Helsinki 1968.
Schartum, Dag Wiese: Introduction of Information Technology in Social Insurance Institutions: Political Objectives and Organizational Consequences, History and Future. In: Public Administration and Information Technology: Compendium to the Erasmus Course (eds: Bing, Jon – Schartum, Dag, Wiese), pp. 145–160, Oslo 1995.
Schartum, Dag Wiese: Norway: In: Nordic Data Protection (ed. Blume P), pp. 79–113. Helsinki 2001.
Scheinin, Martin: Ihmisoikeudet Suomen oikeudessa. Jyväskylä 1991.
Scheinin, Martin: Kansainväliset ihmisoikeussopimukset ja Suomen perusoikeusjärjestelmä. Teoksessa: Perusoikeudet (toim. Hallberg, Pekka – Karapuu, Heikki – Scheinin, Martin – Tuori, Kaarlo – Viljanen, Veli-Pekka), s. 187–220. Juva 1999.
Schmidt, Klaus: Ärztliche Schweigeplicht und Sozialdatenschutz. Zu Probleme der Offbarungsbefugnis von Ärzten und Sozialleistungsträgern bei besonders schutzwürdigen Daten. Göttingen, 1985.
Schrey, Aarno: Yleis- ja erikoislääkärin vastaanottopalkkiotaksa. Teoksessa: Toiminta yksityislääkärinä. Suomen Lääkäriliiton Opassarja, s. 11–12. Helsinki 1997.
Schwartz, Paul M – Reidenberg, Joel R: Data Privacy Law. Charlottesville, Virginia 1996.
Seipel. Peter: Sweden. In: Nordic Data Protection (ed. Blume P), pp. 115–151. Helsinki 2001.
Seppä, Kaija: Päihdelääketiede. Teoksessa: Lääkärintyö ja laki (toim. Koskenvuo, Kimmo), s. 252–258. Helsinki 2000.
Shuster, Evelyne: Fifty Years Later. The Significance of the Nüremberger Code. NJEM 1997:337, 1436–1440.
Simonen, Olli: Yksityislääkärintoiminnan perustaminen. Käytännön kysymyksiä. Suomen Lääkäriliiton opassarja 2/1993, s. 7–8.
Sivonen, Aulikki: Stafylokokit ja mikrokokit. Teoksessa: Lääketieteellinen mikrobiologia (toim. Mäkelä, Olli – Tiilikainen, Anja, S. – Vaara, Martti – Vaheri, Antti – Valtonen, Ville), s. 219–222. Jyväskylä 1993.
Skegg, P.D.G: Law, Ethics and Medicine. Studies in Medical Law. Oxford 1984.

Socialstyrelsen: Sekretess inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Almänna råd från socialstyrelsen 1991:4, Stockholm 1991.
Sorvari, Hannu: Henkilörekisteririkos, perusoikeudet ja tietosuoja. Onko yksityisyys punnittu ja köykäiseksi havaittu? Tietosuoja 1998:4,36–40.
Sorvari, Hannu: Asiakastiedon suoja sosiaalihuollossa. Tampere 2001.
Sosiaali- ja terveyshallitus: Poistoilmoitusrekisteriin tehtävä ilmoitus. Ohjekirje 1/1991.
Sosiaali- ja terveysministeriö: Potilasasiakirjojen laatimista ja säilyttämistä koskevat määräykset. STM:n määräyskokoelma 1993:7.
Sosiaali- ja terveysministeriö: Tartuntatautien ilmoitusmenettely. STM:n määräyskokoelma 1997:34.
Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 1997:2: Sosiaali- ja terveydenhuollon salassapidettävien asiakirjojen tutkimuskäyttö. TIETU-työryhmä. Helsinki 1997.
Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 1997:14: Potilasvahinkolakityöryhmän muistio. Helsinki 1997.
Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 1998:8: Tietosuoja- ja tietoturvatyöryhmä: Sosiaali- ja terveydenhuollon tietoteknologian hyödyntäminen. Osa I. Helsinki 1998.
Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 1998:9: Tietosuoja- ja tietoturvatyöryhmä: Sosiaali- ja terveydenhuollon tietoteknologian hyödyntäminen. Osa II. Helsinki 1998.
Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 1998:18: Sosiaali- ja terveysministeriön ja sen alaisten laitosten tieto- ja tilastotuotantoa sekä tiedonkeruun perusteita tarkistavan työryhmän loppuraportti (TIIKERI). Helsinki 1998.
Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2000:2: Transseksuaalien aseman kehittämistyöryhmän muistio. Helsinki 2000.
Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:3: Potilasasiakirjojen laatiminen sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttäminen. Helsinki 2001.
STAKES: Tilastotiedote 10/1996. Tilastot, rekisterit ja tietojärjestelmät -yksikön aineistot. Helsinki 1996.
Starr, Paul: Health and the Right to Privacy. Am J Law Med 1999:25,193–201.
Statens offentliga utredningar (SOU) 1978:34: Förstärkt skydd för fri- och rättigheter. Betänkande av rättighetsutredningen. Stockholm 1978.
Steinbrook, Robert – Bernard, Lo: Decision Making for Incompetent Patients by Designated Proxy. California's New Law. NEJM 1984:310,1598–1601.
Strömberg, Håkan: Tryckfrihetsrätt. Lund 1989.
Ståhlberg, Kaarlo J: Suomen kansalaisen yleiset oikeudet. Teoksessa "Puheita 1927–1946". Helsinki 1946.
Ståhlberg, Pauli: Potilas on myös kuluttaja – unohtuuko se hoitosuhteessa? Kuluttajansuoja 1999:4,20–22.
Sugarman, Jeremy – Powers, Madison: How the Doctor Got Gagged. The Disintegrating Right of Privacy in the Physician-Patient Relationship. JAMA 1991:266,3323–3327.
Suomen Kuntaliitto: Tietosuojan toteuttaminen kunnassa. Osa 2. Henkilörekisterilain säännösten soveltaminen kunnassa. Helsinki 1996.
Suomen Lääkäriliitto. Lääkärin kollegiaalisuusohjeet. Helsinki 6.5.1988. Suomen Lääkäriliiton Opassarja 1/92, s. 15–16.
Suomen Lääkäriliitto: Lääkärin etiikka. Forssa 2000.
Suomen Lääkäriliitto: Lääkäriliitto antanut lausunnon mielenterveyslain muuttamisesta. SLL 2001:18,2075–2077.
Suviranta, Outi: Virkamiehen ratkaisutoiminta ja Euroopan Yhteisön oikeus. Helsinki 1996.
Sverne Ebba – Sverne Tor: Patientens rätt. Stockholm 1997.
Tala, Jyrki: Lakien vaikutukset. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja 177. Helsinki 2001.

Talousneuvosto: Yhteiskuntapolitiikan tavoitteita ja niiden mittaamista tutkiva jaosto. Liite 3. Sosiaalipalvelujen tavoitteita tutkivan työryhmän sihteeristön raportti. Helsinki 1972.
The Royal College of Physicians Committee on Ethical Issues in Medicine: Research Based on Archived Information and Samples. J Royal College of Physician of London 1999:33,264–266.
Tietosuojavaltuutetun lausuntoja: Potilastietojen luovuttaminen kotikunnalle. Tietosuoja 1991:3; 21–23.
Tietosuojavaltuutetun ratkaisuja: Työntekijän henkilötunnustietoa ei saa käyttää yleisesti nähtävillä olevissa tulosteissa. Tietosuoja 1990:2;24.
Tietosuojavaltuutettu: Lausunto hallituksen esitykseen laiksi terveydenhuollon valtakunnallisista henkilörekistereistä. DNo 3935/01/87.
Tietosuojavaltuutettu: Lausunto oikeusministeriön luonnoksesta laiksi potilaan oikeuksista. DNo 270/03/90.
Tietosuojavaltuutettu: Lausunto sosiaali- ja terveysministeriön terveystodistustyöryhmän muistiosta. DNo 457/03/90.
Tietosuojavaltuutettu: Lausunto tartuntatautien hallintotyöryhmän muistiosta. DNo 19/03/92.
Tietosuojavaltuutettu: Lausunto terveydenhuollon ammatinharjoittamistoimikunnan mietinnöstä. DNo 296/03/92.
Tietosuojavaltuutettu: Lausunto hallituksen esityksestä sosiaali- ja terveysalan keskushallinnon uudelleen järjestämistä sekä terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen perustamista koskevaksi lainsäädännöksi. DNo 393/03/92.
Tietosuojavaltuutettu: Muistio lääkärintodistusten toimittamisesta työterveysasemalle. DNo 342/59/92.
Tietosuojavaltuutettu: Tietosuojavaltuutetun toimintakertomus 1.1.1989–31.12.1990 Tietosuojavaltuutetun toimisto. Helsinki 1991.
Tietosuojavaltuutetun kannanottoja: Salassapitosäännösten huomioon ottaminen työtilajärjestelyissä ja työtehtäviä jaettaessa. Tietosuoja 1997:3,24.
Tietosuojavaltuutetun toimisto: Tietosuoja terveydenhuollossa projekti, Helsinki 11.4.1991.
Tirkkonen, Tauno: Suomen Rikosprosessioikeus II. Porvoo 1972.
Tribe, Lawrence: American Constitutional Law. New York 1978.
Tolonen, Hannu: Oikeus ja sen tulkinnat. Teoksessa: Minun metodini (toim. Häyhä, Juha), s. 279–297. Porvoo 1997.
Tuori, Kaarlo: Julkisuusperiaate ja julkisuussfääri. Hallinnon tutkimus vuosikirja 5. 1986, s. 87–88.
Tuori, Kaarlo: Modernin oikeuden legitimiteettiperiaatetta etsimässä. Teoksessa: Yhteiskuntasopimuksesta yhteisöön (toim. Tuori, K – Matikainen, J), s. 1–27. Helsinki 1990.
Tuori, Kaarlo: Socialrätten som ett självständigt rättsområde. Lov og rett 1999a:4,247–256.
Tuori, Kaarlo: Sosiaaliset oikeudet. Teoksessa: Perusoikeudet (toim. Hallberg, Pekka – Karapuu, Heikki – Scheinin, Martin – Tuori, Kaarlo – Viljanen, Veli-Pekka), s. 593–630. Juva 1999b.
Tuori, Kaarlo: Potilaan oikeus valita hoitopaikkansa. SLL 1999c:14,1877–1881.
Tuori, Kaarlo: Perusoikeudet hallinnossa. Teoksessa: Perusoikeudet (toim. Hallberg, Pekka – Karapuu, Heikki – Scheinin, Martin – Tuori, Kaarlo – Viljanen, Veli-Pekka), s. 721–730. Juva 1999d.
Tuori, Kaarlo: Perustuslakiuudistus ja hallinto-oikeus. Lakimies 1999e:4,530–540.
Tuori, Kaarlo: Perusoikeudet poikkeusoloissa. Teoksessa: Perusoikeudet (toim. Hallberg, Pekka – Karapuu, Heikki – Scheinin, Martin – Tuori, Kaarlo – Viljanen, Veli-Pekka), s. 675–682. Juva 1999f.
Tuori, Kaarlo: Kriittinen oikeuspositivismi. Vantaa 2000a.
Tuori, Kaarlo: Sosiaalioikeus. Juva 2000b.

Turner, S.R. – Thomas, W.N. – Dowell, T. – Rumsey, N. – Sandy, J.R: Psychological Outcomes Amongst Cleft Patients and Their Families. Br J Plastic Surg 1997:50,1–9.
Turunen, Sakari: Psyykkinen kehitysvammaisuus. Teoksessa: Sosiaalipsykiatria (toim. Alanen, Yrjö – Anttinen, Erik – Eskola, Jarkko – Miettinen, Raimo – Suominen, Jaakko – Taipale, Vappu), s. 239–247. Helsinki 1978.
Tähkä, Veikko: Potilas-lääkärisuhde. Helsinki 1979.
Tähti, Aarre: Periaatteet Suomen hallinto-oikeudessa. Jyväskylä, 1995
Vaara, Martti – Jahkola, Matti*: Enterobacteriae*- heimo (gramnegatiivisia sauvoja).Teoksessa: Lääketieteellinen mikrobiologia (toim. Mäkelä, Olli – Tiilikainen, Anja, S. – Vaara, Martti – Vaheri, Antti – Valtonen, Ville), s. 254–266. Jyväskylä 1993.
Valtiontalouden tarkastusvirasto: Tietosuoja – ja viranomaisyhteistyö. Tarkastuskertomus 8/98. Helsinki 1998.
Valtiovarainministeriö: Valtionhallinnon tietojärjestelmäkehityksen tietoturvallisuussuositus. Helsinki 2001.
Veatch, Robert M: Medical Ethics. Boston 1989.
Viljanen Pekka: Virkarikoksista. Vammala 1984
Viljanen, Veli-Pekka: Ulottuuko perusoikeuksien vaikutus yksityisoikeudellisiin oikeussuhteisiin? Juhlajulkaisu Allan Huttunen. Turku 1988.
Viljanen, Veli-Pekka: Lainsäätäjän velvollisuudesta suojella kansalaisten perusoikeuksia. Juhlajulkaisu Juhani Kyläkallio. Turku 1990.
Viljanen, Veli-Pekka: Perusoikeuksien soveltamisala. Teoksessa: Perusoikeudet (toim. Hallberg, Pekka – Karapuu, Heikki – Scheinin, Martin – Tuori, Kaarlo – Viljanen, Veli-Pekka), s. 111–156. Juva 1999a.
Viljanen, Veli-Pekka: Perusoikeuksien rajoittaminen. Teoksessa: Perusoikeudet (toim. Hallberg, Pekka – Karapuu, Heikki – Scheinin, Martin – Tuori, Kaarlo – Viljanen, Veli-Pekka), s. 157–186. Juva 1999b.
Viljanen, Veli-Pekka: Yksityiselämän suoja. Teoksessa: Perusoikeudet (toim. Hallberg, Pekka – Karapuu, Heikki – Scheinin, Martin – Tuori, Kaarlo – Viljanen, Veli-Pekka), s. 333–352. Juva 1999c.
Viljanen, Veli-Pekka: Perusoikeuksien rajoitusedellytykset. Vantaa 2001.
Virta, Kari: Julkisuudesta ja salassapidosta kunnan sosiaalihuollossa. Oikeustiede-Jurisprudentia 1986, s. 484–543.
von Essen, Nils: Terveydenhuoltohenkilöstön salassapitovelvollisuutta selkiytetty. Lakimiesuutiset 1996:10;68–69.
von Koskull, Anders: Personvärn och personrekrytering eller transformation och skygglappar. JFT 1996:132,392–433.
von Wright, Georg Henrik: Looginen empirismi. Teoksessa: Logiikka ja humanismi, s. 13–154. Keuruu 1998.
Vuori, Hannu: Lääketieteen historia. Jyväskylä 1979.
Wacks, Raymond: Personal Information: Privacy and the Law. Oxford Clarendon Press 1989.
Wahlqvist, Sten: Tutkimus ja tietosuoja (1). Tietosuoja 1992a:3,4–8.
Wahlqvist, Sten: Tutkimus ja tietosuoja (2). Tietosuoja 1992b:4,10–13.
Waisel, David B. – Truog, Robert D: Informed Consent. Anesthesiology 1997:87,968–978.
Wallin, Anna-Riitta – Nurmi, Pekka: Tietosuojalainsäädäntö. Henkilörekisterilaki ja siihen liittyvät säännökset. Helsinki 1991.
Wallin, Anna-Riitta: Julkisuus- ja salassapitolainsäädäntö uudistuu. Tietosuoja 1998:2,4–8.
Wallin, Anna-Riitta – Konstari, Timo: Julkisuus- ja salassapitolainsäädäntö. Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta ja siihen liittyvät lait. Jyväskylä 2000.

Wallin, Aulikki – Söder Jouko – Laaksonen, Hannu – Kujala, Santero – Wuoma, Erkki: Ajokorttien uudet terveysvaatimukset. Suomen Lääkärilehti 1996:18–19;2–11.
Wallin, Marja. Henkilötietotoimikunnan mietinnöstä annetut lausunnot. Oikeusministeriö. Helsinki 1998.
Waltz, Jon – Inbau, Fred: Medical Jurisprudence. New York 1971.
Warren, S.D – Brandeis, L.D: The Right to Privacy. Harvard Law Review 1890:4,193–220.
Weir, Robert: Sounding Board: The Government and Selective Nontreatment of Handicapped Infants. NEJM1983:309,661–663.
Weir, Robert F – Gostin, Larry: Decision to Abate Life-sustaining Treatment for Non-autonomous Patients. JAMA 1990.264,1846–1853.
Welamson, Lars: Läkarsäkretessen: en rättsilig undersökning. Stockholm 1962.
Westerhäll. Lotta: Den Svenska socialrätten. Stockholm 1990.
Westerhäll. Lotta: Medical Law. An Introduction. Stockholm 1994.
Westin, A.F.: Privacy and Freedom. New York 1970.
Westin A.F.; Computers, Health Records, and Citizen Rights. U.S. Government Printing Office, Washington D.C. 1976.
Wickström, J: Tarttuvat taudit. Porvoo 1970.
Wilska, Maija – Kaski, Markku: Kehitysvammaiset ongelmineen – kehitysvammaisuuden kuva. SLL 2001:27–29,2902–2907.
Wittgenstein, Ludwig: Filosofisia tutkimuksia. Juva 1981.
Ylipartanen, Arto: Tietosisältö ja virheen oikaisu potilasrekisterissä. Tietosuoja 1995:2,9–13.
Ylipartanen, Arto: Potilaan asema ja oikeudet – yksityisyyden suojan laillinen kehitys terveydenhuollossa. Tietosuoja 1997a:1,13–15.
Ylipartanen, Arto: Potilas ja hyvä rekisteritapa – terveydenhuolto palvelujen laadun varmistajana. Tietosuoja 1997b:3,11–14.
Ylipartanen, Arto: Tietosuoja teveydenhuollossa. Helsinki 2001.
Zitting, Simo: Sivullissuojasta varallisuusoikeudessa. Helsinki 1989.
Åkermarck, Johan: Yksityisen sydänleikkauksia suorittavan sairaalan oikeustapaus osoittanut ongelmia lääkärin oikeusturvassa. SLL 1997:521343–1345.
Ämmälä, Pirkko: Raskauden keskeytys. Teoksessa: Lääkärintyö ja laki (toim. Koskenvuo, Kimmo), s. 422–427. Helsinki 2000.
Äärimaa, Markku: Kollegiaalisuus. Teoksessa: Lääkärintyö ja laki (toim. Koskenvuo, Kimmo), s. 61–64. Helsinki 2000.

Lyhenteet

A	asetus
Abs.	Abschnitt
AOA	(eduskunnan) apulaisoikeusasiamies
AOK	(valtioneuvoston) apulaisoikeuskansleri
App.	appeal
Art.	Artikel
AsiakasL	laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista
AsiakJulkL	laki yleisten asiakirjain julkisuudesta
ATK	automaattinen tietojenkäsittely
BMJ	British Medical Journal
Cir.	circuit
D / Dist.	district
DL	Defensor Legis
DNA	deoxyribonucleic acid
DNo	diaarinumero
Ed.	editor
EHEC	enterohemorrhaginen Escherichia coli
EIK	Euroopan Neuvoston ihmisoikeuskomitea
EIS	Euroopan ihmisoikeussopimus
EIT	Euroopan Ihmisoikeustuomioistuin
EN	Euroopan Neuvosto
EOA	eduskunnan oikeusasiamies
ErikSHL	erikoissairaanhoitolaki
ETENE	Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta
ETS	European Treaty Series
EU	Euroopan Unioni
Eur J Health Law	European Journal of Health Law
EYT	Euroopan Yhteisöjen Tuomioistuin
F.	Federal
Fla	Florida
FHSA	Family Health Service Authority
FOIA	Freedom of Information Act
GCP	good clinical practice
GG	Grundgesetz
HE	hallituksen esitys eduskunnalle
HenkRekL	henkilörekisterilaki
HetiL	henkilötietolaki
HHO	Helsingin hovioikeus
HMenL	hallintomenettelylaki
HIPAA	the Health Insurance Portability and Accountability Act
HIV	human immunodeficiency virus
HM	Hallitusmuoto
JAMA	Journal of American Medical Association
JFT	Tidskrift utgiven av Juridiska Föreningen i Finland

JulkL	laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta
KA	kuluttaja-asiamies
KEL	Kansaneläkelaki
KELA	Kansaneläkelaitos
KHO	Korkein hallinto-oikeus
KiEL	evankelisluterilaisen kirkon perhe-eläkelaki
KKO	Korkein oikeus
KM	komiteamietintö
KSL	kuluttajansuojalaki
KVTEL	kunnallisten viranhaltijain ja työntekijäin eläkelaki
L	laki
LaVM	lakivaliokunnan mietintö
LH	lääninhallitus
LM	Lakimies-aikakauskirja
LO	lääninoikeus
LKH	lääkintöhallitus
Md.	Maryland
Med Law	Medicine and Law
MEL	merimieseläkelaki
MRI	magnetic resonance imaging
MRSA	methicillin resistant Staphylococcus aureus
MSL	mielisairaslaki
MYEL	maatalousyrittäjien eläkelaki
NEJM	New England Journal of Medicine
NHS	National Health Service
N.J.	New Jersey
NJW	Neue Juristische Wochenschrift
OAK	eduskunnan oikeusasiamiehen kertomus
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development
OhK	ohjekirje
OK	oikeudenkäymiskaari
OKA	(valtioneuvoston) oikeuskansleri
OKK	oikeuskanslerin kertomus
Pa	Pennsylvania
PeVL	[eduskunnan] perustuslakivaliokunnan lausunto
PeVM	[eduskunnan] perustuslakivaliokunnan mietintö
PKL	pakkokeinolaki
PotL	laki potilaan asemasta ja oikeuksista
PotVahL	potilasvahinkolaki
PVLtk	Potilasvahinkolautakunta
QB	Queen’s bench
RF	Regeringsformen
RL	Rikoslaki
SekrL	sekretesslag
SFS	Svensk Författningssamling
SLL	Suomen Lääkärilehti
SopS	sopimussarja
SOP	standard operating procedure
SOU	statens offentliga utredningar

STAKES	Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus
STM	Sosiaali- ja terveysministeriö
StGB	Strafgesetzbuch
StPO	Strafprozessordnung
Supp.	supplement
STM	sosiaali- ja terveysministeriö
SvJT	Svensk Juridisk Tidskrift
SVL	sairausvakuutuslaki
T	taltio
TapVakL	tapaturmavakuutuslaki
TEO	Terveydenhuollon oikeusturvakeskus
toim.	toimittanut
TSL	Tietosuojalautakunta
TSS	taloudelliset, sosiaaliset ja sivistykselliset
TSV	Tietosuojavaltuutettu
TUKIJA	Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan lääketieteellinen tutkimuseettinen jaosto
TutkimusL	laki lääketieteellisestä tutkimuksesta
TyötervL	työterveyshuoltolaki
VEL	Valtion perhe-eläkelaki
vp.	valtiopäivät
vs.	versus
VYO	virkaylioikeus
WHO	World Health Organization
U.K.	United Kingdom
U.S.	United States
U.S.C.	United States Code
YEL	yrittäjien eläkelaki
YK	Yhdistyneet Kansakunnat
YlK	yleiskirje
ÅL	lagen om åligganden för personalen inom hälso- och sjukvården
ZtPO	Zivilprozessordnung
ÄO	älykkyysosamäärä

1. Johdanto

1.1. LÄÄKINTÄOIKEUDEN OIKEUDENALA

Lääkintäoikeus on uusi useita oikeudenaloja yhdistävä oppiaine[1]. Sen keskeisenä tutkimusalueena ovat potilaan asemaan ja oikeuksiin kohdistuvat ongelmat, terveyspalvelujen saatavuuteen liittyvät ongelmat, terveydenhuoltohenkilöstön vahingonkorvausvastuu sekä biolääketieteelliseen tutkimukseen liittyvät ”uudet” juridiseettiset kysymykset[2]. Lääketieteellisen teknologian kehitys luo uusia juridisia ongelmia välillä nopeammin kuin mihin lainsäädäntö pystyy vastaamaan.

Lääkintätoimen ja hoitotyön sisältöä ovat jo vuosisatoja säännelleet ammattitoiminnan sisäiset eettiset periaatteet[3]. Näillä periaatteilla on varsinkin ”*case law*” -perusteisissa oikeusjärjestelmissä ollut myös oikeudellista ulottuvuutta arvioitaessa yksittäisen terveydenhuollon toimijan toiminnan hyväksyttävyyttä suhteessa toiminnan yleiseen ammattistandardiin[4]. Vanhat eettiset periaatteet eivät kuitenkaan kyenneet estämään esimerkiksi Natsi-Saksan lääkärien harjoittamaa lääkärintoimen väärinkäyttöä[5], eivätkä ne myöskään ole pystyneet vastaamaan uusien teknologioiden (kudossiirrot, kloonaus, keinoalkuinen lisääntyminen jne.) tuomiin ihmisarvoa koskeviin eettisiin ja oikeudellisiin kysymyksiin[6]. Eettisten periaatteiden soveltuvuutta terveydenhuollon käytännön päätöksenteon ohjenuoraksi ja tehtyjen päätösten oikeellisuuden arviointiperusteeksi vaikeuttaa lisäksi etiikan ja moraalin vahva kulttuuri- ja yhteisösidonnaisuus, mikä merkit-

---

[1] Lahti 1997, s. 753–755.

[2] Lääkintäoikeus auttaa osaltaan selvittämään esimerkiksi sellaisia perustavanlaatuisia kysymyksiä, kuin mikä on oikeussubjekti (koska ”ihmisyys” alkaa), mikä on sellainen esine, joka voi olla omistuksen kohteena (esim. ihmiskehon osat) taikka miten henkilön psyykkistä toimikelpoisuutta voidaan arvioida.

Vrt. Lars D. Erikssonin analyysiin sosiaalioikeuden tavoitteista. (Eriksson L 1987, s. 157–163). Ks. myös Tuori 1999a, s. 247–253, jossa Tuori katsoo että, sosiaalioikeus voidaan eriyttää joko sen säätelykohteen (ts. niiden yhteiskuntailmiöiden perusteella, jota se koskee), säätelytarkoituksen (esim. henkilöiden toimeentulon ja hyvinvoinnin turvaamistarkoituksen perusteella) taikka säätelytavan (ts. tyypillisten normittamismuotojen) perusteella.

[3] Ks. esim. Lahti 1980, s. 145–146, Lindqvist 1980, s. 1552–1557, Dworkin G 1988, s. 24–36 ja Pietarinen 1995, s. 33–54.

[4] Moodie and Wright 2001, s. 39–66.

[5] Bergentz 1997, s. 2695.

[6] Ks. esim. EIT 22.4.1997, *X., Y. and Z. vs. the United Kingdom tapaus*. Ihmisoikeustuomioistuin katsoi, että EIS:n 8 artiklan mukaista perhe-elämän suojaa ei oltu rikottu, kun sukupuoltaan naisesta mieheksi vaihtanutta henkilöä ei kansallisen lain mukaan ollut voitu merkitä hänen avopuolisonsa keinohedelmöityksen avulla saaman lapsen isäksi. Valittajan perhe-elämä sinänsä kuului artiklan soveltamisalaan.

see, että eri yhteisöihin kuuluvilla henkilöillä (ts. esimerkiksi potilaalla, lääkärillä ja tuomarilla) on kovin erilainen henkilökohtainen näkemys jonkun tietyn toiminnan hyväksyttävyydestä[7]. Esimerkiksi raskauden keskeyttämistä koskeva keskustelu Suomessa 50 viimeisen vuoden ajalla osoittaa, kuinka erilaisia johtopäätöksiä ja toimintasuosituksia käytännön toimijoille voidaan yleisistä eettisistä periaatteista johtaa[8].

Kysymys lakitekstiin kirjaamattomien periaatteiden oikeudellisesta luonteesta on varsin vaikea[9]. Voidaankin oikeutetusti kysyä, ovatko tällaiset moraaliperiaatteet ollenkaan normiluonteisia vaiko pelkkiä metafyysisiä toivomuslauseita[10]. Ainoastaan silloin, jos periaatteet hyväksytään oikeudellisessa argumentaatiossa oikeusriitojen ratkaisujen perustaksi, voidaan ne nähdä oikeusnormeina[11]. Oikeustiede klassisimmillaan onkin sellaisten argumenttien kokoamista, arviointia ja esittämistä, joilla on tai saattaa olla merkitystä oikeudellisessa päätöksenteossa[12]. Voimassa oleva oikeus voidaan nähdä niiden argumenttien muodostamana kokonaisuutena, joita julkisen vallan pakkotäytäntöönpanoa käyttävät orgaanit *saattavat* ottaa huomioon arvioidessaan tulevien oikeusriitojen ratkaisua[13]. Jos ja kun oikeudellinen päätöksentekojärjestelmä nähdään lisäksi arviointijärjestelmänä, jossa arvioidaan havaitun toiminnan hyväksyttävyyttä[14] jossain ihmisyhteisössä, ovat kaikki argumentit, joilla on merkitystä hyväksyttävyyden arvioinnissa lo-

---

[7] Ks. Aarnio and Peczenik 1996, s. 321–330: universaalisten arvojen on oltava sellaisia, etteivät ne riipu yksilön vapaista valinnoista ja niiden on oltava ainakin joltain osin kaikille kulttuureille yhteneviä.

[8] Häyry ja Häyry 1997, s. 16–32. Vrt. myös Mason and McCall Smith 1999, s. 113–115.

[9] Tähti 1995, s. 16–27.

[10] Helin 1988, s. 46–51 ja 157–169.

[11] Hannu Tolonen erottaa oikeuden elementteinä sen normatiivisen, arvosuuntautuneen ja tosiasiallisen luonteen. Oikeuden normatiivisuuteen kuuluu Alf Rossin *ennusteteoria*, jossa normatiiviset peruskäsitteet esitetään tuomarin normatiivisina ideoina ja käyttäytymisvalmiuksina. Ks. Tolonen 1997, s. 280–287.

[12] Allekirjoittanut ei näe lainoppia, puhtaimman oikeusrealistinkaan harjoittamana, empiirisenä tieteenä, vaan nimenomaan argumentaatioteoriana. Empiirisille havainnoille (luonnontieteissä) on tyypillistä niiden toistettavuus ja pysyvyys, kun taas oikeudelliset ratkaisut riippuvat siitä yleisöstä, jolle argumentaatio esitetään. Oikeustiede itse asiassa kerää argumentteja ja testaa niiden vaikutuksia eri ajanhetkinä ja erilaisissa (poliittisissa taikka juridisissa) viiteryhmissä.

[13] Ks. Olsson 1954, s. 13–19. Ks. myös Makkonen 1968, s. 8–11.
Periaatteiden muotoutumisesta todellisiksi oikeusnormeiksi käy esimerkkinä ns. lojaliteettiperiaatteen soveltaminen ratkaisussa KKO 1993:136. Ks. myös Tolonen 293–294.

Tuori (1990, s. 24–25) korostaa modernin oikeuden normien legitimiteettikriteeriä: Oikeusnormit on asetettava sellaisessa julkisuuden ympäröimässä menettelyssä, jossa lainsäädännöllisiin ratkaisuihin pyritään rationaalisesti argumentoivan keskustelun avulla. Paitsi että tällainen diskurssi lisää normien hyväksyttävyyttä yhteisössä, se lisää allekirjoittaneen näkemyksen mukaan myös niiden tunnettavuutta ja tunnistettavuutta tilanteessa, jossa oikeus ”sirpaloituu” eli jossa normisäätelijöitä on useita ja jossa yhä useammalla elämän alueella on omat säädännäiset erillisnorminsa ja jossa näiden erillisnormien kehitys ei enää välttämättä perustu normievoluutioon vaan nopeisiin yhteiskuntarakenteiden muutoksiin.

[14] Toiminnan ei-hyväksyttävyys ilmenee yhteisön kohdistamana pakkona, jonka tarkoituksena on muuttaa toimijan toimintaa.

pulta normiluonteisia[15]. Se, onko jollain argumentilla tosiasiallisesti ollut merkitystä oikeudellisessa päätöksenteossa, on taas empiirisesti havaittavissa, koska argumentti on joko saatettu arvioijan tietoon (ja ollut merkityksellinen taikka merkityksetön) tai sitten arvioija ei ole ao. argumenttia (”normia”) voinut ollenkaan huomioida[16].

Länsimaisessa oikeusjärjestyksessä edellytetään kansalaisten – mukaan lukien sekä hoitavat että hoidettavat – voivan ennakoida sen, miten oikeusjärjestys arvioi heidän toimintaansa. Ihmisiä tulee myös kohdella yhdenvertaisesti. Oikeusvaltioperiaate ja yhdenvertaisuusperiaate edellyttävätkin, että oikeusvaikutuksia saavat normit ovat osana julkituotua lainsäädäntöä eivätkä vain yksittäisen ammattikunnan sisäisten arvoarvostelmien varassa[17]. Tämä on erityisen tärkeää, kun muistetaan, että terveyden- ja sairaanhoito on muodostunut viimeisen kolmenkymmenen vuoden aikana merkittäväksi osaksi julkisen vallan palvelutuotantojärjestelmää, jolloin useimmat terveydenhuollon toimijat ovat tulleet velvolliseksi noudattamaan hallinnon yleisiä oikeusperiaatteita, mukaan lukien hallinnon lainalaisuuden periaatetta[18].

Terveydenhuoltoa koskeva lainsäädäntö on voimakkaasti lisääntynyt viimeisen parinkymmenen vuoden aikana[19]. Lainsäädäntö on kuitenkin varsin pirstaleista, eikä se perustu sellaisiin systemaattisiin rakenteisiin, jotka tekisivät sen helposti ymmärrettäväksi edes lakimiehille saatikka lääkintähenkilöstölle[20]. Alueen oikeudellista ratkaisutoimintaa leimaa myös henkilön terveydentilaa koskevien tietojen salassapito, mikä merkitsee, etteivät selkeästi oikeudellistenkaan ratkaisujen premissit ja argumentaatio aina tule yleiseen tietoon ohjaamaan tulevaa ratkaisutoimintaa[21]. Lääkintäoikeudellisessa keskustelussa esiintyvät

---

[15] Olivercrona (1940, s. 165–169) edellyttää normiaddressaattien *lainkuuliaisuusasennetta* praktisena ennakkoehtona oikeusjärjestyksen ja -normien voimassaololle. En pidä tällaista ennakkoehtoa kuitenkaan tarpeellisena, vaan toiminnan hyväksyttävyyden arviointi voidaan suorittaa siitä riippumatta. Lainkuuliaisuusasenteen olemassaolo on vain yksi arviointijärjestelmälle esitetty argumentti, jolla joissain tilanteessa on vaikutuksia ratkaisuun ja toisissa ei. Ks. myös Helin 1988, s. 248–255.

[16] Vrt. Klami 1996, s. 476, joka kritisoi tuomioistuinten ratkaisujen perusteluissa esiintuotujenkin ”reaalisten argumenttien” sisällöttömyyttä.

[17] Vrt. Abram and Wolf 1984, s. 627–632. Julkisen vallan toimesta yhdenmukaistettu lääketieteellinen etiikka merkitsee toisaalta lääketieteellisen päätöksenteon byrokratisoitumista ja politisoitumista: Tällöin hoitosuhteessa toteutetut arvopäämäärät eivät enää välttämättä vastaa yksittäisen potilaan toiveita ja odotuksia.

[18] Hallinnon lainalaisuusperiaatteen merkityksen heikkenemisestä hyvinvointivaltiossa oltiin huolissaan jo 1980-luvulla. Ks. Mäenpää 1981, s. 34–60 ja Tuori 1999d, 538–540.

[19] Esimerkiksi Koskenvuon (2000) toimittamassa ”Lääketiede ja laki” -kirjassa viitataan 122:een erilliseen lakiin, jotka vaikuttavat lääkärintoimen harjoittamiseen.

[20] Vertailun vuoksi voidaan toisena ”teknisenä” oikeuden erillisalana ottaa esille esim. kuljetusoikeus, joka sekin yhdistää eri oikeudenaloja, mutta jolle on jo toista sataa vuotta sitten muodostunut selkeä oma käsitteistö ja kansainväliset yleisnormit.

usein esimerkiksi sellaiset käsitteet kuin potilas, potilaan etu, hoito, hoitotoimenpide, hoitovelvoite, hoitovirhe, hoitotestamentti, salassapitovelvollisuus, yksityisyys, luottamus, terveydenhuollon ammattihenkilö, terveydenhuollon toiminta-yksikkö jne. Näille käsitteille on hyvin tunnusomaista, että niiden sisältö on täsmentymätön ja niiden käyttö varsinaisessa oikeudellisen päätöksenteossa hyvin vaihtelevaa. Käsitteiden laaja käyttö kuitenkin kertoo, että terveydenhuollon toimijat, ”potilaat” ja tämän elämänalueen oikeudellisia ilmiöitä tarkastelevat löytävät toiminta-alueelta käytännön elämässä realisoituvia oikeuksia ja velvollisuuksia. Yleisen käsityksen mukaan jotkin näistä oikeuksista ja velvollisuuksista ovat myös oikeudellisesti arvioitavissa ja täytäntöön pantavissa joko yleisissä tuomioistuimissa taikka hallinto-oikeuksissa.

Lainsäätäjänkin pyrkimykset ja tavoitteet terveydenhuollon toiminta-alueella ovat kaikkea muuta kuin yhdensuuntaiset. Samalla kun yhtäällä pyritään lisäämään hoidettavien oikeuksia, pyritään toisaalla hoitojärjestelmien suurempaan kustannustehokkuuteen esimerkiksi määrittämällä vain tietyt hoitomuodot tai tietyille valituille potilasryhmille annetut hoidot julkisen rahoitusjärjestelmän korvattaviksi. On ymmärrettävää, että esimerkiksi potilaan oikeus valita eri hoitovaihtoehdoista jää täydelliseksi abstraktioksi, jos terveydenhuollon korvausjärjestelmä on oikeutettu tarjoamaan vain yhtä vaihtoehtoa (taikka pahimmassa tapauksessa toteamaan, että potilas ei hoidon saamisen kriteereitä täytä). Luottamus ja salassapito jäävät niin ikään varsin kuvitteellisiksi, jos todellisuudessa jokaisen potilaan jokainen yksittäinen käyntikin viedään terveydenhuollon keskitettyihin tietokantoihin, joihin jokainen tarpeeksi mielenkiintoisen tutkimusintressin esittävä on oikeutettu pääsemään käsiksi potilaan omasta suostumuksesta riippumatta.

Kaiken edellisen perusteella lienee varsin selvää, että terveydenhuollon oikeussuhteiden tulisi olla sellaisen oikeustieteellisen tutkimuksen kohteena, joka pystyisi määrittämään ne ehdottomat rakenteet ja periaatteet, jolle oikeusjärjestys kyseisellä oikeudenalalla perustuu[22]. Tällainen tutkimus – jotta se voisi olla edellä kuvatulla tavalla yleistettävissä – ei voi perustua moraalinormeihin tai ammattikuntien sisäisiin koodistoihin, vaan sen täytyy perustua voimassaolevaan lainsäädäntöön ja sen pohjalta ratkaistuihin oikeustapauksiin. Vain näin voidaan ymmärtää se kielipeli, jota lainsäätäjä, normien soveltajat ja normien täytäntöön panijat käyvät tämän oikeudenalan käsitteillä ja säännöksillä[23]. Vain

---

[21] Lääkintäoikeudessa voi katsoa esiintyvät jopa ”salaisia oikeusnormeja”, koska viranomaiskäytännöt eivät tule julkiseen arviointiin.

[22] Lakiin kirjoittamattomien periaatteitten merkitys oikeudellisessa ratkaisutoiminnassa on viime vuosina ollut suhteellisen vilkkaan tutkimuksen ja keskustelun kohteena. Esimerkiksi Tuori katsoo kriittisen positivismin strukturoinnissaan, että oikeus ja moraaliperiaatteita ei voida jäännöksettä samaistaa toisiinsa. Jonkin periaatteen moraalinen hyväksyttävyys ei vielä osoita sen kuuluvan oikeusjärjestykseen, vaan lisäedellytyksenä on ”institutionaalinen tuki” pintatason oikeudellisesta materiaalista (Tuori 2000a, s. 336). Ks. myös Tähti 1995.

näin on myös mahdollista löytää alueelta sellaisia ”yleisiä oppeja”, jotka mahdollistavat lääkintäoikeuden pitämisen omana oikeudenalanaan. Tämän yleispätevyyden löytäminen on myös edellytys sille, että normien soveltamisen kohteena olevat henkilöt – sekä potilaat että terveydenhoitohenkilökunta – voivat luottaa laillisuusperiaatteen ja yhdenvertaisuusperiaatteen toteutumiseen toimialallaan.

Terveydenhuoltoa koskeva oikeuskäytäntö on kuitenkin vähäistä ja sekin vähä mitä oikeusistuimissa on ratkottu, on pääsääntöisesti salassa pidettävää. Lisäksi lääkintäoikeuden oikeudenalaan kuuluvat asiat on lainsäädännössä jaettu ratkaistavaksi tuomioistuinten ulkopuolella monen erillisen viranomaisen toimesta, mikä on osaltaan vaikeuttanut yhtenäisten käytäntöjen muodostumista. Kaiken kaikkiaan kansalaisten tietoisuus konkreettisista oikeuksistaan ja lääkintähenkilöstön tietoisuus velvollisuuksistaan *in concreto* on jäänyt tässä ympäristössä vähäiseksi, mitä osoittaa, että terveydenhuoltohenkilöstöstä tehtyjen kanteluiden määrä ei lainsäädännön lisääntymisestä huolimatta ole vähentynyt.

1.2. TUTKIMUKSEN KYSYMYKSENASETTELU

1.2.1. Tutkimuksen peruskäsitteet

Tarve lääketieteellistä hoitoa ja tutkimusta koskevien oikeussäännösten vertailuun, säännösten tulkintaohjeisiin uudentyyppisissä yksittäistapauksissa sekä säännösten vaikuttavuusanalyysiin on edellisen perusteella ilmeinen. Oikeussäännösten vertailulla ja tulkintaohjeilla voidaan kehittää lääkintäoikeuden ”yleisiä oppeja” perustuen lääkintäoikeudellisesti keskeisiin käsitteisiin potilaan itsemääräämisoikeudesta ja hoitohenkilökunnan erityisasemasta hoidollisten toimenpiteiden suorittajana.

Klassisen lääkintäoikeuden kysymykset liittyvät käytännössä aina *”hoitosuhteeseen”*, joka on oikeuksien ja velvollisuuksien suhteena omalajinen oikeudellinen ilmiö ja oikeustieteellisenä tutkimuskohteena toistaiseksi hyvin huonosti kartoitettu. Esim. yhdysvaltalaisessa oikeuskäytännössä juuri hoitosuhteen syntyminen on edellytys hoitotapahtumaan liittyville siviilioikeudellisille vaateille. Toisaalta subjektiivisten perusoikeuksien kannalta on merkittävää määrittää, onko yksittäisellä kansalaisella mahdollisuutta voida vaatia, että hoitosuhde siihen liittyvine oikeuksineen ja velvollisuuksineen syntyy hoitoa tarvitsevan potilaan ja terveydenhuoltopalveluja tarjoavan julkisyhteisön välille. Jotta hoitosuhteeseen liittyviä oikeuksia ja velvollisuuksia ylipäätään voidaan tarkastella ja

[23] Ks. Makkonen 1978, s. 67–98.

havaituille ilmiöille voidaan edellyttää jonkinlaista oikeudellista pysyvyyttä, on tutkimuksen alussa pystyttävä kuvamaan se, mitä suomalaisessa lainsäädännössä ja oikeuskäytännössä pidetään sellaisena oikeussuhteena, johon liittyy niitä erityisiä oikeuksia ja velvollisuuksia, joita kansainvälisessä lääkintäoikeudessa on totuttu tarkastelemaan.

Tämän tutkimuksen erityinen kysymyksenasettelu liittyy *yksityisyyden suojaan* hoitosuhteessa[24]. Oikeus luottamuksellisen tiedonvaihdon ja omaa terveydentilaa koskevien tietojen korostettuun suojaan on eittämättä osa sitä yksityiselämän ”kovaa ydintä,” jota perusoikeussäännökset koskevat[25]. Jotta tutkimuksella olisi yleistä sovellettavuutta ja oikeudellisilla havainnoilla pysyvyyttä, tulee kuitenkin jälleen pystyä määrittelemään mitä henkilön *yksityisyys* terveyden- ja sairaanhoidon yhteydessä merkitsee. Yksityisyyttä ja *yksityiselämää* on toki suomalaisessakin oikeuskirjallisuudessa tarkasteltu laajalti, mutta johtopäätöksenä on yleensä ollut että yksityisyyttä ei yleisenä käsitteenä voida määritellä. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, ettei niillä erityisillä elämänalueilla, jotka kuuluvat yksityiselämän kovaan ytimeen, voida kuvata sitä, mikä ainakin kuuluu yksityisyyteen. Jo sen seikan esittäminen, mistä lainsäätäjän, tapauskäytännön ja oikeuskirjallisuuden välillä vallitsee yksimielisyys, helpottaa tarkastelua. Tässä tutkimuksessa ei pyritäkään laajentamaan yksityisyyden ulottuvuutta, vaan ennemminkin tarkastelemaan, suojataako sitäkään elämänaluetta, jonka kaikki varmasti katsovat kuuluvat ”yksityiselämään”, oikeudellisesti tehokkaasti.

Oikeustieteellisen tutkimuksen kohteena ovat oikeusnormit. Vain sellainen sääntö, jonka kansallinen tai kansainvälinen lainsäädäntöelin kirjaa tai jonka tuomioistuin tai hallintoviranomainen käytännössä huomioi, voi olla oikeudellisen tutkimuksen kohteena. Tässä tutkimuksessa ei pyritä selvittämään terveydenhuollon ammattihenkilöiden käyttäytymistä potilaita hoidettaessa taikka niitä lääketieteellisiä periaatteita, joita noudatetaan arvioitaessa yksittäisen potilaan hoitoa. Sen sijaan keskitytään niihin sääntöihin, joilla lainsäätäjä, hallintoviranomainen taikka tuomioistuin ovat ratkaisseet niitä *intressiristiriitoja*, joita terveyden- ja sairaanhoidon yhteydessä on syntynyt hoitohenkilökunnan, potilaan taikka sivullistahon välille.

Tällaisia suojattavia intressejä terveydenhuollossa ovat hoitoon hakeutumisen turvaaminen (*hoitoon hakeutumisintressi*) ja annetun hoidon onnistumisen turvaaminen (*hoitotulosintressi*). Näiden molempien intressien turvaamiseksi tarvitaan *luottamuksellisuutta* hoidettavan ja hoitavien välisessä suhteessa[26]. Saman-

---

[24] Oikeus tiedolliseen yksityisyyteen kuuluu ns. informaatio-oikeuden keskeisiin periaatteisiin. Fyysistä yksityisyyttä täydentää informaatioyhteiskunnassa kasvavassa määrin tiedollinen yksityisyys. Euroopan Unionin informaatio-oikeudellisen säätelyn keskeisiin tavoitteisiin kuuluu tämän yksityisyyden turvaaminen. Saarenpää 2000a, s. 22–24.

[25] Yksityiselämän suoja on uuden perustuslain 10 §:llä nostettu klassisten vapausoikeuksien joukkoon. Näin siitä on virallisesti tullut ”jokaiselle yksilölle kuuluva suuren merkityksen omaava oikeus, joka on pyritty korostetusti turvaamaan erityisjärjestelyin” (ks. Kastari 1972, s. 1).

aikaisesti pitää turvata oikeusjärjestyksen takaamat perusoikeudet eli kunnioittaa potilaan ihmisarvoa, jota terveydenhuollossa symbolisoi potilaan oikeus määrätä itsestään (ml. omaa henkilöä koskevat arkaluonteiset tiedot) ja mahdollisuus kieltäytyä hoidon vastaanottamisesta (taikka arkaluonteisten tietojen edelleen luovuttamisesta). Myös oikeusturvalle vastakkaiset hallinnon tehokkuusintressit tulee huomioida, jotta hoitoa tosiasiallisesti julkisessa terveydenhuollossa voidaan antaa kaikille sitä tarvitseville[27]. Tätä tehokkuusintressiä palvelee juuri viranomaisten välinen tiedonsiirto. Hallinnon tehokkuudella on toki merkitystä myös annetun hoidon laatuun: hyvä hoito voidaan perustaa vain oikeaan tietoon potilaan tilanteesta ja hoidon ulottaminen mahdollisimman monelle sitä tarvitsevalle edellyttää terveydenhuollon resurssien tarkkaa hyödyntämistä. Lisäksi terveydenhuollon toiminnalla on merkitystä koko väestön turvallisuudelle (esimerkiksi ehkäistäessä tarttuvien tautien leviämistä) ja sen perusoikeuksien edistämiselle (toteutettaessa oikeutta ihmisarvoiseen elämään).

1.2.2. Oikeusongelmat

Lääkintäoikeuden yleisperiaatteita ei siis ole kattavasti analysoitu suomalaisessa oikeuskirjallisuudessa[28]. Vaikka lääkintäoikeuteen liittyvä tutkimus Suomessa on painottunut rikos- ja vahingonkorvausoikeuden alueille, on lääkintäoikeus useimmiten kansainvälisesti sijoitettu kansalais- ja vapausoikeuksia tutkivaan oikeustieteen alueeseen[29]. Suomen oikeusjärjestyksessä lääkintäoikeuden ydinalueisiin kuuluvat asiat liittyvätkin pitkälti valtiosääntö- ja hallinto-oikeuteen. Lääkintäoikeutta on näin pidetty myös osana ”sosiaalioikeutta”. Toisaalla monet lääkintäoikeudelliset kysymykset (ml. henkilön toimikelpoisuus, perhesuhteiden määrittely, vahingonkorvausvastuu) on klassisesti luettu yksityisoikeuden oppialueeseen. Tältä osin voidaan puhua lääkintäoikeudesta osana ns. henkilöoikeutta tai jopa erillisestä ”potilasoikeudesta”[30].

Lääkintäoikeuden sijoittumisen epämääräisyys ja oikeudellisten käsitteiden ”heikkous” heijastuu suoraan lainsoveltamiskäytäntöön: Huolimatta terveydenhuoltoa koskevan lainsäädännön runsaudesta, julkista arvostusta nauttivat yleiset tuomioistuimet ovat vain harvoin syvällisesti käsitelleet hoitosuhteeseen liittyviä

---

[26] Hoitosuhteen luottamuksellisuudella on merkitystä paitsi turvattaessa hoitoonhakeutumisintressiä, myös pyrittäessä hyvään hoitotulokseen. Ns. tunnesiirto, jossa potilas siirtää hoitohenkilökuntaan ahdistavaksi kokemiaan tunne-elämyksiä, on esim. (psykoanalyyttisessä) psykiatrisessa hoidossa merkittävä osa terapiaa, mutta sillä on suuri merkitys myös somaattisten tautien hoidossa.

[27] Merikoski 1976b, s. 27–28.

[28] Lahti 1999, s. 279–281. Vrt. myös Lahti 1983, s. 7–14 ja Lahti 1986, s. 125–135.

[29] Lahti 1997, s. 759.

[30] Saarenpää 2000b, s. 97–104 ja Saarenpää 2000c, s. 25–28. Saarenpää (2000c) määrittelee potilasoikeuden oikeudenalaksi, jonka puitteissa tutkitaan potilaan ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden asemaa, oikeuksia ja velvollisuuksia terveyden- ja sairaanhoidossa sekä lääketieteellisessä tutkimuksessa.

oikeudellisia kysymyksiä. Terveydenhuollon oikeusriidat ovat kanavoituneet lukuisille eri valvontaviranomaisille, joiden ratkaisukäytäntö on lähinnä kirjavaa[31]: STAKES vastaa terveyspalvelujen tarpeen arvioinnista ja valtakunnallisesta suunnitellusta (”oikeus hoitoon”) ja laadullisista ulottuvuuksista (”terveyspalvelujen oikea taso”), terveydenhuollon oikeusturvakeskus vastaa terveydenhuollon ammatinhenkilöiden valvonnasta (ilman todellisia mahdollisuuksia vaikuttaa palvelujen määrään ja laatuun), mutta toisaalta ei-perinteiset hoitomuodot ovat lähes kokonaan ilman valvontaa. Lääkelaitos valvoo lääkkeiden käyttöä ja määräämisedellytyksiä sekä lääkkeiden toimittamista, joten osa terveydenhuollon ammattihenkilöiden toiminnan valvonnasta on käytännössä terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen toimivallan ulkopuolella. Mikään ym. viranomaisista ei voi ryhtyä toimiin hoitopalvelujen antamiseksi taikka niiden laadun parantamiseksi, vaan nämä tehtävät ovat kunnilla ja lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosastoilla, jotka käsittelevät valituksia hoidon puutteista ja valvovat lakisääteisten palvelujen saatavuutta. Paikalliset potilasasiamiehet ovat tarpeen valitusten kirjaamiseksi, ja potilas ei enää itse tietäisikään, kenen puoleen eri tyyppisissä valituksissa pitää kääntyä. Perusoikeuksien toteutumisen valvonta kuuluu sitten eduskunnan oikeusasiamiehelle ja yksityisyyden suojan valvonta tietosuojavaltuutetulle[32]. Hoitovahinkojen korvaaminen perustuu taas yksityisten vakuutusyhtiöiden toteuttamaan pakolliseen vakuutusjärjestelmään. Kun hoitovirheiden vahingonkorvaukset ovat pysyneet Suomessa tasoltaan pieninä (ja yksityisyyden suojan loukkauksista niitä ei liene maksettu), ei edes asianajolaitoksella ole ollut merkittävää kiinnostusta erikoistua hoitamaan terveydenhuollon järjestelmissä ongelmiin joutuneiden kansalaisten asioita.

Oman osansa alan sekavuudelle antaa sitten kansainvälinen kehitys. Lääketieteellinen tutkimus on hyvin kansainvälistä ja useat lääketieteelliseen tutkimukseen vaikuttavat säädökset onkin otettu osaksi Euroopan Unionin (EU) yhteistä lainsäädäntöä. Terveyden- ja sairaanhoito on myös sellaista ”palvelua”, johon sovelletaan EU oikeuden keskeisiä periaatteita tavaroiden, palvelujen, pääomien ja työvoiman vapaasta liikkumisesta Unionin sisällä. Potilaat voivat lisäksi Unionin alueella hakeutua aktiivisesti sellaisten teknologioiden ulottuville, joista he uskovat olevan hyötyä juuri heidän terveydentilansa kannalta riippumatta siitä, minkä maan lainsäädännön piirissä kyseistä teknologiaa tarjotaan. Tässä yhä monimutkaistuvassa lääketieteen ja terveysmarkkinoiden kentässä terveydenhuollon ammattihenkilökunnan käytännön vastuu potilaan edun valvojana kasvaa. Toisaalta potilaan kyky ymmärtää uusiin teknologioihin liittyviä lääketieteellisiä taikka juridisia ongelmia jää hyvin rajalliseksi. Käytännössä potilas kuitenkin aina odottaa toimenpiteitä joko terveydentilansa taikka sairauden parantamiseksi. Jos tätä tarvetta ei olisi, ei olisi myöskään koko terveydenhuollon toimi-

[31] Ks. Lehtola 1994, s. 8–13.
[32] Yleisestä ihmisoikeusvalvonnasta ks. Lehtimaja 1999, s. 897–907.

aluetta eikä tarvetta sen oikeudelliseen ohjailuun. Toimivan normiohjeistuksen tuleekin tasapainolla riittävän yleistettävyyden ja sellaisen kliinisen autonomian mahdollistamisen välillä, että yksilön lyhytaikaiset tarpeet tulevat huomioiduksi uhraamatta yhteisön pitkäntähtäimen intressejä.

Sääntelyn käsitteellinen epämääräisyys on siis eräs lääkintäoikeuden keskeisistä ongelmista. Niin ikään on epäselvää, liitetäänkö havaitut ilmiöt oikeusjärjestyksessä ennen kaikkea terveydenhuollon ammattihenkilön asemaan, potilaan asemaan, johonkin erilliseen tapahtumaan terveydenhuollon ammattihenkilön ja potilaan välillä (”hoitoon”) vaiko johonkin muuhun ilmiöön (esimerkiksi julkisen vallan toimimisvelvollisuuteen perusoikeuksien toteuttamiseksi).

1.2.3. Tutkimusalueen määrittely

Terveydenhuolto Suomessa on siis pääosin *julkisen vallan* suorittamaa taikka merkittävästi tukemaa toimintaa. Tämän tutkimuksen ensimmäinen kohde on hoidettavan henkilön ja häntä hoitavien henkilöiden välinen oikeussuhde eli hoitosuhde. Tutkimuksen toisena kohteena on tähän hoitosuhteeseen liittyvä potilaan yksityisyyden suoja erityisesti tarkastellen sellaista julkisen vallan käyttöä, jolla loukataan hoitosuhteen luottamuksellisuutta.

Suomen uuden perustuslain sisällölliseksi lähtökohdaksi on asetettu vaatimus siitä, että *julkisen vallan käyttöä sekä julkisen vallan ja yksilön välisiä suhteita* koskevat valtiolliset perusratkaisut ilmenevät kattavasti perustuslaista[33]. Niinpä tutkimuksen lähtökohta on perustuslain perusoikeussäännöksissä siltä osin, kun ne koskevat hoidettavan ja hoitavien välistä suhdetta ja toisaalta siltä osin kuin ne koskevat henkilön oikeutta yksityisyyteen. Perusoikeussäännösten konkreettinen sisältö on toteutettu erillislainsäädännössä (esim. laki potilaan asemasta ja oikeuksista ja henkilötietolaki). Perusoikeussäännöksiin liittyvät tulkintamateriaalina myös kyseisiä perusoikeuksia koskevat ihmisoikeussopimukset[34].

Perustuslain 21 §:n edellyttämä *hyvän hallinnon vaatimus* on lisäksi korostanut ns. hallinnon yleisten oikeusperiaatteiden merkitystä kaikessa hallintotoiminnassa. Näihin oikeusperiaatteisiin on klassisesti luettu yhdenvertaisuusperiaate, objektiviteettiperiaate, tarkoitussidonnaisuuden periaate sekä suhteellisuusperiaate[35]. Kansalaisten yhdenvertaisuus lain edessä eli tasapuolisen kohtelun vaatimus edellyttää, että asiat, jotka ovat merkityksellisissä suhteissa keskenään samanlaisia, on ratkaistava samalla tavoin. Objektiviteettiperiaate edellyttää, että

---

[33] HE 1/1998 vp, (1.2.): Ajatuksena on, että kaikki julkisen vallan käyttö on voitava viime kädessä johtaa perustuslaista, vaikka siinä ei voidakaan säännellä julkisen vallan käytön yksityiskohtaista järjestämistä koko laajuudessaan. Tältä osin voidaan puhua eräänlaisesta valtiosääntöpoliittisesta perustuslain täydellisyysperiaatteesta. Ks. myös PeVM 10/1998.
[34] Scheinin 1991, s. 290–325.
[35] Mäenpää 2000, s. 196–200.

viranomainen saa ratkaisussaan nojautua ainoastaan asiallisiin eli objektiivisesti perusteltaviin syihin. Objektiviteettiperiaatteen toteutumista varmentavat mm. hallintomenettelyn esteellisyyssäännökset. Tarkoitussidonnaisuuden periaate puolestaan rajoittaa viranomaisen toimivallan käytön vain siihen tarkoitukseen, jota varten se on annettu. Suhteellisuusperiaatteen mukaan taas hallintotoimen ankaruusaste on sopeutettava toimen laadun ja kulloinkin kyseessä olevan intressin tärkeyden mukaiseksi[36]. Erityisesti suhteellisuusperiaatteen merkitys hallintotoimen hyväksyttävyyden arvioinnissa on Euroopan Unionin hallinto-oikeuden vaikutuksen myötä lisääntynyt[37]. Tämän periaatteen mukaan mm. käytetyn pakon ankaruuden tulee olla kohtuullisessa ja järkevässä suhteessa siihen, mitä hallintotoimella tavoitellaan. Suhteellisuusperiaatteella on siten erityistä merkitystä arvioitaessa julkisen vallan puuttumista henkilön yksityiselämään.

Hoidettavan henkilön suhdetta muihin sivullistahoihin, mukaan lukien muut kuin hoitoon osallistuvat julkisen vallan orgaanit, määrittävät myös muun aineellisen lainsäädännön säännökset. Näitä säännöksiä löytyy terveydenhuollon hallinto-organisaatiota, sosiaaliturvaa ja viranomaistoimintaa yleensä koskevista laeista. Tämän tutkimuksen kannalta salassapitoa ja tiedonsaantioikeutta koskevat säännökset ovat keskeisessä asemassa. Tämän lainsäädännön sovellettavuuteen vaikuttaa perusoikeussäännösten ohella myös Euroopan Unionin lainsäädäntö, joka edellyttää tiettyjen tietosuojaperiaatteiden toteuttamista sekä oikeusturvatakuita toiminnassa, jossa arkaluonteisia tietoja käsitellään.

Edellä mainittujen normijärjestelmien kokonaisuus: perusoikeussäännökset (ja niihin liittyvät ihmisoikeussopimukset), hallinnon yleiset oikeusperiaatteet, hoidettavan ja hoitavien henkilöiden oikeuksia ja velvollisuuksia koskeva erityislainsäädäntö sekä Euroopan Unionin oikeusjärjestys muodostavatkin sen tutkimusalueen, jossa tehtyjen havaintojen perusteella tarkastellaan yksityisyyden suojan toteutumista suomalaisessa terveydenhuollossa.

1.3. TUTKIMUSMETODI

1.3.1. Empirismi ja positivismi

Terveydenhuollon käytännön toiminta on sinänsä helposti havainnoitavissa. Lääkintätoimen moraaliarvot eivät sen sijaan ole ulkoisen tarkastelijan havaittavissa. Ainoastaan ne arvot, jotka konkretisoituvat valintoina yksittäisessä ratkaisutilanteessa voidaan ottaa ulkoisen tarkastelun kohteeksi ja tällöin voidaan havaita,

[36] Hallinnon yleisiin oikeusperiaatteisiin sosiaalioikeudessa on lisäksi luettu kohtuusperiaate ja luottamuksen suojan periaate. Ks. Tuori 2000, s. 153.
[37] Mäenpää 2001, s. 213–221 ja 239–241.

seurattiinko toimintaoletusta vaiko ei[38]. Tästä toiminnallisesta päätöksenteosta voidaan edelleen erottaa ne tapaukset, joissa havaittuun toimintaa on kohdistettu ulkoista moitetta. Moitteenalaisuus, silloin kun moittijana on ollut virallinen kontrollijärjestelmä, osoittaa, että toiminta on ollut alan oikeusnormien vastaista.

Toisaalla havainnoinnin kohteena voi olla normien asettamismenettely. Tämä normien asettamismenettely ei kuitenkaan ole sillä tavalla kokonaisvaltaista, että se pyrkisi tiettyyn selkeään järjestelmään[39]. Yksittäisillä normeilla – ovat ne sitten kansainvälisiä sitoumuksia, perusoikeussäännöksiä taikka lainsäädännön nojalla annettuja ohjeita – pyritään tiettyjen intressien toteuttamiseen. Käytännön päätöksentekotilanteessa väärän intressin suojaaminen on edellä kuvatulla tavalla moitittavaa. Yhdistämällä havainnot normin asettamisesta ja normin suojaaman intressin toteuttamisesta yksittäistapauksessa, voidaan havainnoida voimassaolevaa oikeutta, muistaen, että jokainen yksittäinenkin uusi ratkaisu vaikuttaa osaltaan oikeusjärjestykseen[40].Tämän dynaamisen prosessin järjestämiseen osallistuva oikeustiede auttaa selvittämään yhteiskunnassa kullakin hetkellä *de facto* toteutuvia intressejä ja siten ennakoimaan tulevaa oikeudellista päätöksentekoa, millä ennakoitavuudella on keskeinen merkitys järjestäytyneen yhteiskunnan toiminnoissa[41].

Luonnontieteellisessä tutkimusmetodissa edellytetään havainnoilta toistettavuutta ja pysyvyyttä. Toistettavuus ja pysyvyys ovat myös edellytyksiä oikeudellisen ratkaisutoiminnan ennakoitavuudelle. Vain toistuvasti tiettyä intressiä suojaavat ratkaisut voivat olla pysyviä. Korkeimpien oikeusasteiden tai ylimpien lainvalvontaviranomaistenkin ennakkopäätöksissään ja kannanotoissaan esiin nostamat normit ja arvot vaikuttavat oikeusjärjestykseen vasta, kun nämä normit ja arvot toteutuvat myös muiden viranomaisten päätöksenteossa tai kun ennakkopäätösten tekijät ottavat samat normit ja arvot myös uusien ratkaisujensa pohjaksi. Näin ollen on keskeistä tarkastella oikeudellisten ratkaisujen havaintojoukkoa myös joukon koherenssin ja riittävyyden kannalta. Puuttuva koherenssi merkitsee yleistettävän normin puuttumista ja riittämättömät tapausmäärät sitä, ettei aiheeseen joko liity oikeudellisia intressejä taikka että suojattavaan intressiin

---

[38] Aarnio (1978, s. 39) pitää positivismille tyypillisenä, että arvot ja normit leikataan tieteellisen tutkimuksen ulkopuolelle. Se ei kuitenkaan tarkoita, etteivätkö arvot ja normit voisi olla tieteellisen tutkimuksen havaintojen kohteena. Allekirjoittanut yhtyy siihen näkemykseen, että havainnoimalla prosesseja ja tapahtumia voimme varmistua siitä, järjestyvätkö asiat todellisuudessa niin kuin jokin väite sanoo niiden järjestyvän (Aarnio 1978, s. 42). On tällöin keskeistä havaita, että tarvitaan sekä olettamus (esimerkiksi tietyn sisältöisten normien olemassaolosta lainsäätäjän tahtolauseiden perusteella) että havainto (esimerkiksi havainto toisen tahtolauseen toteutumisesta viranomaisen päätöksenteossa), jotta tieteellisin metodein voidaan osoittaa oikeusnormin voimassaolo tietynsisältöisenä.

[39] Esimerkiksi vuonna 2000 Suomen eduskunta hyväksyi n. 1300 erillistä lakia.

[40] Brusiin 1938, s. 249–252.

[41] Tämän ennakoitavuuden kannalta on myös keskeistä, että oikeustieteen käyttämä kieli (käsitteet) on yksiselitteistä ja ymmärrettävää (Aarnio 1971, s. 9).

liittyvä oikeussuojan tarve on yhteiskunnassa niin harvinainen, ettei sillä käytännössä ole oikeusjärjestelmän kannalta merkitystä[42].

Ihmisen normit ja arvot voidaan esittää vain kielen avulla. Samaa kieltä käytetään juridisessa päätöksenteossa. Juridiikan kieli pyrkii myös kuvaamaan sellaisia elämänalueita – esimerkiksi lääkintätointa – joiden oma kieli on varsin toisenlaista verrattuna oikeudellisen päätöksenteon kieleen. Lääkintätoimen arvokommunikaatiossa terveydenhuoltohenkilöstö kommunikoi eri kielellä keskenään, potilaiden kanssa ja esimerkiksi oikeudellisten päätöksentekijöiden kanssa. Kaikissa tilanteissa kielen pitää kuitenkin pystyä välittämään niitä normeja ja arvoja, joita toiminta heijastaa. On ymmärrettävää, että näin eri yhteyksissä käytetty kieli on epätäsmällistä ja tulkinnanvaraista. Normien toteutumisen havainnointi voi kuitenkin kohdistua vain siihen kommunikoituun kielenkäyttöön, jota kukin toimiala käyttää[43]. Ennen kaikkea on havainnoitava sitä, mitä tällä kielenkäytöllä pyritään aikaansaamaan[44]. Normien ymmärrettävä kommunikoiminen on kuitenkin mahdollista vain, jos kielelliseen kanssakäymiseen osallistuvat noudattavat samoja kielenkäyttösääntöjä[45].

Edellisen pohdinnan tarkoitus on tuoda ilmi niitä vaikeuksia, joita oikeudellisella tarkastelulla on sen kohdistuessa kieliyhteisöön, jonka arvot ja normit välittyvät eri kielellä, kuin mihin oikeudellisessa päätöksenteossa on totuttu. Terveyden- ja sairaanhoidon kieli poikkeaa varmasti jossain määrin juridiikan kielestä. Tämä tutkimus pyrkii kuitenkin tarkastelemaan oikeudellisten intressien vertailuja terveydenhuollossa havainnoiden sitä kieltä, jota tarkastellussa toiminnassa käytetään. Tutkimuksen havaintoaineisto on tiukasti sidoksissa sekä alan lainsäädäntöön että oikeuskäytäntöön.

Tämän tutkimuksen metodi on siis korostetun *positivistinen*, koska lähtökohtaisesti tulkintasuositukset perustuvat lainsäännöksissä ilmaistuihin normeihin ja nimenomaisten normien puuttuessa taikka normien ristiriitatilanteessa tapaus-

---

[42] Ilmiöön, jonka esiintyminen, on hyvin harvinaista ja johon liittyvät intressit ovat sen vuoksi pieniä, kohdistuvan päätöksenteon vapaus on luonnollisesti suurta, koska yhteiskunnassa yleensä ei ole kiinnostusta päätöksenteon tuloksen suhteen. Tällöin voidaan kyseenalaistaa, tapahtuuko ratkaisu yhteiskunnan arvojen tai normien perusteella vai onko ratkaisuperustana yksinkertaisesti ratkaisijan oma mielipide.

[43] Loogisen empirismin tutkimusfilosofia perustui alun perin (1920–30-luvuilla) nimenomaan käytetyn kielen havainnointiin ja tieteen kielen verifiointiin, jossa tieteen kielellä esitettyjen väitteiden totuusarvo riippui ns. elementaarilauseiden totuusarvosta (ks. von Wright 1998, s. 49–61). Vasta myöhempi tieteenfilosofinen tutkimus on korostanut tieteen kielen sisäisen logiikan merkitystä elementaarilauseiden analysoinnin rinnalla.

[44] Aarnio 1971, s. 11–12: Aarnio erottaa kielianalyysin muotoina syntaktisen, semanttisen ja pragmaattisen tarkastelun, joista nimenomaan pragmaattinen tarkastelu keskittyy kielenkäytön dynaamisiin piirteisiin.

[45] Wittgensteinin (1981*)* kielipeliteorian mukaan verbaalinen kanssakäyminen on yleensäkään mahdollista vain samaan kieliyhteisöön kuuluvien kesken.

käytäntöön. Tutkimus on myös selkeän *lainopillinen* siinä mielessä, että se pyrkii tulkitsemaan ja ryhmittelemään säännöksiä alueella, jossa on monia eritasoisia säädöksiä, sekä antamaan tulkintasuosituksia.

1.3.2. Analyyttinen tarkastelutapa

Monet oikeustieteen ongelmat ovat ongelmia vain siksi, että ihmisten välinen kommunikaatio tapahtuu laajasisältöisten ja epätäsmällisen käsitteiden avulla ja tästä syystä ei olla selvillä siitä, mistä puhutaan. Tämän epäselvyyden vaikutukset ovat erityisen merkittäviä sovellettaessa yleistä oikeusnormia yksittäistapaukseen[46]. *Käsiteanalyysi* onkin tärkeä osa lainopillista tutkimusta[47]. Tällaisen käsiteanalyysin tarkoituksena on paitsi selvittää, mistä oikein eri kieliyhteisöt puhuvat, myös osoittaa ne osaelementit, joista kysymyksessä oleva yläkäsite muodostuu ja savuttaa näin aikaisempaa luotettavampi kuvaus normista[48]. Analyyttiselle tarkastelulle on tyypillistä myös ns. *henkilötahoerottelu*, jonka mukaan oikeudellisen konfliktin ratkaisussa on kysymys kahden tai useamman subjektin oikeudellisen suhteen järjestämisestä[49]. Tässä tarkastelussa pyritään nimenomaan ratkaisemaan se, kenen subjektin oikeudet oikeuksien kollisiotilanteessa säilyvät, ellei molempia pystytä toteuttamaan[50]. Analyyttisen tarkastelun argumentaatiolle on tyypillistä myös *intressivertailu*[51]. Tarkasteltavat intressit taas löytyvät usein *reaalisella argumentaatiolla*, minkä sisällön uskottavuuden lisäämiseksi voidaan viitata sellaisiin kulttuurisidonnaisiin lähteisiin kuin lainsäätäjän tarkoitukseen, säädellyn toiminnan tarkoituksenmukaisuuteen taikka vain terveeseen maalaisjärkeen (ts. on pidettävä ilmeisenä, että…)[52]. Tällainen intressivertailu on kuitenkin aina arvosidonnaista, joten vaarana tutkimuksessa on, että tutkija esittää omia arvojaan ratkaisuihin vaikuttavina intresseinä, eikä

---

[46] Luonnontieteellisessä tilastollisessa terminologiassa voidaan ilmiötä kuvata esimerkiksi ”center-to-center” -variaatiolla, joka tarkoittaa sitä vaihtelua, missä sama biologinen ilmiö havaitaan eri yksiköissä eri havainnoitsijoiden toimesta. Havaintojen ääripäät voivat olla kaukana toisistaan, vaikka havainnoitava ilmiö olisi täysin sama. Vastaavasti sovelletun normin oikeusvaikutukset voivat olla kaukana toisistaan, vaikka soveltamistilanne eri viranomaisissa olisi hyvin samankaltainen.

[47] Aarnio 1971, s. 52.

[48] Ibid, s. 53.

[49] Ks. Zitting 1989, s. 12–18.

[50] Siviilioikeudessa puhutaan dynaamisesta oikeussuojasta, jolla tarkoitetaan kollisiotilanteen ratkaisemista jomman kumman osapuolen hyväksi, vaikka molempien oikeudet ovat sinänsä olemassa. Julkisoikeudessa on totuttu käyttämään Dworkinin ja Alexyn kehittämää säännöt – periaate -ajattelua, jossa sääntöä joko sovelletaan tai ei sovelleta, mutta periaate on voimassa kaiken aikaa. Siviilioikeudessa tällaista periaatenormiajattelua voisi vastata esimerkiksi oikeustoimen relatiivinen tehottomuus, jossa ko. toimi on tehoton sivullista vastaan joissain, muttei joka suhteessa. Ks. Dworkin R, 1978, s. 14–80 ja Alexy 1985. s. 71–158.

[51] Aarnio 1971, s. 110–111.

enää objektiivisesti havainnoi niitä arvoja, joita oikeustapausten ratkaisuissa on tosiasiassa käytetty[53].

Analyyttinen oikeusteoria edusti merkittävästi suomalaista siviilioikeuden tutkimusta 1950–70 -luvuilla. Analyyttisen teorian mukaista henkilötahoerottelua ei kuitenkaan ole suuremmin sovellettu julkisoikeudellisiin oikeussuhteisiin[54]. Syynä lienee, että julkisoikeudelliset oikeussuhteet julkisen vallan ja hallintoalamaisen välillä on nähty siinä määrin yksipuolisina, ettei ongelmia sivullistahojen asemasta taikka eri intressitahojen oikeuksien toteutumisesta konfliktitilanteessa nähty olevan[55]. Hallinnon kuva on kuitenkin 1980- ja 1990-luvulla muuttunut. Julkinen valta on yhä enemmän palvelujen ja hyvinvoinnin tuottaja ja se on ottanut itselleen sellaisia tehtäviä, joita aiemmin säädeltiin yksittäisten kansalaisten välisessä lainsäädännössä. Toisaalta julkisen vallan tehtäviä toteutetaan enenevässä määrin yksityisoikeudellisten organisaatioiden kautta. Samalla julkisen organisaation homogeenisuus on vähentynyt, eikä virkakoneiston voida enää samassa määrin katsoa edustavan kuntaa tai valtiota sinänsä. Kuntien ja valtion yksittäiset työntekijät edustavat itse asiassa usein lähinnä vain itseään toteuttaessaan julkisen vallan toimintavelvollisuutta hyvinvoinnin aikaansaamiseksi[56]. Tällöin on mahdollista tarkastella kansalaisen oikeuksia tähän abstraktiin julkisen valtaan ja yksittäisen julkisyhteisön palveluksessa olevan virkamiehen tai työntekijän velvollisuuksia suhteessa julkiseen valtaan, erillään palvelujen tarvitsijan ja palvelujen tarjoajan välisestä oikeussuhteesta, eli soveltaa analyyttisen oikeusteorian metodologian mukaisia erittelyjä myös julkisoikeuden alueella (Kuva 1). Erityisen hyvin tämä tarkastelutapa soveltuu terveydenhuoltoon, jossa potilaan ja terveydenhuollon ammattihenkilön suhdetta ja potilaan asemaa ja oikeuksia säätelee lainsäädäntö, joka on riippumaton siitä, tarjotaanko terveydenhuollon palveluita julkisen vallan toimesta taikka muuten. Näin yksittäisen potilaan oikeudet suhteessa terveydenhuollon ammattihenkilöön, terveydenhuollon ammattihenkilön velvollisuudet ja toisaalta julkisyhteisön velvollisuus edistää perusoikeuksia ovat täysin erillisiä toisistaan.

1.4. TUTKIMUKSEN OIKEUSLÄHTEISTÄ

---

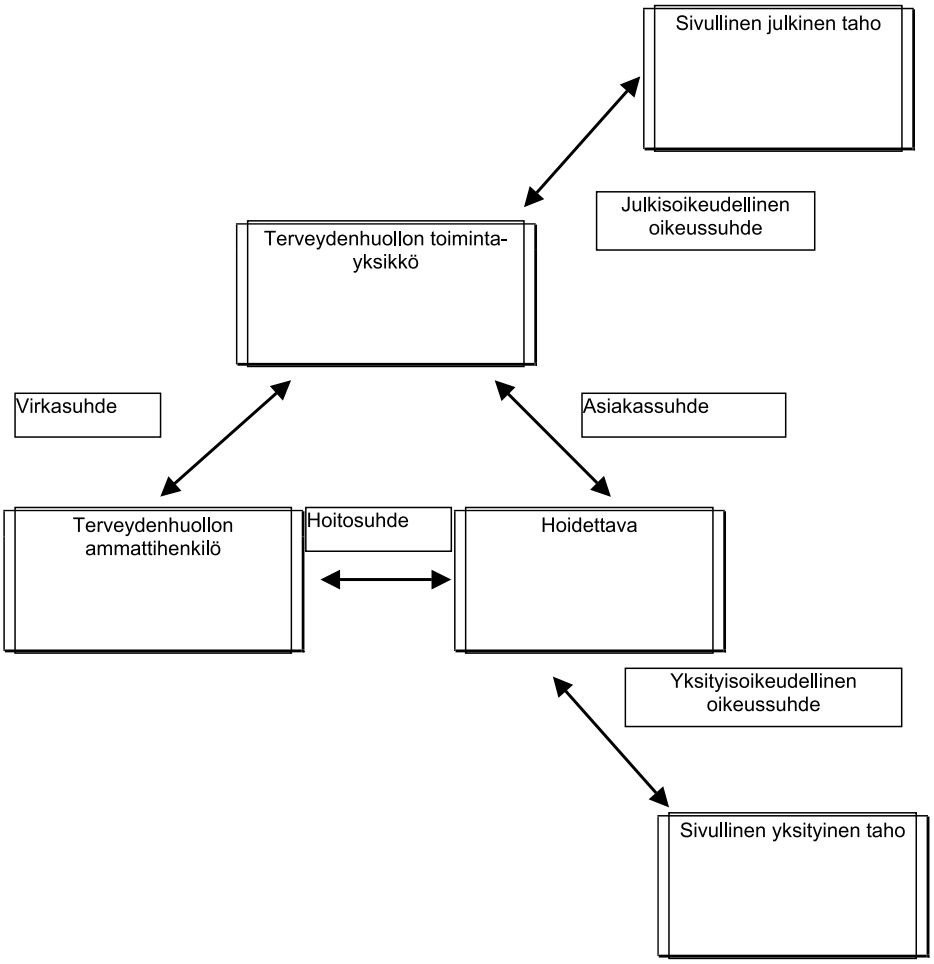
[52] Ks. von Koskull 1996, s. 400–401.

[53] Ks. Aarnio 1971, s. 153–154.

[54] Tosin esim. Konstari (1979) analysoidessaan harkintavallan väärinkäytön kieltoa oikeusnormina on hajottanut ongelman täsmällisemmiksi osaongelmiksi analyyttisen mallin mukaisesti.

[55] Ks. julkisen viranomaisen ja kansalaisen välisestä suhteesta esim. Rytkölä 1950, s. 1–12 ja Merikoski 1976a, s. 3–5. Suhteen prosessuaalisista vaikutuksista ja mahdollisesta kaksiasianosaissuhteesta esim. Halila 2000, s. 287–290.

[56] Esimerkiksi potilasta hoitava kunnallisessa virkasuhteessa oleva lääkäri ei juuri tiedosta itseään julkisen vallan edustajaksi, vaan enemmän potilasta auttavaksi lääketieteelliseksi asiantuntijaksi.



Kuva 1: *Henkilötahoperusteinen oikeussuhde-erittely*

1.4.1. Oikeuslähteiden painoarvon muutos

Vaikka tämä tutkimus ei lähtökohtaisesti ole oikeusteoreettinen, ei suomalaisen oikeusjärjestelmän muuttuminen ole voinut olla vaikuttamatta siihen tapaan, millä tässä tutkimuksessakin on eri oikeuslähteet huomioitu. Suomen liittyminen Euroopan Unioniin ja sitä kautta Unionin oikeusjärjestykseen ja toisaalla uuden perustuslakimme 106 §:n edellyttämä perustuslain ensisijaisuus tuomioistuinten ratkaisutoiminnassa on historiallisesti katsoen radikaalisti muuttanut sitä asemaa, mikä eduskuntalailla on ollut Suomen tasavallan oikeusjärjestyksessä[57].

Kun aiemmin perusoikeuksien ja lain sanamuodon mukaisen soveltamisen mahdollista ristiriitaa pyrittiin välttämään lakien *perusoikeusmyönteisellä tulkinnalla*, velvoittaa perustuslakimme tuomioistuimen nyt jättämään lainsäädöksen kokonaan soveltamatta, jos se on ilmeisessä ristiriidassa perusoikeussäännöksen kanssa. Tätä *perusoikeusvelvoitteista tulkintaa* korostaa vielä se, että perusoikeussäännösten aineellinen sisältö määräytyy monelta osin kansainvälisten ihmisoikeussopimusten kautta muotoutuneitten ihmisoikeusstandardien avulla ja näiden standardien sisällön tulkinnassa Euroopan Neuvoston ihmisoikeustuomioistuimella on korostunut ja ylivaltiollinen asema[58]. Perusoikeuksien tuomioistuinkontrollin lisäksi on tavallisen hallintoviranomaisen toki myös omissa toimissaan ja säännöstulkinnoissaan edelleen pyrittävä edistämään perusoikeuksien toteutumista perustuslakiimme kirjattujen arvopäämäärien mukaisesti.

Kun siis kansalliset ja kansainväliset tuomioistuimet voivat yksittäisessä oikeustapauksessa arvioida, mikä on perusoikeussäännöksen ja eduskuntalain välinen suhde ja kun toisaalta merkittävä osa tuomiovaltaa on siirtynyt maan rajojen ulkopuolelle, kasvaa tuomioistuinratkaisujen merkitys ennakkotapauksina ja oikeuslähteenä selvästi aiempaa suuremmaksi. Vaikka tässä tutkimuksessa käsitelty tapausaineisto on sekä hallintoviranomaisten että tuomioistuinten ratkaisuja ja vaikka suurin osa näistä ratkaisuista on annettu ennen uuden perustuslakimme voimaantuloa, on tapausten esittäminen mielestäni tärkeää, koska ne kuvaavat paitsi Suomessa tosiasiallisesti noudatettuja käytäntöjä myös niitä mahdollisia ristiriitoja, joita lainsäännösten ja perusoikeuksien välille tällä hallinnonalalla voi syntyä. Näitä ristiriitoja on jäljempänä pyrittykin tuomaan korostetusti esiin.

1.4.2. Normiteoreettinen viitekehys

Ihmisoikeudet ovat monin tavoin osa länsimaista, kristillistä moraalifilosofiaa. Siirrettynä osaksi valtiosääntöä näistä moraalisista velvoitteista tulee maallisen lainsäätäjän luomia perusoikeuksia. Vain nämä oikeudet ovat juridisia oikeuksia ja siten oikeustieteellisen tutkimuksen kohteena. Sääntelyn laajuus tosin vaihtelee maittain[59]. Esimerkiksi Etelä-Euroopan valtioiden perustuslakeihin sisältyy poikkeuksellisen laajat perusoikeussäännökset. Myös Ruotsin ja Alankomaiden perustuslaeissa sekä Sveitsin perustuslakiehdotuksessa perusoikeuksilla on keskeinen sija sääntelyn kokonaisuudessa. Ranskan ja Itävallan perustuslait ovat poikkeuksia tässä suhteessa, sillä niistä perusoikeussääntely puuttuu kokonaan tai se on huomattavan niukkaa. Ranskassa perusoikeussääntely on edelleen pääosin vuoden 1789 ihmisoikeuksien julistuksen varassa, ja Itävallassa perustus-

---

[57] Pikkujämsä 2001, s. 50–52.
[58] Scheinin 1999, s. 757–759.
[59] HE 1/1998 vp. (yleisperustelut, luku 2.3.).

lain puutteellisuutta on korvattu antamalla Euroopan ihmisoikeussopimukselle perustuslain asema.

Suomen valtiosäännön perusperiaatteisiin kuuluu ihmisarvon loukkaamattomuus, yksilön vapauden ja oikeuksien turvaaminen sekä oikeudenmukaisuuden edistäminen valtiosäännön arvoperustana[60]. Yksilön vapaudet ja oikeudet on valtiosäännössä taattu perustuslain 2. luvun perusoikeussäännöksillä. Perusoikeuksilla on aikaisemmin ollut merkitystä ennen kaikkea lainsäädäntömenettelyssä ja lainsäätämisjärjestyksen valinnassa. Ne ovat kuitenkin saaneet vähitellen yhä enemmän yksilön oikeuksien luonnetta, kun perusoikeuksia on ryhdytty soveltamaan käytännön hallinnossa ja tuomioistuimissa[61].

Perusoikeusuudistuksen toteuttaminen merkitsi perustuslakiin otettujen perusoikeussäännösten ja kansainvälisten ihmisoikeussopimusten sisältämien ihmisoikeusmääräysten sisällöllistä lähentämistä toisiinsa. Ihmisoikeussopimuksilla on myös tulkinnallista vaikutusta perusoikeussäännöksiä sovellettaessa. Kullekin perusoikeudelle muodostuu näet tietty standardisisältö, joka heijastaa yhteiskunnan kulloistakin arvokehystä. ”*Standardilla*” tarkoitetaan *Martin Scheininin* mukaan sellaisia oikeusjärjestyksen ulkopuolisia tekijöitä[62], jotka voivat toimia lähteenä oikeusjärjestyksen piirissä sovellettavan normin fragmenteille (esim. toisen valtion vastaava lainsäännös, kansainvälinen sopimus, kansainvälisen järjestön suositus yms.). Standardi saa oikeudellisen vaikutuksensa vasta jonkun varsinaisen normin soveltamistilanteessa, jolloin standardilla on joko *sääntövaikutus tai periaatevaikutus*[63]. Ts. standardia ei voida suoraan soveltaa yksittäistapauksen ratkaisun perustaksi, mutta sillä on vaikutusta muiden normien tulkintaan.

Säännöille on ominaista kaksijakoinen voimassaoloulottuvuus eli että niitä voidaan suoraan noudattaa tai jättää noudattamatta. Periaatteita taas on pyrittävä joka tilanteessa noudattamaan niin pitkälle kuin mahdollista ja vastaavasti periaatteiden ristiriitatilanteessa on kaikki periaatteen omaiset normit huomioitava. Tällöin yksittäisratkaisussa eri periaatenormien yhteensovittaminen muodostuu optimointiongelmaksi, jossa tilanteen mukaan jollekin periaatteelle annetaan enemmän painoa kuin toisille, mutta mikään niistä ei jää kokonaan huomioon ottamatta. Sama oikeussäännös voi kuitenkin sisältää sekä säännön että periaatteen luonteisia osia, eikä normin sääntövaikutuksen ja periaatevaikutuksen erot-

---

[60] ibid. (yksityiskohtaiset perustelut 1 §).
[61] Hallberg 1999, s. 32.
[62] Scheinin 1991, s. 39; ks. myös Riedel 1986, s. 149–152. Riedelin mukaan TSS-perusoikeudet on jaettavissa positiivisiin oikeusnormeihin sekä transpositiivisiin normiohjelmiin, jotka ovat oikeusjärjestyksen ulkopuolisia mittapuita. Ne asettavat kuitenkin lainsäätäjälle ja lain soveltajalle konkreettisia ratkaisuja koskevia vaatimuksia, jotka voidaan ottaa huomioon, mutta joita ei virallisesti tarvitse noudattaa.
[63] Alexy 1986, s.104–124.

telu suinkaan rajoitu perusoikeussäännöksiin.

1.4.3. Lainsäädäntö

Suomen liityttyä Euroopan Unioniin täällä voimassaoleva oikeus muodostuu toisaalta kansallisesta oikeusjärjestyksestä ja toisaalta EU:n oikeusjärjestyksestä[64]. Näiden kahden rinnakkaisen oikeusjärjestyksen olemassaolo on muuttamassa sitä tapaa, millä suomalaisessa oikeustieteessä on totuttu arvioimaan yksittäisen normin voimassaoloa. Pelkkä eduskuntalain säätämismenettely ei enää varmuudella takaa, että lainsäännös todella olisi velvoittavaa oikeutta. Säännöstä on voitava tarkastella myös suhteessa Euroopan Unionin oikeusjärjestykseen, joka rajoittaa kansallisen lainsäätäjän toimintavapautta. Tämä on erityisen tärkeää kun muistetaan, että hallinnon yleinen pyrkimys nostaa normien hierarkiatasoa eli saattaa kansalaisten oikeuksiin ja velvollisuuksiin vaikuttavat määräykset voimaan laintasoisilla määräyksillä ei suinkaan ole merkinnyt hallinnon tai lainsäätäjän itserajoitusta vaan sitä, että aiemmin lakiin perustumattomat rajoitukset ja velvoitteet on usein vähäisellä keskustelulla saatettu uudelleen voimaan hyvin yleisluontoisilla lainsäännöksillä, joiden suhdetta uusittuun perusoikeussäännöstöön ja Suomea sitoviin kansainvälisiin velvoitteisiin on harvoin ehditty lainvalmistelussa kunnolla tarkastella. Näiden säännösten käytännön soveltamiskelpoisuutta ei toisaalta ole vielä ehditty arvioida tuomioistuimissa, koska tuomioistuinten mahdollisuus tarkastella yksittäisten lainsäännösten perustuslainmukaisuutta on mahdollistunut vasta uuden perustuslain voimaan tultua[65].

Kansallisen säännösten soveltaminen on edelleen Suomen oikeusjärjestyksen lähtökohtana, mutta kansalliset säännökset eivät toisaalta saa heikentää EU-oikeuden tehokasta toteutumista[66]. Mahdollisuutta vedota tehokkaasti kansallisen oikeuden säännöksiin Unionin oikeuden säännösten soveltamisalan rajoittamiseksi ei yhteisöoikeudessa pidetä sallittuna[67]. Tuomioistuimella ja hallintoviranomaisella onkin velvollisuus jättää soveltamatta ne kansallisen oikeuden säännökset, jotka ovat ristiriidassa sovellettavan yhteisöoikeuden kanssa[68]. Kansallisen viranomaisen edellytetään myös arvioivan, onko sovellettava lainsäädäntö sopusoinnussa yhteisöoikeuden periaatteiden ja vakiintuneen oikeuskäytännön kanssa[69].

---

[64] Suviranta 1996, s. 10–11.
[65] Lainsäännösten ja EU-oikeuden yhdenmukaisuuden tarkasteleminen on toki ollut mahdollista jo aiemmin.
[66] Mäenpää 2001, s. 18.
[67] ibid, s. 73–75.
[68] Kyse on ns. *negatiivisesta integraatiosta*. Mäenpää 2001, s. 76. Viranomaisen on jätettävä soveltamatta lainsäännös, joka on ristiriidassa direktiivin kanssa siitä huolimatta, että jäsenvaltio on joko kokonaan laiminlyönyt direktiivin voimaansaattamisen taikka saattanut sen virheellisesti osaksi lainsäädäntöään.

Yksityinen henkilö voi suhteessaan viranomaisiin vedota välittömästi yhteisön oikeuteen. Euroopan Unionin perustamissopimuksen artikloiden välitön soveltaminen yksittäistapauksessa edellyttää kuitenkin niiden selvyyttä ja täsmällisyyttä, ehdottomuutta ja poikkeuksettomuutta sekä yksiselitteisyyttä[70]. Unionin asetusta sovelletaan niin ikään sellaisenaan Unionin jäsenvaltioissa. Direktiivin velvoittavuus taas kohdistuu jäsenvaltioon ja se velvoittaa valtiota vain saavuttamaan direktiivin tarkoittaman tuloksen, ei niinkään sen sanamuodon implementointiin. Direktiivin implementoinnin on kuitenkin taattava, että kansalliset viranomaiset soveltavat direktiiviä täysimääräisesti (direktiivin oikeudellinen yleissitovuus)[71]. Jos direktiiviä ei jäsenvaltiossa ole toteutettu asianmukaisesti, voi direktiivin sisällöltään riittävän selkeä ja ehdoton määräys saada välittömiä oikeusvaikutuksia viranomaisen (ts. julkisen vallan) ja yksilön välisessä suhteessa[72]. Yksityinen voi tällöin suhteessaan valtioon ja sen toimielimiin vedota direktiivin määrittelemiin oikeuksiin. Toisaalta yksityiseen oikeusasemaan vaikuttavien eurooppalaisten oikeuslähteiden käyttö viranomaisen toiminnan perustana edellyttää aina oikeusturvan takeita ja tuomioistuinvalvonnan mahdollisuutta[73].

1.4.4. Lainvalmisteluaineisto

Euroopan Unionin oikeusjärjestys, kansainväliset ihmisoikeussopimukset sekä kansalliset perusoikeussäännökset rajoittavat lainsäätäjän toimivaltaa puuttua yksilön oikeusasemaan. Toisaalta samat säännökset velvoittavat lainsäätäjää toteuttamaan yksilön oikeuksia. Niiden intressien kuvaaminen, joita lainsäädännöllä ei ole tarkoitus rajoittaa taikka joita lainsäädännöllä toisaalta on tarkoitus nimenomaan suojata, käy parhaiten ilmi lakien esitöistä. On kuitenkin huomattava, että suomalaisessa lainvalmistelussa kovin harvoin päädytään avoimeen argumentaatioon, jossa suojeltavat intressit taikka intressien kollisiotilanteen ratkaisumalli olisi selkeästi esitetty. Näin lainsäädännöllä toteutettujen intressien ”löytäminen” jää oikeustieteen tehtäväksi ja kollisiotilanteiden ratkaisumallien

---

[69] Mäenpää jakaa eurooppalaisen hallinto-oikeuden oikeuslähteet kolmeen ryhmään: materiaalinen integraatio-oikeus, yleinen hallinto-oikeus ja hallinto-oikeuden valtiosääntöinen taso. Mäenpää 2001, s. 39–42.

[70] Ojanen 1999, s. 1073–1079. Välitön oikeusvaikutus voi olla vain niillä yhteisön oikeuden säännöksillä, jotka ovat (I) riittävän yksityiskohtaisia ja täsmällisiä, (II) ehdottomia sekä (III) riippumattomia toimeenpanotoimenpiteistä EY:n toimielinten tai jäsenvaltioiden taholta. Lisäksi direktiivien (vertikaalisen) välittömän oikeusvaikutuksen edellytyksenä on aina, että direktiivin toimeenpanolle asetettu määräaika on kulunut umpeen (ns. dead line -kriteeri).

[71] Mäenpää 2001, s. 55.

[72] Ibid., s. 80–85 ja s. 131–132. Yhteisön oikeuden toimeenpanossa voidaan erottaa voimaansaattaminen, soveltaminen, toimeenpano ja täytäntöönpano. Hallinnollinen toimeenpano tarkoittaa yleisesti hallintoviranomaisten oikeudellis-hallinnollista toimintaa yhteisön oikeuden toteuttamisessa ja valvonnassa.

[73] Ks. Mäenpää 2001, s. 52, ns. oikeusturvan saatavuuden vaatimus.

löytäminen hallintoviranomaisten ja tuomioistuinten tehtäväksi. Lainsäädännön määrän lisääntyessä ja käytettävien oikeuslähteiden monimuotoistuessa oikeudellinen epävarmuus ja kansalaisten epäluottamus oikeusjärjestykseen kasvaa[74].

Terveydenhuollon alueella lainvalmisteluaineistolla on toistaiseksi ollut keskeinen merkitys säännösten sisällön tulkinnassa. Terveydenhuollon ammatinharjoittamislainsäädäntöä on tietoisesti 90-luvun puolivälissä yhdenmukaistettu Euroopan Unionin oikeusjärjestyksen kanssa. Lainvalmisteluaineiston ongelmana onkin sen keskittyminen nimenomaan ammatinharjoittamisoikeuksiin, ei niinkään ammatinharjoittamiseen[75]. Potilaan oikeuksia koskevan lainsäädännön lähtökohtana on taas ollut Euroopan Neuvoston ihmisoikeussopimuskäytäntö, mutta esimerkiksi laki potilaan asemasta ja oikeuksista perustuu pitkälti jo 1980-luvun alussa laadittuihin komiteamietintöihin[76]. Tämän jälkeen suomalainen perusoikeusajattelu on muuttunut merkittävästi. Uudistuneen perusoikeuskäsityksen vaikutukset taas näkyvät selvästi oikeusturvavaatimusten korostumisella esim. henkilön tahdonvastaista hoitoa koskevassa lainsäädännössä[77].

Terveyspalvelujen organisointia ja saatavuutta koskeva lainsäädäntö sen sijaan on ollut täysin kotoperäistä ja peräisin pääosin 1970-luvulta. Vasta perusoikeusuudistuksen jälkeen on alettu käydä keskustelua henkilön subjektiivisesta oikeudesta terveyspalveluihin ja lainvalmisteluaineistosta tältä osin onkin löydettävissä vain hyvin vähän materiaalia potilaan oikeuksien suhteesta alan hallintotoimen velvollisuuksiin[78].

Terveydenhuollon salassapitoa koskevan lainsäädännön taustana ovat ikivanhat rikos- ja prosessioikeudelliset rakenteet, joiden sovellettavuus hyvinvointivaltion palveluhallinnointiin on ollut vaikeaa ja lainvalmisteluaineiston relevanssi tältä osin huonoa. Perinteistä salassapitoa on pyritty heikentämään milloin vetoamalla sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoimintaan, hallinnon tehokkuuteen taikka sosiaaliturvan väärinkäytösten ehkäisyyn[79]. Toisaalta tietosuojalainsäädäntöä on voimakkaasti kehitetty viimeisen 15 vuoden aikana ja henkilön yksityisyyden suojan varmistaminen onkin ollut tämän lainsäädännön keskeinen tarkoitus erityisesti sellaisilla elämänalueilla, joilla käsitellään arkaluonteiseksi koettuja tietoja (kuten terveydentilatietoja)[80]. Tieto- ja viestintärikokset ovat näin myös saaneet oman lukunsa uudistettuun rikoslakiin[81].

Lopulta terveydenhuollon vahingonkorvausjärjestelmä on täysin muuttunut 1980-luvun lopulla. Potilasvahinkolain säätäminen merkitsi siirtymistä tuotta-

---

74 Ks. Tala 2001, s. 346–349.
75 Ks. HE 33/1994 vp.
76 Ks. KM 1982;29 ja KM 1982:65.
77 Vrt. HE 44/1986 vp., s. 5 ja 11 ja HE 201/1989 vp., s. 4–7.
78 Ks. HE 154/1981 vp ja HE 94/1988 vp.
79 Ks. HE 228/1998 vp. (yksityiskohtaiset perustelut 17 §).
80 Ks. KM 1981:66 ja KM 1997:9.
81 Ks. HE 94/1993 vp, (luku 1.12.1.4.)

musperusteisesta vahingonkorvausjärjestelmästä lähelle ankaran vastuun järjestelmää. Potilasvahinkojen määrän osoittauduttua suureksi ja vakuutusjärjestelmän kustantamisen odotettua kalliimmaksi, on tuottamuksesta riippumatonta vastuuta sittemmin merkittävästi kavennettu ja palattu takaisin ainakin ”kvasituottamusperusteiseen” korvausjärjestelmään, jossa edellytetään jonkinlaisen huolimattomuuden tai laiminlyönnin osoittamista vahingon korvaamisen edellytyksenä[82].

Kaiken kaikkiaan on selvää, että yllä kuvatun lainsäädännön osalta ei lainvalmistelumateriaalista voi löytää yhtenäistä ajatusta suojattavista intresseistä ja intressien kollisiotilanteiden ratkaisuista. Näiden ratkaisujen ”löytäminen” onkin jäänyt tapauskäytännön varaan.

1.4.4. Oikeustapaukset

Terveydenhuoltoa koskevan oikeuskäytännön analysoinnin ongelmana on ratkaisutoiminnan jakautuminen monen eri viranomaisen vastuualueelle ja yleisten oikeusistuinten suhteellisen vähäinen osuus toiminnan valvonnassa. Yksilön terveyden- ja sairaudentilaa koskeva aineisto on myös yleensä salassa pidettävää, joten suuri yleisö ja normeja soveltava lääkintähenkilöstö eivät välttämättä tule tietoisiksi yksittäistapauksessa sovelletuista normeista taikka intressikollisioiden ratkaisumalleista. Voidaan jopa väittää, että terveydenhuollon ratkaisukäytäntö perustuu ”salaisiin normeihin” ja eräs tämän toimialueen ilmeinen ongelma onkin potilaiden oikeusturvaongelmiin liittyvä selkeä julkisuusvaje. Tätä julkisuusvajetta on osin tietoisesti ylläpidetty vetoamalla siihen, että liiallinen tiedottaminen hoitoihin liittyvistä haitoista taikka ongelmista huonontaisi potilaiden hoitomyöntyvyyttä. Toisaalta poliittisella järjestelmällä, joka julkisen terveydenhuollon palvelutuotantoa valvoo, ei ole suurta intressiä tuoda julkisuuteen hoidon saatavuuteen liittyviä ongelmia. Velvollisuus yksilöä koskevien terveydentilatietojen salassapitoon tarjoaakin itse asiassa hyvän mahdollisuuden myös ilmenneiden ongelmien peittelyyn. Julkisuusperiaatteen noudattaminen edellyttäisi kuitenkin esimerkiksi langettavien ratkaisujen suurempaa tiedottamista, joka on hyvin mahdollista anonyymisoimalla yksilöä koskevat arkaluonteiset tiedot.

Kuten edellä esitettiin, allekirjoittaneen näkemys oikeusnormien voimassaolosta edellyttää, että normilla on sovellettavuutta myös käytännössä. Näin normikollisioiden ratkaisusuositusten kannalta on keskeistä, että oikeuskäytäntö tukee intressikollisiotilanteiden ratkaisuhypoteesia. Tämän tutkimuksen toteuttaminen onkin edellyttänyt huomattavaa tapausmateriaalin läpikäyntiä. Allekirjoittanut on erillisten tutkimuslupien perusteella voinut tutustua sekä tietosuojavaltuutetun, kuluttajavalituslautakunnan, potilasvahinkolautakunnan ja terveyden-

[82] Ks. STM 1997:14, s. 26–27.

huollon oikeusturvakeskuksen muutoin salassa pidettävää tapausmateriaaliin[83]. Lisäksi tutkimuksessa on asianomaisia tietokantoja hyväksikäyttäen käyty systemaattisesti läpi korkeimpien oikeuksien, eduskunnan oikeusasiamiehen, valtioneuvoston oikeuskanslerin, läänin/hallinto-oikeuksien, markkinatuomioistuimen ja hovioikeuksien terveydenhuoltoa koskevat julkiset ratkaisut[84].

1.4.6. Oikeuskirjallisuus

Yksityisyyden suojaa on jonkin verran tarkasteltu suomalaisessa oikeuskirjallisuudessa. Erityisesti *Sami Mahkonen* on kirjoituksissaan tarkastellut yksilön perhe-elämää koskevien tietojen suojaa sekä suhteessa julkiseen sanaan että hallintokoneistoon[85]. Yksityisyyden suojaa koskeva kansainvälinen kirjallisuus on hyvin laajaa. Laajasta oikeustieteellisestä tutkimusaineistosta huolimatta suomalaisessa lainvalmisteluaineistossa varsin yksiselitteisesti todetaan, ettei ole mahdollista tarkasti määritellä lakitekstissä tarkoitetun yksityisyyden suojan sisältöä.

Myös potilaan ja hoitohenkilökunnan suhdetta on tarkasteltu laajalti kansainvälisessä oikeuskirjallisuudessa. Tämä kirjallisuus käsittelee sekä hoidettavan ja hoitavien välisen suhteen moraalis-filosofisia kysymyksiä että oikeusjärjestyksen vahvasti ankkuroituneita normatiivisia ratkaisumalleja. Erityisesti anglo-amerikkalaisesta kirjallisuudesta löytyy runsaasti materiaalia erityyppisten intressikollisioiden kasuistisista ratkaisumalleista. Tämä materiaali on kuitenkin varsin vahvasti sidoksissa kansalliseen oikeusjärjestykseen ja se ei ole kovin relevanttia tarkasteltaessa nimenomaan julkisen vallan järjestämän terveydenhuollon ja potilaan oikeusristiriitoja pohjoismaisessa hyvinvointivaltiossa. Moraalis-filosofisten arvoarvostelmien normiluonne on myös varsin kyseenalainen, eikä tälle materiaalille voi antaa oikeuslähteen asemaa[86]. Kotimainen lääkintäoikeudellinen kirjallisuus taas on hyvin vähäistä.

Potilaan ja hoitohenkilökunnan oikeussuhteen tarkastelu ei kuitenkaan rajoitu ”oikeuskirjallisuuteen”, vaan myös lääketieteelliseksi itsensä määrittelevät tieteelliset julkaisusarjat ovat julkaisseet runsaasti artikkeleita liittyen hoitosuhteen

---

[83] Oikeusministeriön tutkimuslupa DNo 3077/09/02 tietosuojavaltuutetun ratkaisuihin, potilasvahinkolautakunnan tutkimuslupa 29.10.1999 potilasvahinkolautakunnan ratkaisuihin, kuluttajavalituslautakunnan tutkimuslupa 00/9/1833 kuluttajavalituslautakunnan terveyden- ja sairaanhoitoa koskeviin ratkaisuihin sekä terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen tutkimuslupa DNo 2967/00/005/00 terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen kanteluasioissa antamiin ratkaisuihin.

[84] Ratkaisut, jotka koskevat terveydenhuollon ammatinharjoittajien verotusta taikka rahamääräisiä sosiaalietuuksia on kuitenkin jätetty pois tarkastelusta.

[85] Mahkonen 1997a ja 1997b.

[86] Länsimaisessa oikeusjärjestyksessä moraaliarvostelmat on pidetty selkeästi erillään oikeusnormeista. Esimerkiksi islamilaisessa oikeudessa uskonto, moraali ja laki muodostavat yhden kokonaisuuden ”sharian”. Rosen 2000, s. 154–160.

oikeudellisiin kysymyksiin. Esimerkiksi PubMed -tietokannasta löytyy hakukomennolla (27.8.2000) ”privacy and law” 1167 artikkelia vuosilta 1965–2000[87]. Näistä valtaosa on kirjoitettu 1990-luvun loppupuolella. Tieteellisen tutkimuksen lähteiden löytyminen kahden tieteenalan kirjallisuudesta helpottaa toki lähdemateriaalin hankittavuutta, mutta on selvää, että kattavaan kirjallisuusanalyysiin ei voida päästä. Tässä tutkimuksessa onkin pyritty ennen kaikkea käymään läpi kotimainen hoidettavan ja hoitohenkilökunnan suhdetta käsittelevä kirjallisuus. Sen tarkastelun lähdemateriaalina, joka käsittelee yksityisyyttä suojattavana intressinä terveydenhuollossa, on ollut sekä eurooppalainen että amerikkalainen oikeustieteellinen ja lääketieteellinen kirjallisuus.

Terveydenhuollon tiedonsiirtoja koskevan kirjallisuuden osalta on pyritty keskittymään oikeuskirjallisuuteen, joka käsittelee Euroopan Unionin oikeusjärjestystä tältä osin. Kuten tutkimuksen lähdeluettelo osoittaa, näilläkin rajauksin on käytettyjen lähteiden määrä kasvanut varsin suureksi. Systemaattiseen oikeusvertailuun ei tässä tutkimuksessa ole pyritty, vaikkakin EU:n tietosuojadirektiivin implementoiminen eri jäsenmaissa olisi hyvin mielenkiintoinen tutkimusaihe. Tältä osin on kuitenkin vielä rajoituksena se, että implementoinnin 3 vuoden määräaika on päättynyt 1998, eikä direktiivin käytännön soveltamisesta eri maissa tätä kirjoitettaessa vielä ole tarpeeksi materiaalia. Ongelmat potilastietojen salassapidon, terveydentilatietojen rekisteröinnin ja tiedonsiirtojen suhteen lienevät kuitenkin suhteellisen samanlaisia kaikkialla.

[87] http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi.

1.5. TUTKIMUKSEN TAVOITTEET

Yksityisyyden suoja voimistuvan julkisen vallan edessä on ollut tunnustettu oikeushyvä etenkin amerikkalaisessa oikeuskäytännössä, jossa se on johdettu Yhdysvaltain perustuslain Bill of Rights:n 4:nnen artiklan kiellosta tehdä kotietsintää ilman tuomioistuimen antamaa lupaa. Yksityistä kansalaista koskeva tieto on prosessuaalisesti rinnastettu yksityiseen omaisuuteen ja yksilöstä kootut tiedot katsottu kuuluvaksi ”kotirauhan” piiriin[88]. Toisin kuin fyysinen omaisuus tieto ei kuitenkaan ole selkeästi rajattavissa aikaan ja paikkaan[89]. Tieto – toisin kuin omaisuus – lisääntyy, kun sitä jakaa ts. kun sama tieto on useammalla henkilöllä. Toisaalta eri tietojen yhdistäminen synnyttää uutta itsenäistä tietoa. Yksityisen kansalaisen kohdalla tämä prosessi muodostuu ongelmaksi siinä vaiheessa, kun hän ei enää tiedä, mitkä julkisen vallan viranomaiset käyttävät hänestä koottua tietoa, mitä tietoa viranomaisilla on käytettävissään taikka mihin tarkoitukseen tietoja käytetään.[90]

---

[88] Ks. Wacks 1989, s. 42–49.

[89] Yhdysvaltalaisessa käsitteistössä on usein erotettu käsitteet ”privacy” eli yksityisyys ja ”confidentiality” eli luottamuksellisuus. Alan Westin (Westin 1976, s 6) on määritellyt nämä käsitteet seuraavasti:

Privacy is the question of what personal information should be collected or stored at all for a given function. It involves issues concerning the legitimacy and legality of organizational demands for disclosures from individuals and groups and setting of balances between the individual's control over the disclosure of personal information and the needs of society for the data on which to base decisions about individual situations and formulate public policies.

Confidentiality is the question of how personal data collected for approved social purposes shall be held and used by the organization that originally collected it, what other secondary or further uses may be made of it, and when consent of the individual will be required for such uses.

[90] Esim. EIT 19.7.1995, *Kerojärvi-tapaus*.

Kysymys oikeudenkäynnin oikeudenmukaisuudesta, kun vakuutusoikeus oli ratkaissut sotilasvammalain mukaisia korvauksia koskeneen valituksen antamatta viranomaisten sille lähettämiä asiakirjoja tiedoksi valittajalle ja kun korkein oikeus oli hylännyt vakuutusoikeuden päätöksestä tehdyn valituksen ryhtymättä mihinkään tiedoksiantoa tarkoittaneeseen toimenpiteeseen.

Tosiseikat:

Eläkkeellä ollut K. teki syyskuussa 1985 tapaturmavirastolle vuoden 1948 sotilasvammalain (jälj. vuoden 1948 laki) mukaisen korvaushakemuksen tietyistä vammoistaan ja sairauksistaan, joiden hän väitti johtuvan hänen sotilaspalveluksestaan Suomen ja Neuvostoliiton välillä vuosina 1939–1945 käydyssä sodassa. Päätöksellään virasto katsoi, että korvaukseen oikeuttavana oli pidettävä vain kranaatin räjähdyksestä K:n selkään tullutta vammaa mutta ei esim. nivustyrää taikka akuuttia nielurisatulehdusta eikä eräitä muita sairauksia. Virasto hylkäsi K:n tekemän elinkorkovaatimuksen, koska sen arvion mukaan K:n työkyvyttömyysaste oli vähemmän kuin 10 % ja siten alle laissa säädetyn minimivaatimuksen. K:n haettua muutosta päätökseen vakuutusoikeus katsoi, että hänellä oli periaatteessa oikeus saada korvausta myös nielurisatulehduksen johdosta. Tästä huolimatta hänen työkyvyttömyysasteensa jäi alle sanotun minimin eikä K:lla niin ollen ollut oikeutta elinkorkoon. Korkein oikeus pysytti vakuutusoikeuden päätöksen joulukuussa 1987 antamallaan päätöksellä.

Suomen uuden perustuslain 10 §:n mukaan jokaisen yksityiselämä, kunnia ja kotirauha on turvattu. Yksityiselämän suoja pitää sisällään henkilötietojen suojan ja henkilöä koskevat ns. *arkaluonteiset tiedot* kuuluvat erityisen suojan piiriin. Näitä arkaluonteisia tietoja ovat mm. terveydentilaa ja henkilöön kohdistettuja

---

Tammikuussa 1988 K. pyysi, että tapaturmavirasto arvioisi uudelleen hänen työkyvyttömyysasteensa. Virasto hylkäsi pyynnön, kun K. ei ollut näyttänyt, että hänen tilassaan olisi tapahtunut olennaista muutosta työkyvyttömyysasteen vahvistamisen jälkeen. K. haki päätökseen muutosta vakuutusoikeudelta ja uudisti valituksessaan myös aikaisemmassa oikeudenkäynnissä esittämänsä korvausvaatimukset siltä osin kuin ne oli silloin hylätty. Tapaturmavirasto antoi valituksesta lausunnon, jossa perusteluja ilmoittamatta esitettiin valituksen hylkäämistä. Lisäksi sotilaspiirin esikunta antoi kopiot K:ta koskevista kantakortista ja sota-aikaisista potilaskorteista, joista ilmeni mm., että vuonna 1940 K:ta oli hoidettu sotilassairaalassa nivustyrän johdosta ja että hän oli joutunut tuon tilansa vuoksi leikkaukseen vuonna 1943. Sanottuja asiakirjoja ei annettu K:lle tiedoksi, mutta ne liitettiin jutun asiakirjavihkoon. Vakuutusoikeus hylkäsi lokakuussa 1989 valituksen, kun kranaatin aiheuttamasta vammasta ja akuutista nielurisatulehduksesta johtunut työkyvyttömyys oli edelleen alle 10 % ja kun oikeutta korvaukseen koskeva kysymys oli jo ratkaistu lainvoimaisesti korkeimman oikeuden joulukuussa 1987 antamalla päätöksellä. Päätöksessään vakuutusoikeus totesi lisäksi, että sille oli annettu tapaturmaviraston lausunto sekä sotilaspiirin asiakirjat ja että viimeksi mainitut palautettiin sotilaspiiriin

K. valitti vakuutusoikeuden päätöksestä korkeimpaan oikeuteen mainitsematta erikseen siitä, ettei tapaturmaviraston lausuntoa ja sotilaspiirin toimittamia asiakirjoja ollut annettu hänelle tiedoksi. Vakuutusoikeus lähetti korkeimpaan oikeuteen jutun asiakirjavihon, jossa ei ollut sotilaspiiriin jo palautettuja asiakirjoja. Korkein oikeus pysytti vakuutusoikeuden päätöksen kesäkuussa 1990 antamallaan päätöksellä. K:lla ei ollut oikeusavustajaa vakuutusoikeudessa eikä korkeimmassa oikeudessa. Hän ei tutustunut missään vaiheessa jutun asiakirjavihkoon.

Vuoden 1948 lain 29 pykälän mukaan tietyissä asioissa vakuutusoikeuden päätös oli lopullinen, eikä siihen siten saanut hakea muutosta. Korkein oikeus oli oikeuskäytännössään tulkinnut säännöstä siten, että valittaa voitiin oikeudesta korvaukseen mutta ei sen sijaan työkyvyttömyyden asteesta.

Valitus:

K. katsoi, että EIS 6 artiklan 1-kohtaa oli rikottu, kun korkein oikeus ei ollut omasta aloitteestaan korjannut vakuutusoikeuden laiminlyöntiä antaa hänelle tietoa jutun asiakirjoista ja vaati EIS 50 artiklan mukaista hyvitystä.

Tuomio:

EIT totesi, että oikeudenkäynti vakuutusoikeudessa oli tapahtunut ennen kuin Suomi oli 10.5.1990 ratifioinut EIS:n eikä EIT:lla siten ollut toimivaltaa *ratione temporis* näiltä osin. Siten EIT rajoitti tutkinnan vain oikeudenkäyntiin korkeimmassa oikeudessa.

EIT katsoi myös, että nyt oli kysymys *yksityisluonteisesta* oikeudesta (civil right), vaikka vuoden 1948 lain mukaisella oikeudella korvaukseen oli tiettyjä julkisoikeudellisia piirteitä, kuten korvausjärjestelmän perustuminen lakiin, korvausten maksaminen viranomaisten toimesta ja järjestelmän rahoitus yksinomaan valtion varoista. Kuitenkin *yksityisoikeudelliset* piirteet olivat vallitsevia. Elinkorko oli yksilöllinen ja rahamääräinen ja se tarkoitti korvata työkyvyttömyydestä johtunutta toimeentulon menetystä. Siten tässä tapauksessa ei ollut syytä poiketa EIT:n aikaisemmasta oikeuskäytännöstä, jonka mukaan riidat sosiaaliturvajärjestelmän mukaisista etuuksista koskivat *yksityisluonteista* oikeutta. Siten EIS 6 artiklan 1-kohta soveltui tapaukseen.

hoitotoimenpiteitä koskevat tiedot[91]. Terveyden- ja sairaanhoidon tiedot eivät sinänsä poikkea mistään muista yksityistä kansalaista koskevista tiedoista. Syntymän ja kuoleman rekisteröinti on aina ollut järjestäytyneen yhteiskunnan perustoimintoja. Kysymykset siitä onko henkilö esim. työmarkkinoiden käytettävissä (so. työkykyinen) taikka oikeustoimikelpoinen (sielun ja ruumiin voimissa) on ilman suurempia ongelmia katsottu sellaisiksi, että ne voidaan merkitä mitä erilaisimpiin yksilöä koskeviin julkisiin tiedostoihin. Toisaalta kuitenkin yksilön suhde häntä hoitavaan henkilöstöön (esim. lääkäriin) on katsottu siinä määrin luottamukselliseksi, että erityislainsäädännöllä on terveyden- ja sairaanhoidon ammatinharjoittajat velvoitettu pitämään salassa potilaalta saamansa tiedot. Tämä luottamusaseman väärinkäytön kielto esiintyy jo yli 2000 vuotta vanhassa Hippokrateen valassa. Luottamussuhteen suoja on jopa niin suuri, ettei lääkäri tai hänen ammattiapulaisensa pääsääntöisesti ole oikeutettu edes oikeudenkäynnissä todistamaan tiedoista, joita hän on saanut potilaalta tai potilasta tutkies-

---

EIT totesi, että muutoksenhakutuomioistuinten osalta EIS 6 artiklan soveltaminen riippui asianomaisen oikeudenkäynnin erityisistä piirteistä. Huomiota oli kiinnitettävä oikeudenkäyntiin kokonaisuutena sekä muutoksenhakutuomioistuimen tehtäviin. Tässä tapauksessa EIT:lla ei ollut toimivaltaa *ratione temporis* vakuutusoikeuden osalta. Kuitenkin menettely vakuutusoikeudessa oli otettava huomioon harkittaessa, oliko oikeudenkäynti korkeimmassa oikeudessa ollut oikeudenmukainen. Vakuutusoikeus oli hylännyt ainakin osin aineellisin perustein K:n vaatimukset antamatta hänelle tietoa tapaturmaviraston lausunnosta ja sotilaspiirin toimittamista asiakirjoista. K:lla tosin oli ollut tilaisuus saada niistä tieto jutun asiakirjavihosta. Oli kuitenkin ilmeistä, että K. oli saanut tiedon niiden liittämisestä asiakirjavihkoon vain sen johdosta, että ne oli mainittu vakuutusoikeuden lokakuussa 1989 antamassa päätöksessä. K:ta koskeneet kanta- ja potilaskortit oli palautettu sotilaspiiriin jo silloin, kun vakuutusoikeuden päätös oli annettu hänelle tiedoksi. Siten harkittaessa oikeudenkäynnin oikeudenmukaisuutta korkeimmassa oikeudessa merkitystä ei ollut sillä, että K. olisi vakuutusoikeudessa voinut tutustua kyseisiin asiakirjoihin.

Lopputulos:

EIT katsoi yksimielisesti, että

1) EIS 6 artiklan 1-kohtaa oli rikottu,
2) rikkomuksen toteaminen oli itsessään riittävä hyvitys ja
3) valtion oli maksettava kulujen korvauksena 73.144 markkaa arvonlisäveroineen vähennettynä K:n maksuttoman oikeudenkäynnin perusteella jo saamilla 7.350 Ranskan frangilla.

[91] Arkaluonteisina tietoina pidetään (HetiL 11 §) henkilötietoja, jotka kuvaavat tai on tarkoitettu kuvaamaan:

- rotua tai etnistä alkuperää;
- henkilön yhteiskunnallista, poliittista tai uskonnollista vakaumusta tai ammattiliittoon kuulumista;
- rikollista tekoa, rangaistusta tai muuta rikoksen seuraamusta;
- henkilön terveydentilaa, sairautta tai vammaisuutta taikka häneen kohdistettuja hoitotoimenpiteitä tai niihin verrattavia toimia;
- henkilön seksuaalista suuntautumista tai käyttäytymistä; taikka
- henkilön sosiaalihuollon tarvetta tai hänen saamiaan sosiaalihuollon palveluja, tukitoimia ja muita sosiaalihuollon etuuksia.

saan. Myös muut terveyden- ja sairaanhoidon piirissä työskentelevät kuin varsinainen hoitohenkilökunta on erityislakien salassapitosäännöksin määrätty vaitiolovelvollisiksi, ja yksilön terveydentilaa koskevat asiakirjat ovat pääsääntöisesti salassa pidettäviä. Kuten jäljempänä tullaan tarkastelemaan, on kuitenkin ehkä mahdollista pitää yksityisyyden suojaa eri henkilö- ja viranomaissuhteissa eri asteisena ja erotella esim. suojan vahvuus sen mukaan kohdistuuko suoja primaaristi hoitosuhteen turvaamiseen vaiko viranomaisen tiedonsaanti-intressiä vastaan. Tässä suhteessa henkilötietolainsäädännön tietojen käyttötarkoitussidonnaisuuden periaate muodostaa merkittävän tarkastelukohteen.

Ihmiseen kohdistuvan lääketieteellisen tutkimuksen oikeudellinen sääntely alkoi Nürnbergin oikeudenkäynnin jälkeen. Erityinen painopiste natsiajan ihmisoikeusloukkausten jälkeen säädetyissä säännöksissä oli yksilön perusoikeuksien turvaamisessa (mm. suostumusperiaatteen voimaansaattaminen). Yksilön perusoikeudet on vahvistettu paitsi kansallisissa säädöksissä myös lukuisissa kansainvälisissä sopimuksissa ja kansainvälisten järjestöjen antamissa ohjeistoissa. Kansainvälisissä tutkimushankkeissa käytetäänkin usein kansainvälisiä ohjeistoja tutkimuksen säännösperustana, vaikka näitä säädöksiä ei olisi täysimittaisesti implementoitu kansallisiin säännöksiin. Esim. ihmisellä tehtävää lääketutkimusta koskevaksi normiohjeistoksi on muotoutunut alun perin kansainvälisiin suosituksiin perustunut ”hyvä kliininen tutkimustapa”. Tietotekniikan kehittyminen on kuitenkin lisännyt suunnattomasti mahdollisuuksia kerätä ja säilyttää yksittäistä kansalaista ja ihmisjoukkoja koskevia tietoja (ml. yksilön perimää koskevat tieto). Tietosuojalainsäädännön soveltamisesta tutkimustietokantoihin ja näiden tietokantojen asianmukaisesta käytöstä on kuitenkin keskusteltu suhteellisen vähän.

Tämän tutkimuksen keskeisinä tavoitteena on edellä kuvatun mukaisesti:

- Kuvata hoitosuhteen käsite lääkintäoikeudellisena peruskäsitteenä
- Määritellä hoitosuhteeseen liittyvä potilaan yksityisyyden suoja
- Tarkastella potilaan yksityisyyden suojaa osana suomalaista perusoikeusjärjestelmää
- Analysoida hoitosuhteeseen liittyvää yksityisyyden suojaa eri intressitahoja vastaan oikeuksien kollisiotilanteissa

2. Hoitosuhde lääkintäoikeudellisena yleiskäsitteenä

2.1. POTILAS-LÄÄKÄRI -SUHTEEN EMPIIRINEN ARVIOINTI

Lääkintäoikeus oikeudenalana on perinteisesti tarkastellut niitä oikeudellisia kysymyksiä, joita liittyy potilaana olemiseen. Klassisena esimerkkinä tästä tarkastelutavasta on ollut oikeuttamisperusteiden liittäminen potilasasemaan[92]. Muutoin oikeusjärjestelmän olisi ollut mahdotonta selittää, miksi puukon työntäminen henkilön rintaan nakkikioskilla on rangaistavaa, mutta saman asian tekeminen 200 metrin päässä yliopistollisen keskussairaalan leikkaussalissa ei sitä ole: Kummassakaan tapauksessa teko ei välttämättä tapahdu henkeä uhkaavan välittömän vaaran poistamiseksi ja kummassakin puukon piston seuraus saattaa olla sama, eli henkilön kuolema. Nakkikioskilla puukon rintaansa saanut henkilö on saattanut jopa antaa luvan iskun antamiseen taikka ainakin jälkikäteen todeta, että puukotus on hänen puolestaan ollut oikeutettua (ts. sopia asian syyllisen kanssa), ilman että tällä on merkittävää vaikutusta teon rikosoikeudelliseen arviointiin. Toisaalta kuumeen takia sairaalan joutunut potilas voi löytää itsensä avosydänkirurgisesta päivystysleikkauksesta, ilman että kukaan on välttämättä ymmärrettävästi ehtinyt selittää potilaalle, miksi sydämen hiippaläpän tulehdukseen liittyvä läppävuoto vaatii välttämättä keinoläpän asettamista. Puukonpisto rintaan on kuitenkin tällöin oikeudellisesti hyväksyttävä teko.

Potilaan aseman liittyvä staattinen tarkastelutapa ei kuitenkaan vastaa sitä empiiristä oikeustodellisuutta, jossa tuomioistuimet punnitsevat tekojen oikeudellista hyväksyttävyyttä. Vaikka nakkikioskilla puukon rintaansa saanut henkilö olisikin sisään kirjoitettuna potilaana läheisessä sairaalassa, ei nakkikioskilla tapahtunut teko silti muutu hyväksyttäväksi. Jotta taas puukon työntäminen potilaan rintaan sairaalassa ei olisi rangaistavaa, vaaditaan lisäkvalifikaatioita: veitsen käyttö tapahtuu hoidollisessa tarkoituksessa[93], veistä käyttää hoitotoimenpiteeseen pätevöitynyt henkilö (so. lääkäri)[94] ja ei olemassa mitään muita sellaisia seikkoja, jotka tekisivät ko. teon rangaistavaksi (esim. että potilas on kieltäytynyt

---

[92] Antila 1946, s. 172–181.
[93] Ts. puukon käyttäjän ei ole tarkoitus vahingoittaa potilasta.
[94] Toimenpiteen suorittajan on oltava toimenpiteeseen sillä tavoin kvalifioitunut, kuin laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä edellyttää.

ko. hoidosta)[95]. Kvalifikaatiot eivät edes salli, että kuka hyvänsä sairaalan käytävillä kuljeskellut lääkäri puukon potilaamme rintaan pistäisi, vaan kyse on pääsääntöisesti tietystä nimetystä yksittäisestä lääkäristä, joka sairaalan organisaatiossa on valtuutettu tekemään kyseisen toimenpiteen juuri tälle potilaalle (esim. nimeämällä hänet kirurgisen osaston päivystäjäksi taikka laittamalla tämän potilaan kyseisen kirurgin leikkauslistalle ja varmentamalla, että potilas on tähän järjestelyyn suostunut)[96]. Kaiken kaikkiaan voidaan siis todeta, että oikeusjärjestelmä edellyttää erityisten tunnusmerkkien täyttymistä arvioidakseen tilannetta poikkeuksena normaalista rikosoikeudellisesta teonkuvauksesta. Näiden tunnusmerkkien kokonaisuutta voidaan käsitteellisesti kuvata esimerkiksi sanomalla potilaan olevan *hoitosuhteessa* toimenpiteen tekijöihin ja vasta tätä kautta leikkaussalin puukonpisto muuttuu oikeudelliselta kannalta katsottuna hyväksyttäväksi[97].

Hoitosuhteella, kuten muillakin oikeudellisia vaikutuksia omaavilla henkilöiden välisillä suhteilla, on paitsi muodolliset olemassaolon kriteerinsä, myös fyysinen alkamis- ja päättymishetkensä. Toisin sanoen, jos voidaan todeta, että hoitosuhteen tunnusmerkit täyttyvät tietystä hetkestä alkaen ja että ne päättyvät tiettynä toisena ajanhetkenä, voidaan vastaavasti oikeudellisessa kielenkäytössä todeta, että henkilö on ollut lääkärin tai terveydenhuollon toimintayksikön potilaana kyseisen ajanjakson ajan. On siksi varsin luonnollista arvioida hoitosuhteeseen liittyviä oikeusvaikutuksia (hoitohenkilökunnan ja hoitoyksikön velvollisuuksia ja potilaan taikka kolmansien tahojen oikeuksia) juuri tällä aikavälillä[98]. Hoitosuhteen olemassaolon ja keston puutteellinen analysointi taas voi johtaa vaikeasti yleistettäviin normitulkintoihin ja suosituksiin – esimerkiksi käytännön mahdollisuudet ylittäviin hoitovelvoitteisiin taikka piileviin vahingonkorvausvastuisiin, jotka eivät ole kenenkään edun mukaisia lisätessään epävarmuutta terveydenhuollossa ja nostaessa sen kustannuksia ilman hoidollisia hyötyjä.

Edellä esitetyn kielipeliharjoituksen tulos on, että olemassa olevaksi todettu

---

[95] Matikkala 2000, s.15–16 ja 116–122.

[96] Toimenpiteen suorittajalta edellytetään, että hän on saanut riittävän perehdytyksen toimenpiteen suorittamiseen ja osaa sen suorittaa. Ks. Nuutila 2000, s. 389–390.

[97] *E contratrio*: esimerkiksi lääketieteen kandidaatin tekemä operaatio, joka – vaikkakin tehdään hoidollisessa tarkoituksessa – ylittää kiistatta suorittajan taidot, ei tule pelkällä teon tarkoituksella hyväksyttäväksi. Vastaavasti kuka tahansa sydänkirurgi, joka vaikka sattuu vierailemaan kyseisessä sairaalassa, ei ole oikeutettu operaatiota tekemään, vaan tämä oikeutus perustuu sen suorittajan asemaan organisaatiossa.

[98] Esimerkiksi potilasvahinkolautakunnan tarkastelutapa hoitovahinkojen korvattavuuden suhteen edellyttää implisiittisesti hoitosuhteen olemassa oloa juuri vahingon sattumisen yhteydessä, koska korvattavuuden edellytyksenä on vahingon sattuminen ”hoidon yhteydessä”. On myös ilmeistä, että kerran potilasta hoitanut lääkäri ei ole ikuisesti vastuussa potilaansa hyvinvoinnista, vaan että vastuu lakkaa, johonkin ajanhetkeen, jolloin ”hoitosuhde päättyy” (näin esim. potilaan hakeutuessa toisen lääkärin hoitoon).

hoitosuhde kertoo, että hoitotoimenpidettä suorittava henkilö on oikeutettu tekemään potilaalle jotain sellaista, mikä ei ole luvallista hoitosuhteen ulkopuoliselle henkilölle. Kyse on tässä tapauksessa nimenomaan kahden fyysisen henkilön (yleensä lääkärin ja potilaan) oikeuksien ja velvollisuuksien vuorovaikutuksesta: Yksinkertaisessa tapauksessa voidaan todeta esimerkiksi, että kun lääkäri on oikeutettu tekemään potilaalle toimenpiteen, on potilas velvollinen sen sietämään ilman, että hän voi toimenpiteen onnistuneen suorittamisen perusteella jälkikäteen vaatia sanktiota sen suorittajalle, vaikka toimenpiteen jälkitilaan liittyisi kipua, särkyä ja monenlaista epämukavuutta. Hoitosuhteeseen kuuluu kuitenkin runsaasti muita oikeuksia ja velvollisuuksia, joiden vaikutus ei rajoitu hoidetun ja hoitavan väliseen vuorovaikutukseen. Empiirisen oikeudellisen havainnoinnin kohteena ovat jäljempänä näihin oikeuksiin ja velvollisuuksiin liittyvien oikeusintressien kollisiot, ennen kaikkea siltä osin kun ne koskevat hoitosuhteeseen liittyviä hoidettavaa henkilöä koskevia arkaluonteisia tietoja. Tarkastelun materiaalina on se suomalainen oikeustapausaineisto, jossa kyseisen tyyppisiä intressiristiriitoja on esiintynyt. Ennen näiden kollisioiden yksityiskohtaista tarkastelua, on kuitenkin syytä tarkastella hoitosuhteen tarkempia tunnusmerkkejä ja oikeusvaikutuksia.

2.2. HOITOSUHDE OIKEUDELLISENA KÄSITTEENÄ

Hoitosuhde muodostuu siis kahden tahon: hoidettavan ja hoitavan välille. Hoidettavan osapuolen määrittely on sinänsä suhteellisen yksinkertaista: *Hoidettavalla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa luonnollista henkilöä, jolla terveyden- tai sairaudentilansa perusteella on tarve saada terveydentilansa ylläpitämiseksi taikka sairaudentilan selvittämiseksi tai hoitamiseksi tarpeellisia hoitopalveluja*[99]. Hoidettava osapuoli muuttuu potilaaksi, kun hän tosiasiallisesti pääsee näiden palvelujen piiriin, ja hän lakkaa olemasta ”potilas” silloin kun hän ei enää näitä palveluja käytä eli kun hän esimerkiksi on täysin parantunut taudistaan, eikä hänen terveydentilansa enää vaadi edes seurantaa. Kaikki hoitosuhteeseen liittyvät oikeusvaikutukset eivät kuitenkaan pääty silloin, kun terveyden- ja sairaanhoitopalvelujen käyttö päättyy. Tyypillisesti esimerkiksi yksityiselämän suoja (potilastietojen luottamuksellisuus) jatkuu, vaikka hoitavat henkilöt tai hoito-

[99] Vrt. Potilaslaki 1 §: On huomattava, että potilaslain määritelmä on sikäli puutteellinen, että se kattaa vain ne henkilöt (”potilaat”), jotka jo ovat faktisesti päässeet terveyden- ja sairaanhoidonpalveluiden piiriin. Huomattava osa ”potilaista” on niitä henkilöitä, jotka syystä tai toisesta eivät vielä ole näitä palveluja saaneet tai joiden osalta näiden palvelujen käyttö on tosiasiallisesti päättynyt. Hoitosuhteen oikeusvaikutusten kannalta on lähes yhtä keskeistä analysoida sitä, milloin henkilölle kehittyy jonkinlainen oikeus saada näitä palveluja eli oikeus saada hoitosuhde muodostettua, kuin mitkä ovat hänen oikeutensa hoitosuhteen synnyttyä.

yksikkö vaihtuisivat kokonaan tai vaikka potilas itse kuolisi. Analyyttinen oikeusteoria on tarjonnut perinteisten sopimusoikeudellisten oikeussuhteiden tarkastelulle mallin, jossa kaikkien oikeussuhteeseen liittyvien oikeuksien ja velvollisuuksien alkamisen ja lakkaamisen ei edellytetä olevan samanaikaista ja jossa kaikki oikeussuhteessa sinänsä esiintyvät oikeudet ja velvollisuudet eivät välttämättä ole yhtä aikaa voimassa kaikkia sivullistahoja kohtaan[100]. Tällaista tarkastelua ei sinänsä ole sovellettu hoitosuhteeseen liittyvien oikeuksien ja velvollisuuksien tarkasteluun, eikä sitä ole käytetty arvioitaessa julkisoikeudellisten orgaanien palveluvelvoitteiden taikka julkisoikeudellisten sopimusten oikeusvaikutusten arvioinnissa. Tässä tutkimuksessa pyritään selvittämään tällaisen mallin soveltamismahdollisuuksia myös hoitosuhteen oikeusvaikutusten arvioimiseksi.

Lääkärin ja potilaan välistä (hoito)suhdetta on oikeuskirjallisuudessa kuitenkin useimmiten tarkasteltu juuri sopimussuhteena[101]. Tämä tarkastelu on ollut hyvin tyypillinen varsinkin anglosaksisten maiden oikeustieteelle[102], joissa terveydenhuoltoa on laajassa mitassa harjoitettu nimenomaan yksityisten lääkärien ja yksityisten terveydenhuoltoyritysten toimesta[103]. Terveyden- ja sairaanhoidon toimijoiden lukumäärä on kuitenkin kasvanut ja suuri osa suomalaisenkin lainsäädännön mukaisista terveydenhuollon ammattihenkilöistä ei ole sellaisia ammatinharjoittajia, joiden kanssa asioidessaan potilas muodostaisi erillisen sopimuksen hoidon saamisesta. Suuri osa hoitosuhteeseen liittyvistä velvollisuuksista (esim. velvollisuus hoidon antamiseen taikka velvollisuus potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittamiseen) tulee kuitenkin kaikkien terveydenhuollon toimijoiden noudatettavaksi. On terveydenhoidon tosiasialliselle organisaatiolle vierasta toisaalta kuvitella, että potilas solmisi hoitosopimuksen vain jonkin tietyn ammattiryhmän jäsenen kanssa (esim. lääkärin kanssa) ja että muut terveydenhuollon ammattihenkilöt toimisivat hänen apulaisinaan yhteen ja samaan sopimukseen perustuen. Edellyttää myös varsin vilkasta juridista mielikuvitusta rakentaa malli, jossa yksittäinen potilas esimerkiksi puolen vuoden kestoisen taudin selvittelyn ja hoidon aikana solmisi useita kymmeniä ”hoitosopimuksia” kaikkiin niihin yksittäisiin terveydenhuollon ammattihenkilöihin taikka terveydenhuollon toimintayksiköihin, joiden apua ja palveluja hän on käyttänyt[104].

”Hoitosuhteen” syntymisen edellytykset ja siihen sovellettavat oikeusnormit

---

[100] Jo tämän tutkimuksen alussa voidaan hypotetisoida, että esimerkiksi oikeus hoitopalvelujen saamiseen alkaa aiemmin kuin muut potilaan oikeudet ja vastaavasti että esimerkiksi hoitohenkilökunnan velvollisuus potilaan yksityiselämän suojaamiseen kestää pitempään kuin hoitohenkilökunnan muut velvollisuudet.

[101] Esim. Oesch 1977, Paaso 1992.

[102] Ks. esim. Kennedy and Grubb 1994, s. 64–65.

[103] Useimmat sairaanhoitopalveluja yhteiskunnalle ”myyvät” sairaalatkin toimivat yksityisen säätiön muodossa.

[104] Kuvitteellisessa tapauksessa, jossa potilas tulee päivystyksenä terveyskeskuksen kautta lähetteellä sairaalan osastolle tutkimuksiin, potilas tapaa todennäköisesti mm. seuraavat terveydenhuol-

ovat kuitenkin suuressa määrin sidoksissa terveydenhuoltojärjestelmään[105]. Esimerkiksi Englannissa kansallisen terveydenhuoltojärjestelmän (National Health Service eli NHS) piirissä tietyn alueen asukas voi ilmoittautua tietyn yleislääkärin potilaaksi, jolloin lääkäri voi suostua ottamaan kyseisen henkilön potilaakseen[106]. Oikeuksia ja velvollisuuksia sisältävä suhde yksittäisen lääkärin ja alueen asukkaan välille syntyy siis erityisellä ilmoittautumisella, mutta jo ennen

---

lon ammattihenkilöt: terveyskeskuksen vastaanottoavustaja, terveyskeskuksen sairaanhoitaja, terveyskeskuksen lääkäri, terveyskeskuksen laboratoriohoitaja, toinen terveyskeskuksen lääkäri, sairasauton kuljettaja, sairaalan vastaanottoavustaja, sairaalan lääkintävahtimestari, sairaalan sairaanhoitaja, sairaalan sairaalalääkäri, sairaalan laboratoriohoitaja, sairaalan röntgenhoitaja, sairaalan osastonhoitaja, sairaalan osastonlääkäri, sairaalan osaston sairaanhoitajia ja perushoitajia esim. yhteensä 6 kpl, sairaalan toinen laboratoriohoitaja, sairaalan toinen sairaalalääkäri….

[105] Ks. Rynning 1994, s. 34: ”Trots det stora antalet variabler som kan förekomma i olika länders rättsliga reglering av patients ställning, kan två huvudlinjer urskiljas. Den första av dem är förankrad i den civilrättsliga synen på patientens rättigheter i förhållandet till vårdgivare och institutioner. Dessa rättsförhållanden omfattas då redan gällande civilrättslig lagstiftning/sedsvanerätt eller inkorporeras in nytillkommande sådan. Offentligrättslig lagstiftning till patientens skydd blir i dessa länder mer eller mindre överflödig, men kompletterande bestämmelser kan naturligtvis ändå förekomma. Enlig den andra huvudlinjen läggs större tyngdpunkt på förvaltningsrätten och det anses vara lagstiftarens sak att skydda patienten genom förvaltningsrättsliga regler.”

[106] Tässä sinänsä yksinkertaiselta tuntuvassa järjestelmässä, potilaan oikeusaseman saavuttamiselle on kuitenkin tarkat edellytykset. Ks. Kennedy and Grubb 1994, s. 64–65. Medical regulation 21: ….a doctor’s patients are

- persons who are recorded by the FHSA (Family Health Service Authority) as being on his list;
- persons whom he has accepted or agreed to accept on his list, whether or not notification of that acceptance has been received by the FSHA and who have not been notified to him by the FSHA as having ceased to be on his list;
- persons who have been assigned to him under regulation 21;
- for the limited period specified in sub-paragraph (4), persons whom he has refused to accept;
- for the limited period specified in sub-paragraph (5), persons in respect of whom he has been notified that an application has been made for assignment to him in case to which regulation 21 (3)(b) applies
- persons whom he has accepted as temporary residents;
- in respect of [*inter alia,* cervical smears, vaccinations, child health surveillance services and minor surgery services] persons to whom he has agreed to provide those services;
- persons to whom he may be requested to give treatment which is immediately required owing to an accident or other emergency at any place in his practice area, provided
  - that he is not, at the time of request, relieved of liability to give treatment under paragraph 5 [i.e. elderly or infirm] and
  - he is not, at the time of request, relieved under paragraph 19(2), of his obligations to give treatment personally, [i.e. by reason of having employed a deputy] and
  - he is available to provide such treatment,
- and any persons by whom he is requested, and agrees, to give treatment, which is immediately required owing to an accident or other emergency at any place in the locality of any FSHA in whose medical list he is included, provided there is no doctor who, at the time of the request, is under an obligation otherwise than under this head to give treatment to that person, or there is such a doctor but, after being requested to attend, he is unable to attend and give treatment immediately required; persons in relation to whom he is acting as deputy for another doctor under these terms of service;
- during the period [when a doctor is temporarily providing services] under regulation 25, persons whom he has been appointed to treat temporarily;

kuin potilas sairastuu. Velvollisuus tosiasiallisesti hoitaa potilasta alkaa kuitenkin vasta, kun potilas hoitoa pyytää. Sopimussuhteelle tyypillisellä tavalla hoitosuhde voidaan englantilaisessa järjestelmässä päättää kumman hyvänsä osapuolen ilmoituksella[107].

Myös englantilaisessa *hoitosuhteen sopimusmallissa* on kuitenkin lukuisia poikkeuksia ajatellen eri tyyppisiä hoitotilanteita. Sairaalassa olevan potilaan suhde lääkäriinsä on selkeästi erilainen kuin avohoidon potilaan, joka on ilmoittanut haluavansa tietyn lääkärin potilaaksi[108]. Toisaalta lääkärin velvollisuus hoitaa sairaalaan otettuja potilaita ei perustu niinkään hänen omaan tahdonilmaisuunsa tietyn potilaan hoitamisen aloittamisesta, kuin siihen tosiasialliseen seikkaan, että hän huolehtii sairaalaan tietylle osastolle otetuista potilaista[109]. Tähän asemaan liittyy *hoitamisvelvollisuus,* jonka laiminlyöminen on rangaistavaa.

Kolmantena potilasaseman muotona ovat tilanteet, jossa potilaalla on velvollisuus tulla hoidettavaksi[110]. Tällainen *pakkohoitosuhde* voi syntyä esim. mielisairaan tai tarttuvaa tautia sairastavan potilaan kohdalla. Tyypillisesti tällaisessa tilanteessa sekä potilaan vaikutus lääkärinsä valintaan että lääkärin vaikutusmahdollisuus potilaidensa valintaan on vähäinen. Potilas joutuu sen lääkärin hoidettaviksi, jonka virkavelvollisuuksiin kyseisen tyyppisten potilaiden hoitaminen kuuluu ja lääkäri joutuu pääsääntöisesti hoitamaan ne potilaat, joiden kohdalla lain vaatimukset edellyttävät pakkohoitosuhteen perustamista[111].

Myös saksalaisessa oikeuskirjallisuudessa ja maan suhteellisen laajassa lääkintäoikeudellisessa oikeuskäytännössä lääkärin ja potilaan välinen hoitosuhde on nähty ennen kaikkea hoitosopimuksena[112]. Tällaisen sopimuksen katsotaan kuitenkin syntyvän ilman erillisiä tahdonilmaisuja pelkästään sen tosiseikan nojalla, että potilas on hakenut apua ja että lääkäri on ryhtynyt hoitoa antamaan[113].

- in respect of child health surveillance services, contraceptive services, maternity medical services, or minor surgery services, persons for whom he has undertaken to provide such services; and
- during hours arranged with the FSAHA, any person whose own doctor has been relieved of responsibility during those hours…and for whom he has accepted responsibility…

[107] Suomessa lääkäri ei voi yksipuolisesti luopua potilaan hoidosta, vaan hän on tätä ennen velvollinen järjestämään potilaalle hänen tarvitsemansa ”hyvän hoidon”. Myös Englannissa velvollisuus huolehtia jatkohoidosta säilyy ”sopimuksen” purkamisen jälkeenkin. Ks. Kennedy and Grubb 1994, s. 67.

[108] Kennedy and Grubb 1994, s. 67–68.

[109] Ibid. (*statement of Lord Nathan*): ”It is clear then that the duty of care which is imposed the medical man arises quite independently of contract. It is duty in tort which is based upon the relationship between the medical man and his patient, owing its existence to the fact that the medical man has assumed responsibility for the care, treatment or examination of the patient, as the case may be.

[110] Kennedy and Grubb 1994, s. 80.

[111] Englantilaisessa järjestelmässä voidaan siis hoitosuhteen tyyppeinä erottaa:

- (potilasaloitteinen) hoitosopimus
- lääkärin hoitamisvelvollisuuteen perustuva hoitosuhde
- erilliseen lainsäännökseen perustuva pakkohoitosuhde.

[112] Bappert 1980, s. 25.

Hoitosopimus syntyy niin avohoidon yleislääkärin ja potilaan kuin sairaalassa toimivan lääkärin ja sairaalan osastolla olevan potilaan välille. Lääkärin sopimusperusteisena velvollisuutena on tehdä hoitosuorituksensa hyvän lääketieteellisen käytännön mukaan (”*de lege artis*”) ottaen huomioon potilaan oikeudet määrätä häneen kohdistuvista toimenpiteistä (*potilaan itsemääräämisoikeus*)[114].

Lääkärillä on Saksassakin katsottu olevan erityinen auttamisvelvollisuus, eikä hän voi kieltäytyä hoitamasta apua tarvitsevaa potilasta, vaan hänen on vähintään autettava potilas toisen lääkärin hoitoon. Tällaisessakin tilanteessa potilaan ja lääkärin välistä suhdetta tarkastellaan siviilioikeudellisena sopimuksena. Lääkäri voi kuitenkin voi luopua potilaan hoitamisesta, jos hän katsoo, ettei hänen ja potilaan välillä vallitse riittävää luottamussuhdetta taikka jos potilas jättää hoito-ohjeita noudattamatta[115]. Potilas taas voi milloin tahansa omalla tahdonilmaisullaan purkaa hoitosopimuksen, muttei hän voi tämän jälkeen enää edellyttää lääkärin antavan hänelle ohjeita sairauden hoitamiseksi taikka vievän eteenpäin taudinmääritystä[116]. Hoitosopimus päättyy, kun potilas on saanut tarvitsemansa hoidon taikka kun potilas kuolee. Hoitosopimus voi kuitenkin päättyä myös sen takia, että olosuhteet ovat tosiasiallisesti muodostuneet sellaisiksi, että lääkärin ei ole enää mahdollista hoitaa potilastaan.

Saksassakaan terveydenhuoltojärjestelmä ei salli potilaalle täydellistä vapautta hakeutua kenen hyvänsä lääkärin hoitoon, vaan saksalainen sairausvakuutusjärjestelmä ohjaa potilaan sairauskassan hyväksymän lääkärin hoitoon. Vaikka potilaan suhde sairauskassaan, ja sitä kautta sairauskassan osoittamaan lääkäriin, perustuu pääosin julkisoikeudellisiin määräyksiin, ei hoitosuhteen julkisoikeudellinen säätely kuitenkaan muuta yksittäisen lääkärin ja potilaan välistä hoitosopimussuhdetta[117]. Päinvastoin tämä mahdollistaa lääkärin hoitovelvollisuuden näkemiseen siviilioikeudelliseen velkasuhteeseen perustuvana velvoitteena, jon-

---

[113] Ibid, s. 25. Avun hakemisen osoittamiseksi riittää jo pelkkä puhelinsoitto ja vastaavasti hoidon aloittamisen osoittamiseksi pelkkä lääkärin ilmoitus siitä, että potilas todennäköisesti tarvitsee lisätutkimuksia tai hoitoa. Hoitosopimus voi syntyä myös ”kolmannen hyväksi” esimerkiksi potilaan omaisten pyytäessä apua. Ks. Bappert 1980, s. 33.

[114] Ibid., s. 29.: ”Die Erfüllung der Leistungsschuld aus dem Behandlungsvertrag stellt den Artzt im einzelnen vor folgenden Aufgaben:
- die erstellung der Diagnose,
- die Befunderhebung,
- die Ermittlung der indizierten Therapie oder des gebotenen Eingriffs,
- die Aufklärung und die therapeutische Instruktion des Patienten,
- die Einholung seiner Einwilligung,
- die Durchführung der Therapie oder des Eingriffs,
- eine ordnungsgemässe Dokumentation und deren Offenlegung gegenüber dem Patienten, wenn ein schutzwürdiges Intresse daran besteht.”

Ks. myös Bockelmann 1961, s. 947.

[115] Ibid., s. 27.

[116] Ks. potilaan toimintavapaudesta Gross 1977, s. 132–139.

[117] Bappert 1980, s. 29.

ka perustana on potilaan sairauskasalle maksama vakuutusmaksu ja sairauskassan lääkärille suorittama korvaus kassan lääkärinä toimimisesta. Lääkäri on siis ottanut vastattavakseen sairauskassan siviilioikeudellisen velvoitteen suorittaa vastike potilaan vakuutusmaksusta[118].

Skandinaavisessa hyvinvointivaltiossa yksityisen terveydenhoidon osuus on suhteellisen vähäinen ja pääosa hoitokontakteista tapahtuu hoitoa tarvitsevan ja julkisen terveydenhuollon yksiköiden henkilökunnan välillä[119]. Esimerkiksi ruotsalaisessa lainsäädännössä terveyden- ja sairaanhoito ja väestön terveyden edistäminen on selkeästi asetettu julkisen vallan tehtäväksi.[120] Vastaavasti terveyden- ja sairaanhoitoa tarvitsevalla on periaatteessa oikeus vaatia tarpeellisia palveluja terveydenhuoltopalveluista vastaavalta julkisen terveydenhuollon yksiköltä[121]. Terveyden- ja sairaanhoitopalveluja tarvitseva henkilö, jonka jokin terveydenhuollon yksikkö ottaa hoidettavakseen, on kyseisen yksikön potilas[122]. Potilaalla ei kuitenkaan ole itsenäistä oikeutta päättää siitä, mitä palveluja hänelle annetaan taikka subjektiivista oikeutta päästä hoidettavaksi johonkin terveydenhuollon yksikköön. Terveydenhuollon toimintayksikön henkilökunta ei ole myöskään ole velvollinen hoitamaan sinne hoidettavaksi otettua potilasta juuri hänen haluamallaan tavalla, jos potilaan toiveet eivät vastaa yleistä näkemystä hoidon lääketieteellisestä standardista[123]. Ruotsissa julkisen vallan velvollisuutta antaa hoitopalveluja ei sinänsä suoraan vastaa potilaan oikeus saada halutessaan näitä palveluja, vaan hoitopalvelujen aineellisen sisällön määrää ennen kaikkea hyvän lääketieteellisen hoidon standardi ja niiden saatavuuden terveydenhuoltopalveluille allokoidut resurssit[124].

Ruotsalaisessa oikeuskirjallisuudessa hoitoa antavan tahon ja potilaan välistä

---

[118] Saksalainen sairausvakuutusjärjestelmä mahdollistaa kuitenkin sekä sen, että potilaan ja sairaalan välille syntyy hoitosopimussuhde (”totalen Krankenhausvertrag”) että hoitosopimussuhde syntyy potilaan ja sairaalassa työskentelevän lääkärin välille (”aufgespaltenen Artz-Krankenhaus-Vertrag”). Potilaalle siirtyvien siviilioikeudellisten vastuiden (so. sairaalan hoitovelvollisuus taikka sairaalan yksittäisen lääkärin hoitovelvollisuus) tyypin määrää alkuperäinen vakuutussopimus potilaan ja sairauskassan välillä ts. minkälaisista palveluista potilas on vakuutusmaksua maksanut. Jälkimmäinen järjestely muistuttaa jossain määrin suomalaista erikoismaksuluokkaa, jossa määrätty lääkäri on oikeutettu ottamaan potilaan yksityispotilaakseen sairaalaan. Ks. Bappert 1980, s. 34.

[119] Ronne 1980, s. 27–32 ja 58–59.

[120] Hälsö- och sjukvårdslagen (1982:763). Ks. Marcusson 1989, s. 351–353.

[121] Westerhäll 1994, s. 49.

[122] Ibid., s. 51: Henkilö, jota ei oteta potilaaksi terveydenhuollon yksikköön, voi kannella asiasta sairaanhoitopiirin (*landstingskommun*) neuvottelukunnalle.

[123] Hälsö- och sjukvårdens ansvarsnämnd 55/85:5. Ks. myös Lödberg 1984, s. 417–418 ja Westerhäll 1994, s. 50.

[124] Westerhäll 1994, s. 50–51. ”The supposed right [to health care] is a pseudo-right; it gives individual a possibility to compete for scarce resources, but not the possibility to make legally enforceable demands.”

oikeussuhdetta on seurauksena lainsäädännön rakenteesta tarkasteltu nyttemmin ennen kaikkea hallinto-oikeudellisena oikeussuhteena[125], jossa keskeisellä sijalla ovat julkista valtaa velvoittavat perusoikeussäännökset[126]. Terveydenhuollon toiminta ei ole kuitenkaan varsinaista viranomaisen päätöksentekoa, vaan lähinnä tosiasiallista hallintotoimintaa[127], mutta se ei yleensä merkitse, että viranomaisen ja hoidettavan välillä vallitsisi sopimussuhdetta potilaan hoidosta[128]. Potilaan ja hoidon antajan välisen oikeussuhteen sisältö määräytyy ennen kaikkea terveydenhoitopalvelujen tarjoajaa velvoittavan lainsäädännön perusteella[129]. Vastaavasti potilaan hallinto-oikeudelliset oikeussuojakeinot ovat suhteellisen rajoitetut: puutteellisesta hoidosta voi toki tehdä hallintokantelun, mutta varsinaisen hallintovalituksen tekeminen on mahdollista vain erityistapauksissa (esim. koskien tiedoksisaantia potilasasiakirjasta tai psykiatrista pakkohoitoa). Hallintokanteluun annettu päätös ei – kuten ei Suomessakaan – suoraan johda oikeustilan muuttamiseen potilaan haluamaan muotoon.

Elisabeth Rynningin mukaan voidaan potilaan ja hoitopalvelun antajan väliseen julkisoikeudelliseen oikeussuhteeseen kuitenkin soveltaa tiettyjä siviilioikeudellisia konstruktioita[130]. Kun hoitohenkilökunnan on toteutettava hoito yhteisymmärryksessä potilaan kanssa, voidaan ajatella, että tämän yhteisymmärryksen syntymiseen, sisältöön ja pätemättömyyteen sovellettaisiin samanlaisia periaatteita, mitä käytetään arvioitaessa velvoiteoikeudellisen sopimuksen pätevyyttä ja pätemättömyyttä. Toisaalta myös kuluttajansuojaa koskevien säännösten periaatteet voisivat tulla jossain määrin sovellettavaksi myös julkisen terveydenhuoltoyksikön ja potilaan väliseen hoitosuhteeseen[131].

---

[125] Sekä aiemmassa Högsta Domstålet:in käytännössä että vanhemmassa oikeuskirjallisuudessa, lääkärin vahingonkorvausvastuun perustana pidettiin kuitenkin sopimussuhdetta potilaaseen. Tältä osin Rynning 1994, s. 49–53 esittää erinomaisen yhteenvedon 1940–60-luvun ruotsalaisesta oikeuskirjallisuudesta. Tarkastelun perusta on kuitenkin jokseenkin erilainen modernissa hyvinvointivaltiossa, joka pyrkii edistämään kansalaistensa sosiaalisia perusoikeuksia.

[126] Rynning 1994, s. 34–35.

[127] Ks. Rynning 1994, s. 41–42, joka lukee tosiasialliseen hallintotoimintaan myös viranomaisen sopimustoiminnan sekä viranomaisen antaman neuvonnan ja ohjauksen. Viranomaisen päätöksentekoa tapahtuu lähinnä terveydenhuolto-oikeudellisen vapaudenriiston yhteydessä ja myönnettäessä hallintolupia esim. raskauden keskeytykseen.

[128] Ks. Rynning 1994, s. 42–43. Sopimuksen tulee olla molempia osapuolia yhtälailla velvoittava. Pelkkä yhteisymmärrys esimerkiksi hoitotoimenpiteen suorittamisesta taikka yksipuoliset ilmoitukset jonkin toimenpiteen tarpeesta taikka potilaan antama suostumus toimenpiteeseen eivät synnytä ”hallintosopimusta”. Ks. myös Mäenpää 1989: 97–102.

[129] Rynning 1994, s. 47.
Ks. myös hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) 2a §, lagen om åligganden för personalen inom hälso- och sjukvården (1994:953) 2–3 §.

[130] Rynning 1994, s. 65.

[131] Jäljempänä onkin käyty läpi paitsi suomalaisten terveydenhoitoviranomaisten, myös kuluttajansuojaviranomaisten (kuluttaja-asiamies, kuluttajavalituslautakunta ja markkinatuomioistuin) terveydenhuoltopalveluja koskevat päätökset.

2.3. HOITOSUHDE SUOMALAISESSA OIKEUSKIRJALLISUUDESSA

Lääkintäoikeudellinen suomalainen oikeuskirjallisuus ei ole laajaa ja vain pieni osa siitäkin käsittelee hoitosuhteeseen liittyviä oikeuksia ja velvollisuuksia[132]. *Herman Lavoniuksen* katsauksessa vuodelta 1956 tarkastellaan lääkärinammatin harjoittamista koskevia säännöksiä kokonaisuudessaan. Lavonius toteaa, että kun yksin lääkärillä on oikeus hoitaa sairaita tai antaa määräyksiä heidän hoitamisestaan, on yhteiskunnalla vastaavasti oikeus vaatia, ettei lääkäri kieltäydy antamasta apuaan silloin, kun joku sitä kipeästi tarvitsee[133]. Lavonius ei kuitenkaan esityksensä missään osin tarkastele potilas-lääkäri -suhdetta potilaan oikeuksien kannalta. Tällainen tarkastelutapahan on tullut muotiin vasta 1970-luvulta lähtien.

Raimo Lahti on kirjoituksissaan 70-luvulta lähtien tarkastellut potilaan oikeusasemaa sekä potilaan oikeuksien että hoitohenkilökunnan velvollisuuksien kannalta[134]. Hänen tarkastelunsa painottuu lähinnä potilaan itsemäärämisoikeuden ja suostumusperiaatteen merkitykseen arvioitaessa hoitotoimenpiteen suorittamisen hyväksyttävyyttä. Sen sijaan oikeus hoitoon taikka hoitosuhteeseen liittyvät muut velvollisuudet (kuten velvollisuus hyvän hoidon antamiseen taikka salassapitoon) jäävät tarkastelussa vähemmälle huomiolle.

Suomalaisessa oikeus- ja hallintotieteellisessä tutkimuksessa julkisen sairaanhoidon ja potilas–lääkäri -suhteen oikeudellista luonnetta ovat tarkastelleet etenkin Modeen ja Paaso[135]. Molempien tarkastelun lähtökohtana on ollut selvittää vahingonkorvausvastuun normiperustaa sairaanhoitotoimessa[136], minkä tarkastelun käytännön merkitys on nyttemmin suhteellisen vähäinen, kun potilasvahinkolaki (L 585/1986) kattaa käytännössä kaikki hoitoon liittyvät vahinkotilanteet.

---

[132] Tarkastelusta on jätetty pois esim. lääkärin verotusta tai lääkärinpalkkion määräytymistä koskevat artikkelit.

[133] Lavonius 1956, s. 33–34.

[134] Lahti 1971, Lahti 1972 ja Lahti 1974.

[135] Esimerkiksi Ahteen hallinto-oikeudellista vapaudenriistoa koskevassa väitöskirjassa vuodelta 1950 ei laajasta terveydenhuolto-oikeudellisesta tarkastelusta huolimatta puututa ollenkaan hoitosuhteen käsitteeseen ja siihen liittyviin oikeuksiin ja velvollisuuksiin pakkohoitotilanteessa (Ahtee 1950). Myös Oeschin lisensiaattityö vuodelta 1977 rajoittuu lääkärin toiminnasta aiheutuneiden vahinkojen korvattavuuden selvittelyyn ilman lääkärin ja potilaan oikeusaseman spesifistä tarkastelua (Oesch 1977).

[136] Keskeistä ko. tarkastelussa on ollut selvittää, missä määrin lääkärin ja potilaan välinen oikeussuhde on yksityisoikeudellinen sopimussuhde. On huomattava, että julkisen vallan harjoittama terveyden- ja sairaanhoito on myös vahingonkorvausoikeudellisesti asetettu erityisasemaan, koska vahingonkorvauslain 3. luvun 2 § 2 momentti (ns. standardisäännös) rajoittaa vastuun julkista valtaa käytettäessä syntyneestä vahingosta tilanteeseen, jossa toimen tai tehtävän suorittamiselle sen laatu ja tarkoitus huomioon ottaen kohtuudella asetettuja vaatimuksia ei ole noudatettu. Potilasvahinkolain 2 § edellyttää korvattavuudelta kuitenkin ainoastaan, että kokenut terveydenhuollon ammatinharjoittaja olisi menetellyn toisin ja siten todennäköisesti välttänyt vahingon.

Tore Modeenin tarkastelu on kuitenkin mielenkiintoinen: Modeen lukee sairaanhoitoon kuuluvaksi taudinmäärityksen (diagnoosin) teon, hoitotoimenpiteet sekä muun hoidon (ml. jälkiseurannan)[137]. Julkiselle terveydenhuollolle hän pitää tunnusmerkillisenä velvollisuutta hoitaa kaikkia hoitoa tarvitsevia potilaita. Yksityisenä ammatinharjoittajana toimivalla lääkärillä taas on periaatteessa oikeus valita itse potilaansa, vaikkakin hän saattaa joutua rikosoikeudelliseen vastuuseen heitteillejätöstä laiminlyödessään välittömässä hengenvaarassa olevan potilaan hoidon[138].

Modeen kiinnittää erityistä huomiota, siihen missä määrin julkisyhteisön sairaalassa hoidettaviin potilaisiin voidaan soveltaa sopimusoikeudellisia säännöksiä. Potilaan ottaminen julkisyhteisön sairaalaan on Modeenin mukaan selkeästi julkisoikeudellista viranomaistoimintaa[139]. Modeen toteaa, että myös hoitotoiminnan sisältöön vaikuttavat monet julkisoikeudelliseksi katsottavat säännökset (esim. sairaalan sisäiset ohjeet, virkasäännöt tms.). Julkisyhteisön palveluksessa olevan sairaanhoitohenkilöstön vastuu hoidettavana olevasta potilaasta eroaa kunkin henkilön tehtävän mukaan. Lääkärin vastuu virheellisestä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä on muita suurempi, koska lääkäriltä suuremman asiantuntemuksensa perusteella voidaan vaatia myös enemmän. Hoitosopimus – joko potilaan ja yksityisen lääkärin välillä taikka potilaan ottaminen julkisen sairaalan erikoismaksuluokkaan – merkitsee Modeenin mukaan ennen kaikkea sitä, että sopimus oikeuttaa hoidon saamiseen tietyltä nimetyltä lääkäriltä[140]. Muutoin potilaan suhde hoitohenkilökuntaan perustuu henkilöstön virka-asemaan, ei potilaan omaan valintaan[141]. Potilaan ja lääkärin välistä sopimusta on pidettävä täysin omalajisenaan ”*sui generis*” sopimuksena[142].

---

[137] Modeen 1979, s. 564. Vrt. potilaslain 2 §

[138] Modeenin (1979. s. 572–575) päättely tältä osin ei vastaa julkisen terveydenhuollon todellisuutta: Kaikki halukkaat taikka edes hoitoa tarvitsevat eivät suinkaan pääse hoitoon julkisiin sairaaloihin, vaikka niillä objektiivisesti ottaen voisi olla mahdollisuuskin ao. hoitoa antaa. Sairaalan ottamisesta päättää lääkäri sen mukaan, miten hän arvioi potilaan hyötyvän hoidosta suhteessa muihin hoidon tarvitsijoihin. Vastaavasti yksityinen lääkäri on velvollinen hoitamaan hänen vastaanotolleen hakeutunutta välitöntä apua tarvitsevaa potilasta. Tämän laiminlyöminen johtaa helposti kurinpitotoimiin terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen taholta. On huomattava, että välittömän avun tarve voidaan todeta vasta lääkärintutkimuksen ja taudinmäärityksen jälkeen, joten käytännössä kaikki vastaanotolle tulevat potilaat on tutkittava, koska jollain heistä voi olla välitöntä hoitoa vaativa sairaus.

[139] Samoin Lehtonen 1986a, s. 4–7.

[140] On huomattava, että potilaslain mukainen potilaan itsemääräämisoikeus edellyttää muutoinkin potilaan voivan vaikuttaa oleellisesti häntä hoitavien henkilöiden valintaan.

[141] Modeen 1979, s. 572.

[142] Allekirjoittanut ei pidä hoitosuhteen sopimusoikeudellistamista kovin mielekkäänä: Ihmisten tekemillä sopimuksilla ei voida taata potilaan terveydentilaa. Kaikkien sovittujen hoitotoimenpiteiden suorittamisen edellytyksenä on kuitenkin potilaan terveydentilan pysyminen muuttumattomana sopimuksen solmimisen jälkeen. Lääkärin ammatin harjoittamisen standardiksi on potilasvahinkolaissa (L 585/1986) asetettu kokeneen ammatinharjoittajan antama hyvä hoito. Myös potilaslain 3 § velvoittaa hoitohenkilökuntaa tällaista hoitoa antamaan. Näin ollen hoitosopimus voi

Modeen on sittemmin uusinut hoitosuhdetta koskevaa tarkasteluaan artikkeleissaan, jotka on kirjoitettu potilaslain ja potilasvahinkolain voimaansaattamisen jälkeen[143]. Näissä artikkeleissaan hän tarkastelee nimenomaan julkisyhteisön ja potilaan, ei potilaan ja lääkärin välistä, oikeussuhdetta. Kunnan asema tämän oikeussuhteen toisena osapuolena perustuu siihen lainsäädäntöön, joka velvoittaa kuntaa ylläpitämään terveydenhuoltopalveluja. Nämä säännökset antavat sille suhteellisen laajan vapauden yksipuolisesti määritellä hoidon antamisen edellytykset, hoitotoiminnan sisällön sekä hoitojärjestelmän rakenteen[144]. Modeenin johtopäätös edellisestä on, että potilaan ja julkisyhteisön terveydenhuollon yksikön välinen hoitosuhde on julkisoikeudellinen oikeussuhde, ts. osa kansalaiseen kohdistuvaa julkista hallintoa. Niinpä tällaiseen hoitosuhteeseen liittyvät oikeusriidat kuuluvat hallintotuomioistuinten toimivaltapiiriin. Tämän takia myöskään potilaalla ja julkisyhteisön sairaalalla ei ole ”sopimusvapautta” hoitoon ottamisesta taikka hoidon sisällöstä[145]. Potilaalla on myös oikeus edellyttää saavansa ne palvelut, jotka kunta tai kunta on lainsäädännön perusteella velvollinen järjestämään[146]. Potilaalla on kuitenkin erikoissairaanhoitolain (L 1062/1989) 33 §:n nojalla rajoitettu oikeus valita häntä hoitava lääkäri ja toisaalta pysyä häntä aiemmin hoitaneen lääkärin hoidossa. Hoidon toteuttaminen sinänsä on Modeenin mukaan ns. tosiasiallista hallintotoimintaa, joka perustuu hallintoalamaisen (hoidettavan) vapaaehtoisuuteen ja joka ei ulkoisesti eroa yksityisen terveydenhuollon toiminnasta[147].

Ilpo Paaso tarkastelee väitöskirjassaan vuodelta 1992 niin ikään lääkärin vahingonkorvausvastuuseen sovellettavia yksityisoikeudellisia ja julkisoikeudellisia säännöksiä. Paason tarkastelu rajoittuu pitkälti juuri lääkärin toiminnan tarkasteluun ja hän kiinnittää vähemmän huomiota hoitosuhteen toiseen osapuoleen eli potilaaseen ja hänen oikeusasemaansa vaikuttaviin säännöksiin[148]. Paaso korostaa, että lääkärin toimivalta hoitosuhteessa perustuu lääkärin status-ase-

---

velvoittaa jonkun yksittäisen toimenpiteen suorittamiseen ainoastaan, jos se lääkärin sen hetkisen näkemyksen mukaan on edelleenkin potilaan hyvää hoitoa. Sopimus ei siis anna lääkärille oikeutta hoitovirheen tekemiseen. Ks. myös Modeen 1994, s. 183: ”…Avtalsfriheten är bristfällig i det privaträttsliga vårdförhållandet, att man ej med bindande verkan kan avtala om resultatet av vården.”

[143] Modeen 1991, s. 733 ja Modeen 1994, s. 75–93.

[144] Modeen siis katsoo (Modeen 1991, s. 179), että sairaanhoidon järjestävällä viranomaisella on oikeus puuttua myös hoidon sisältöön.

[145] Jälleen ajatus sairaanhoidosta kansalaiseen kohdistuvana yksipuolisena hallintotoimintana on terveydenhuollon käytännöille vieras. Henkilön ruumiilliseen koskemattomuuteen puuttuminen (”hoitaminen”) on sinänsä sellaista toimintaa, joka loukkaa kansalaisen suojattua vapauspiiriä ja on siis julkiselta vallalta kiellettyä toimintaa muutoin kuin lain niin erityisesti salliessa.

[146] Modeen 1991, s. 185.

[147] ibid., s. 186.

[148] Ks. esim. Paaso 1992, s. 38–40. Paason tarkastelu ei juuri kiinnitä huomiota esim. perusoikeussäännösten merkitykseen hoitovelvollisuuden syntymisessä.

maan, jolle on olemassa selkeä säännösperusta[149]. Niinpä lääkäri voi myös yksityiselämässään syyllistyä lääkäriydestä johtuvien velvoitteiden rikkomiseen ja toisaalta joskus toimia lääkärinominaisuudessa virkavelvollisuuksistaan riippumatta. Paaso pitää potilas–lääkäri -suhdetta lääkärintoimen perussuhteena, muttei määritä tarkemmin suhteeseen sisältyviä oikeuksia ja velvollisuuksia[150].

Paaso erottelee lääkäriä hoitosuhteessa velvoittavat normit sen perusteella voidaanko hoitosuhteen syntymisen katsoa perustuvan hoitosopimukseen vai onko se syntynyt hallintotoiminnan perusteella[151]. Paaso katsoo vakiintuneeksi kannaksi sen, että yksityisenä ammatinharjoittajana toimivan lääkärin ja potilaan välistä oikeussuhdetta voidaan pitää velvoiteoikeudellisena sopimussuhteena[152]. Paaso ei sen sijaan suoraan puolla julkisen terveydenhuollon yksikköön hoitoon ottamisen pitämistä hallintopäätökseen rinnastettavana toimintana. Hän päinvastoin toteaa, että potilasaseman syntymiseen ei läheskään aina liity erityistä ratkaisuntekoa. Henkilö saa potilasominaisuuden usein vain siksi, että hän itsensä sairaaksi tai lääkinnällisen avun tarpeessa olevaksi tuntevana hakeutuu terveydenhuollon laitokseen[153].

Myös *Mirva Lohiniva* toteaa, että potilaan ominaisuudet vaikuttavat merkittävästi terveydenhuoltohenkilökunnan velvollisuuksiin[154]. Potilaan asemasta aiheutuu esim. lääkärin velvollisuus antaa maksutta kuolintodistus taikka auttaa hätätilanteesta. Lohiniva liittää hoitosuhteeseen hoitohenkilökunnan velvollisuuden hoitaa potilasta parhaan kykynsä mukaan ja salassapitovelvollisuuden. Hän toteaa, että terveydenhuoltohenkilökunnalle on asetettu myös ammattistatukseen liittyviä velvoitteita, kuten erilaiset ilmoitusvelvollisuudet viranomaisille. Lohiniva toteaa, että lääkärin – ja muunkin terveydenhuoltohenkilökunnan – yleisiin eettisiin velvollisuuksiin kuuluu antaa asemansa ja kykynsä mukaista lääketieteellistä apua sitä tarvitseville[155]. Lohiniva toteaa erityisesti, että lääkärillä on muissa tilanteissa oikeus valita potilaansa. Lääkärin ja potilaan välinen hoitosuhde edellyttää luottamusta ja jos tällaista luottamussuhdetta ei synny, voi lääkäri

---

149 Ks. edellä 2.1. ja potilaan oikeusaseman tarkastelu status-asemana.
150 Paaso 1992, s. 73.
151 Ibid, s. 229–230. Ks. myös Mäenpää 1989, s. 79–83. Klassinen hallinto-oikeudellinen kirjallisuus erottaa kaksi viranomaisen oikeudellista roolia: toiminta yksipuolisen julkisen vallan käyttäjänä ja toisaalta toiminta tasaveroisena kansalaisen kanssa (ts. suorittava hallinto ja julkisyhteisön yksityisoikeudellinen toiminta). Hallinto-oikeuden tutkimuskohteena on vanhastaan ollut vain viranomaisen toiminta julkisen vallan käyttäjänä. Käytännössä kuitenkin monet hallinto-oikeudelliset periaatteet (esim. syrjintäkielto, perusoikeuksien edistämisvelvollisuus) koskevat myös hallinnon tosiasiallista toimintaa, eikä yksiselitteistä jakoa julkisen vallan käytön ja muun hallinnon toiminnan välillä enää voida suorittaa.
152 Ibid, s. 255–256.
153 Ibid, s. 234–235.
154 Lohiniva 2001, s. 46.
155 Ks. L terveydenhuollon ammattihenkilöistä 15 §: Terveydenhuollon ammattihenkilön tulee aina antaa kiireellisen hoidon tarpeessa olevalle apua.

ohjata potilaan toisen lääkärin hoitoon. Potilasta ei kuitenkaan koskaan saa jättää heitteille.

Vaikka Lohinivan tarkastelu on suhteellisen suppea, on se sikäli merkittävä, että hoitosuhde nähdään siinä moninaisena oikeuksien ja velvollisuuksien kokonaisuutena. Tämä vastaa sitä tarkastelutapaa, jonka allekirjoittanut on tässä tutkimuksessa omaksunut.

Myös *Ahti Saarenpää* on potilasoikeutta koskevissa tarkasteluissaan korostanut hoitosuhteen oikeudellista monimutkaisuutta[156]. Saarenpää erottaa potilaan oikeuksista erillisinä osa-alueina systeemiset oikeudet (esim. oikeus saada hoitoa), itsemääräämisoikeudet (esim. tietoon perustuva suostumus hoitoon) sekä informaatio-oikeudet (esim. potilastietojen luottamuksellisuus). Potilaan ja hoitohenkilökunnan välisen suhteen osalta Saarenpää toteaa itsemääräämisen ja asiantuntemuksen välisen ristiriidan. Potilaan itsemäärämisoikeus onkin hänen mukaansa ennen kaikkea potilaan oikeutta vaikuttaa hoitoonsa eikä ehdotonta päätösvaltaa hoitotavasta. Hoitomuodon valinnan kun tulee perustua paitsi potilaan myötävaikutukseen, myös siihen että vaatimus hyvän hoidon standardin toteutumisesta on mahdollista täyttää.

Hoitosuhteen syntymistä potilaan ja julkisen terveydenhuollon yksikön välille ja julkisyhteisön velvollisuuksia on tarkasteltu varsin runsaasti uudessa hallinto-oikeudellisessa kirjallisuudessa[157]. Näissäkään tarkasteluissa hoitosuhdetta ei yleensä ole käsitelty oikeuksien ja velvollisuuksien kokonaisuutena. Esimerkiksi *Kaarlo Tuori* katsoo, että hoitoon ottamista koskevaa päätöstä voidaan pitää yksilöllisenä hallintopäätöksenä, jossa on kysymys yksilön oikeudesta ja edusta[158]. Tyypillisenä tilanteena, jossa hoitopäätöksellä voi olla ratkaiseva merkitys yksilön tulevaisuuden kannalta, on esimerkiksi potilaan sijoittaminen leikkausjonoon erikoissairaanhoidossa. Tällaista lakisääteiseen terveydenhuoltoon ottamista koskevat päätökset tulisi Tuorin mukaan voida saattaa tarvittaessa hallintotuomioistuimen tutkittavaksi. Muutoksenhakuoikeus ei rajoittuisi vain potilaaseen, jonka hoitoa kyseinen päätös koskee, vaan se tulisi myöntää kaikille, jotka luetteloon merkittynä odottavat hoitoon pääsyä ja joiden asemaan päätös vaikuttaa. Tuorin tarkastelunkin mukaan yhden yksittäisen potilaan hoitosuhteella on vaikutuksia muiden potilaiden oikeusasemaan eli oikeuksien ja velvollisuuksien tasapainon muuttaminen tämän potilaan osalta saattaa johtaa oikeuksien kollisiotilanteeseen muiden potilaiden kanssa[159]. Tuorin tarkastelu rajoittuu kuitenkin pelkästään hoitoon pääsyyn, eikä hän huomio esimerkiksi sitä, että kommunikoiminen yhden potilaan hoidosta muihin potilaisiin nähden koskee paitsi oikeutta hoitoon, myös potilaan yksityisyyden suojaa. Hoidon priorisoinnin julkinen ar-

---

156 Saarenpää 2000b, s. 97–102.
157 Ks. esim. Ilveskivi 2000, s. 35–37 ja s. 54–75.
158 Tuori 2000b, s. 343.
159 Ks. edellä kappale 1.3. Analogiat analyyttisen oikeusteorian tarkastelumalliin ovat ilmeiset.

viointihan tehokkaasti murentaisi kaiken sen luottamuksen suojan mitä yksittäisen potilaan hoitosuhde nauttii[160].

Hoitoonottamispäätöksen lisäksi saattavat Tuorin mukaan eräät hoitoon ottamisen jälkeen tehtävät päätökset olla niin ikään valituskelpoisia. Hoitotoimenpiteistä päätettäessä tulee noudattaa tietoon perustuvan suostumuksen periaatetta. Tuorin käsityksen mukaan tätä periaatetta noudatettaessa potilaalle ei voi syntyä oikeussuojan tarvetta. Allekirjoittaneen käsityksen mukaan periaate ei kuitenkaan ole mikään potilastyytyväisyyden tae – päinvastoin, usein tieto vain lisää tuskaa. Hoitopäätöksin ei myöskään voida taata potilaan terveydentilaa, eli potilaan kanssa yhteisymmärryksessä sovittu hoitolinja voi 10 min myöhemmin potilaan tilan äkisti muututtua olla objektiivisesti katsottuna epätarkoituksenmukainen. On myöskin hyvin vaikea varmuudella määrittää sitä, mikä määrä informaatiota kullekin potilaalle antaa riittävät valmiudet hoidosta päättämiseen osallistumiseen. Kaiken kaikkiaan potilaalle voi siis aina syntyä tarve saada oikeussuojaa, vaikka hoitava lääkäri pyrkisikin tekemään parhaansa potilastyytyväisyyden takaamiseksi. Hoitoon ottamisen erottaminen hoitopäätösten tekemisestä taas on hyvin keinotekoista, koska potilashan otetaan sairaalaan juuri siksi, että sairaalahoito tarjoaa parhaat mahdollisuudet sillä hetkellä ajankohtaisten ja hyvään hoitotapaan perustuvien hoitopäätösten tekemiseksi.

Tuorin tavoin hoitoon ottamispäätösten valituskelpoisuutta on puoltanut *Anja Hannuniemi*, joka on tarkastellut potilaan oikeutta hoitoon KHO:n ja [läänin/]-hallinto-oikeuksien käytännön valossa[161]. Hannuniemi toteaa, että tarkasteltaessa potilaan oikeutta hoitoon on huomioitava hoidon antamisen monivaiheisuus. Potilaan on päästävä tutkimuksiin, jotta taudinmääritys pystyttäisiin tekemään. Tämän jälkeen potilas mahdollisesti pääsee hoidon piiriin, mikä ei kuitenkaan takaa, että nimenomaan tietyt hoitotoimenpiteet tehtäisiin hänelle. Hannuniemen analysoimassa hoitosuhteen oikeuksia ja velvollisuuksia koskevassa oikeuskäytännössä kysymys oli lähinnä hoitoon pääsystä taikka lääkinnällisten apuvälineiden hankintakustannusten kattamisesta. Hannuniemi pitää hoitoon ottamista tosiasialliselta luonteeltaan hallintopäätöksenä, vaikka toisaalta toteaa lääkärin päätökset ”luonnosmaisiksi”[162]. Hän kiinnittää huomiota myös siihen, että vaikka muodollinen oikeusturva ei hoitosuhteessa välttämättä toteudukaan tyydyttävästi, potilaan tosiasiallinen oikeusturva saattaa silti toteutua varsin hyvin: Potilasta on käytännössä kuultu vastaanotolla, kun lääkäri on keskustellut hänen kanssaan taudista ja sen hoitomahdollisuuksista. Lääkäri on näin myös joutunut perustelemaan suosittelemansa hoitotoimenpiteen. Potilas on useimmiten saanut kirjalli-

---

[160] Jos ja kun hoidon priorisointi perustuu taudin vakavuuteen, merkitsisi jonkin potilaan hoidon asettaminen etusijalle automaattisesti sitä, että ilmi tuotaisiin juuri tämän potilaan terveydentilan erityinen heikkous.

[161] Hannuniemi 1999, s. 288–320.

[162] ibid., s. 294.

sen hoitolähetteen tiedokseen viimeistään siinä vaiheessa, kun potilasta on suositeltu toiseen hoitoyksikköön ja esim. hoitotoimenpiteen pääsisältö on yleensä potilaalle ymmärrettävä (esim. leikkaus tietyn vaivan poistamiseksi). Hannuniemenkään tarkastelu ei puutu hoitosuhteen moniulottuvaisuuteen, vaan keskittyy yksinomaan hoitoon pääsyn oikeusturvaongelmiin[163].

Paula Ilveskivi tarkastelee vuonna 1997 ilmestyneessä tutkimuksessaan potilaan oikeusasemaa ja erityisesti potilaan tiedonsaantioikeutta. Ilveskiven tarkastelussa otettaan huomioon ne ristiriidat, joita aiheutuu hoitosuhteen luottamuksellisuudesta kolmannen tahon tiedonsaanti-intressiin nähden[164]. Ilveskiven tarkastelussa laitetaan kuitenkin varsin vähän painoa mahdollisten ristiriitojen ratkaisumalleille. Myöskään tiedonsaantioikeuden tai tiedonantovelvollisuuden merkitystä hoitosuhteeseen liittyvien muiden oikeuksien ja velvollisuuksien kannalta ei erikseen tarkastella[165].

2.4. SUOMALAINEN LAINSÄÄDÄNTÖ

2.4.1. Perusoikeussäännösten takaama oikeus terveyden- ja sairaanhoitoon

Lähestyttäessä hoitosuhteeseen liittyviä oikeuksia ja velvollisuuksia, voidaan tarkastelu aloittaa perustuslain takaamista perusoikeuksista. Tarkemmin sanottuna, ennen potilaan oikeusasemaa koskevaan erityislainsäädäntöön syventymistä, tulee ymmärtää, mikä merkitys perustuslain perusoikeussäännöksillä on henkilön pääsemiselle ”potilasasemaan” eli hänen tarvitessaan sairaanhoidon palveluja[166]. Perustuslain 19 §:n 3 momentin mukaanhan julkisen vallan on taattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut sekä edistettävä väestön terveyttä.

---

[163] Tämän tutkimuksen ulkopuolelle jää EU-oikeuden vaikutus suomalaiseen sosiaaliturvalainsäädäntöön: EU:n perusoikeusasiakirjan mahdollisesti toteutuessa ja terveydenhuoltopalvelujen ollessa EU:n sisällä vapaasti tarjottavissa, palvelujen ylikansalliset korvausjärjestelmät voivat mahdollisesti johtaa tilanteeseen, joissa hoitoon pääsyä ei varmista vain kansallinen perusoikeussäännös, vaan myös EU-oikeuden vaatimukset esimerkiksi sairausvakuutusjärjestelmien ja sairaanhoitopalvelujen tasapuolisesta saatavuudesta eri jäsenmaissa. Ks. Nieminen 1998, s. 262–265.

[164] Ilveskivi 1997a, s. 64, 104–106 ja 116.

[165] Potilaan tiedonsaantioikeudella on merkitystä vain, jos potilas voi sen perusteella tehdä valintoja. Jos hoitoja ei esim. resurssikysymysten takia ole tarjolla, tiedonsaantioikeudella hoitomahdollisuuksista on vain vähän käytännön merkitystä.

[166] Jos potilasasemaan joutumiseen liittyy tiettyjä oikeusvaikutuksia, ts. esim. oikeus saada hoitoa taikka velvollisuus hoitaa potilasta, laajin mahdollinen tarkastelupiiri on silloin niiden henkilöiden joukko, jotka yleisen perusoikeussäännöksen nojalla voivat vedota tällaisen oikeuden/velvollisuuden olemassa oloon. Ts. perustuslain näkökulmasta ”potilas” voidaan määrittää terveyden- ja sairaanhoitopalvelujen tarpeessa olevaksi perustuslain soveltamispiirissä olevaksi henkilöksi.

Perusoikeussäännösten niin ikään takaamaan yksityiselämän suojaan palataan tarkemmin tutkimuksen jälkiosassa.

Historiallisesti perusoikeudet on alunperin suunnattu estämään hallitsijan ja yleensä hallitusvallan mielivaltaiset toimenpiteet[167]. Lainsäätämismenettelyn eriytyminen erilliseksi ”valtiomahdiksi” on sittemmin kuitenkin johtanut siihen, että perusoikeuksien pääasiallinen kärki suuntautuu nimenomaan lainsäätäjää vastaan[168] – Suomen valtiosääntökäytännössähän kansalaisten oikeuksien järjestely perustuu yhä yksinomaisemmin eduskuntalakeihin[169]. On kuitenkin huomattava, että edellä esitetty koskee nimenomaan klassisia vapausoikeuksia. Sosiaalisten perusoikeuksien osalta tilanne on ongelmallisempi, sillä oikeuden tosiasiallinen toteutuminen riippuu keskeisesti myös siitä, millaiset yhteiskunnan voimavarat ohjataan tähän tarkoitukseen. Niinpä eduskunta käyttäessään budjettivaltaa vuosittain määrittää näitten perusoikeuksien toteutumistason.

Sosiaalisen perusoikeuden käytännön toteutuminen edellyttää lainsäätäjään kohdistuvaa *positiivista perusoikeussuojaa*[170]. Ts. lainsäätäjään kohdistuu velvoite säätää ja ylläpitää lainsäädäntöä, joka turvaa esim. sairaanhoitopalveluiden saatavuuden. Tällaisen velvollisuuden konkreettinen sisältö riippuu perusoikeussäännöksen yksityiskohtaisuudesta ja valitsevista yhteiskunnallisista arvoista. Lainsäätäjään kohdistuva perusoikeuksien suojeluvelvollisuus ei ole kuitenkaan millään lailla vieras suomalaiselle valtiosääntötraditiolle, sillä jo itsenäisyyden ajan alun oikeuskirjallisuudessa viitataan toistuvasti HM 6 §:stä johtuvaan velvollisuuteen säätää mm. rikoslakiin säännökset ko. perusoikeuksien suojaamiseksi[171]. Käytännössä myös eduskunnan perustuslakivaliokunta viittasi 1980-luvulla toistuvasti HM 6 § 2 mom:n asettamaan velvollisuuteen järjestää kansalaisille työtä edellyttäessään työllisyyslainsäädännön ajanmukaistamista[172]. On kuitenkin epäselvää, missä määrin voimassa oleva valtiosääntökäytäntö edellyttää lainsäätäjältä aktiivisia toimia kansalaisten perusoikeuksien turvaamiseksi tavallisella lainsäädännöllä[173]. Uuden perustuslain 1 §:ssä asetettaan valtiosäännön yleiseksi tarkoitukseksi mm. yksilön vapauksien ja oikeuksien turvaaminen sekä ihmisarvon edistäminen[174]. Perustuslain 22 § taas asettaa julkiselle vallalle erillisen velvollisuuden toteuttaa perus- ja ihmisoikeuksia. Lisäksi eduskunnan oi-

---

[167] Karapuu 1986, s. 87–108.
[168] James Madisonin lausumaan viitaten voidaan todeta, että 200 diktaattoria ei ole yhtään parempi kuin yksi diktaattori. Demokraattinen järjestelmäkin voi loukata yksilön perusoikeuksia ja siksi riippumaton tuomioistuinvalvonta on yksilön oikeuksien varmin tae. Ks. Currie 1985, s. 6–30.
[169] Hidén 1971, s. 19.
[170] KM 1992:3, s. 117.
[171] Erich 1924, s. 224; Ståhlberg 1946, s. 15–33; Hakkila 1939, s. 41.
[172] PeVM 10 /1980 vp, s. 2; PeVM 30/1980 vp, s. 2; PeVM 17/1982 vp, s. 2; PeVL 4/1984 vp, s. 2; PeVM 9/1985 vp, s. 3.
[173] Viljanen VP 1990, s. 252.
[174] Ks. myös KM 1992:3, s. 345–346.

keusasiamiehellä on velvollisuus valvoa perusoikeuksien toteutumista viranomaistoiminnassa. Uusikaan perustuslaki ei sisällä kuitenkaan mitään eduskunnan toimintaa valvovia uusia mekanismeja, vaikka perustuslakituomioistuimen tarpeellisuudesta on käyty ajoittain vilkastakin keskustelua[175].

Sosiaalista perusoikeutta koskevan säännöksen merkityksen vaihtelevuutta kuvaa hyvin HM 6 § 2 mom:n tulkinnan kehittyminen eduskunnan perustuslakivaliokunnan käytännössä[176]. Säännöksellä ei juuri ollut käytännön merkitystä sen säätämistä seuranneella vuosikymmenellä, mutta 1980-luvun alussa perustuslakivaliokunta toistuvasti katsoi säännöksen edellyttävän sellaista työllisyyslainsäädäntöä, jossa tavoitteena on täystyöllisyyden saavuttaminen, minkä johdosta vuonna 1987 työllisyyslakiin (L 275/1987, 2§) otettiinkin julkisyhteisöä sitova työllistämisvelvoite pitkäaikaistyöttömien osalta. Täystyöllisyystavoitetta kuitenkin tulkittiin perustuslakivaliokunnan 1990-luvun alun kannanotoissa varsin väljästi: lainsäädäntö täytti HM 6 § 2 mom:n vaatimukset kunhan *pyrkimyksenä* oli mainitun täystyöllisyystavoitteen saavuttaminen[177] – sinänsä sen saavuttamiseen ei aseteta ehdotonta velvoitusta. Käytännön muutos heijastaa yhteiskunnallisten realiteettien heijastumista positiivisen perusoikeussäännöksen tulkintaan ja se on hyvä esimerkki liian tiukkojen sosiaalisten perusoikeussäännösten ongelmista: lainsäädännöllä ei voida taata esim. terveyttä ja hyvinvointia, mutta sillä voidaan asettaa arvotavoitteita yhteiskunnan toiminnoille.

Uudistettaessa valtiopäiväjärjestystä 1990-luvun alussa, sosiaalisten oikeuksien suhteellinen asema vahvistui, verrattuna niiden aiempaan lähinnä ohjelmalliseen luonteeseen[178]. Poistettaessa eduskunnan 1/3:n määrävähemmistöltä mahdollisuus jättää tavallinen lakiehdotus lepäämään yli varsinaisten valtiopäivien, jätettiin ”kansalaisten lakisääteistä perusturvaa” rajoittavat lakiehdotukset edelleen lepäämäänjättämismahdollisuuden piiriin[179]. Säännös ei kuitenkaan taannut muuta kuin sen, että perusturvan huononnusten toteuttaminen oli eduskunnassa vaikeampaa ja mahdollisesti hitaampaa kuin muiden julkisyhteisön lakimääräisten velvoitteiden leikkaaminen[180]. Suomen uudesta perustuslaista vastaava säädös puuttuu, mutta kansalaisille ei toisaalta uudistusten jälkeenkään ole haluttu antaa subjektiivisia oikeuksia useimpiin peruspalveluihin[181].

Perusoikeusuudistuksen yhteydessä v. 1995 Suomen hallitusmuotoon lisättiin oikeus toimeentulon kannalta välttämättömään sosiaaliturvaan ja oikeus riittäviin terveydenhuollon ja sairaanhoidon palveluihin. Nämä oikeudet on muotoiltu

---

175 Karapuu ja Jyränki 1999, s. 104–105.
176 Palola 1988, s. 137–148.
177 PeVL 6/1991, s. 1–2, HE 147/1991(luku 3).
178 Vrt. erityisesti HM 6 §:n mukainen valtiovallan velvollisuus edistää työllisyyttä.
179 Valtiopäiväjärjestyksen 66a §. Kyseessä oli siis perustuslain takaama reduktiokielto. Ks. Karapuu 1988, s. 78–80:
180 Ks. Tuori 1999b, s. 595.
181 HE 1/1998 vp.

julkiseen valtaan ja lainsäätäjään kohdistuviksi turvaamis- ja edistämisvelvoitteiksi[182]. Oikeuden toteuttamiseksi on erityislaeissa taattava riittävien terveyspalvelujen saatavuus[183]. Jokaiselle on näin turvattava ainakin oikeus ihmisarvoisen elämän edellytysten vähimmäistasoon. Lisäksi joissain erityistapauksissa yksittäisellä kansalaisella voi olla oikeus vaatia näitä palveluja suoraan julkisyhteisöltä[184].

Lainsäätäjä turvaa perusoikeuksien toteutumista tavallisessa lainsäätämisjärjestyksessä säädetyllä lainsäädännöllä, jossa määritetään tarkemmin sosiaalisten perusoikeuksien faktinen sisältö. Näin eduskunnan kulloinenkin enemmistö voi toteuttaa kansanvaltaa ja määrittää perusoikeuden toteutumisen tavoitetason. Selvä puuttuminen perusoikeuden suojaamaan oikeus- ja vapauspiiriin (eli esimerkiksi julkisen terveydenhuollon radikaali supistaminen) vaatii kuitenkin perustuslain muutoksen taikka poikkeuslain[185]. Eduskunnan perustuslakivaliokunnan käytäntö, jonka mukaan puhemies ja eduskunta yleensä toimivat, on muovannut kriteereitä sille, minkälaiset puuttumiset kansalaisten perusoikeuksiin ovat hyväksyttäviä normaalin lainsäädännön puitteissa[186]. Perusoikeuksien yleisten rajoitusperusteiden luettelo[187] pitää sisällään vaatimuksen siitä,

- että rajoituksen tulee perustua eduskuntalakiin,
- että rajoitus on tarkkarajainen ja riittävän täsmällisesti määritelty,
- että rajoitusperuste on perusoikeusjärjestelmän kannalta hyväksyttävän ja painavan yhteiskunnallisen tarpeen vaatima,
- että perusoikeuden ns. ydinalueeseen ei puututa,
- että rajoitukset ovat välttämättömiä tavoitteen saavuttamiseksi ja oikeutetussa suhteessa perusoikeuden suojaamaan oikeushyvään ja rajoituksen taustalla olevan yhteiskunnallisen intressin painoarvoon,
- että perusoikeutta rajoitettaessa on huolehdittu riittävistä oikeusturvatakeista ja
- että rajoitukset eivät ole ristiriidassa Suomen kansainvälisten ihmisoikeusvelvoitteiden kanssa.

Näitä kriteereitä ei kuitenkaan juuri ole käytetty sosiaalisia perusoikeuksia koskevien positiivisten toimintavelvollisuuksien määrittämiseen

---

[182] Hallberg 1999, s.36.
[183] Kultalahti 1979, s. 52.
[184] Mäenpää 2000, s. 228–230.
[185] Ks. s. 4: Toisaalta voidaan myös edellyttää, että riittävä suoja luodaan lainsäädäntötoimin.
[186] Kastari 1969, s. 277; Hidén 1971, s. 93–96. Henkilön integriteettiin koskevien lainsäädäntöhankkeiden perustuslainmukaisuuden arviointiin sovellettiin ennen perusoikeusuudistusta pitkälti Kastarin esittämä maksiimia, jonka mukaan perustuslainsäätämisjärjestys oli tarpeen silloin, kun puuttuminen perusoikeuteen on tilapäistä ja jyrkkää sekä oikeusturvajärjestelyjen kannalta puutteellista tai sillä tavoin ylimalkaista, että säädettävää lakia on pidettävä oikeusjärjestelmän kehittämisen kannalta poikkeuksellisena.
[187] PeVM 25/1994 vp, s. 4–5. Ks. myös Viljanen 2001, s. 37–38.

Perusoikeussäännösten luonteesta ja pysyvyydestä johtuen niiden sisältö ja tulkinta kuitenkin riippuu kulloinkin vallalla olevasta yhteiskuntafilosofiasta ja saattaa myös ajan ollen muuttua[188]. Näin kävi esim. Yhdysvalloissa 1960–70 -luvulla, kun Yhdysvaltain korkein oikeus (”*Supreme Court*”) sovelsi varsin vapaasti ja laajalti 1700-luvun lopulla säädettyjä ja 1800-luvun puolivälissä täydennettyjä Yhdysvaltain perustuslain perusoikeussäännöksiä modernin teollistuneen yhteiskunnan sosiaalisten ongelmien (tasa-arvo työelämässä, koulutusmahdollisuudet, abortti yms.) oikeudelliseen ratkaisemiseen[189]. Kun perusoikeussäännöksien suoran soveltamisen mahdollisuus tuomioistuimissa uuden perustuslain myötä on lisääntynyt, on mahdollista, että niitä käytetään yhä enenevässä määrin vaadittaessa esimerkiksi sairaanhoitopalveluja[190]. Tällöin perusoikeussäännösten mukainen oikeus riittäviin terveydenhuollon (perus)palveluihin konkretisoituu kansalaisen pyrkiessä toteuttamaan tätä oikeutta eli pyrkiessä saamaan aikaan hoitosuhdetta sellaiseen julkisen terveydenhuollon yksikköön, mistä hän terveyden- ja sairaanhoitopalveluja haluaa. Perusoikeussäännöksellä on merkitystä paitsi arvioitaessa, onko yksittäisellä potilaalla mahdollisesti oikeus hoitoon (eli oikeus saada hoitosuhde perustetuksi), myös arvioitaessa hoidon laajuutta ja tasoa, eli turvataanko (lainsäädännössä ja terveydenhuollon budjeteissa) todellisuudessa potilaan oikeus ihmisarvoiseen elämään siten, kuin perustuslaki edellyttää.

Perustuslain takaama oikeus riittäviin terveydenhoitopalveluihin ja kansalaisten yhdenvertaisuutta koskevat säännökset takaavat sen, että säännökset, jotka tosiasiallisesti rajoittavat välttämättömien terveyden- ja sairaanhoidon palvelujen saatavuutta, loukkaavat yksilön perusoikeuksia. Näin erityisesti silloin, kun kielto kohdistuu johonkin selvästi määriteltyyn pieneen kansalaisryhmään[191]. Terveydenhoitolainsäädännössä on kuitenkin runsaasti säännöksiä, joilla rajoitetaan yksittäisten kansalaisten mahdollisuutta käyttää terveyden- ja sairaanhoitopalveluja jopa niin, että mahdollisuudet henkeä uhkaavan vaaran torjumiseen oleellisesti vähenevät. Julkisyhteisön ylläpitämään sairaanhoitolaitokseen pääsy saattaa riippua esim. asuinpaikasta (ts. tietyn kunnan asukkaat saavat hoitoa vain tietyissä hoitolaitoksissa), potilaan iästä (ts. tiettyä hoitoa ei anneta tietyn iän ylittäneille) tai omasta myötävaikutuksesta taudin kehittymiseen (alkoholismi, tupakointi) ja myös hoitokustannusten korvausjärjestelmä rajoittaa tosiasiallisesti monien hoitojen (esimerkiksi uudet lääkehoidot) saatavuutta[192]. Äkillisen vaaran osalta säännökset yleensä mahdollistavat ja velvoittavat avun antamisen

---

188 Jyränki 1968, s. 983–986.
189 Ks. Currie 1990, s. 465–504. Kastari 1981, s. 58–59.
190 Ks. Sakslin 1999, s. 251–254.
191 Ks. Hidén 1971, s. 101–105.
192 Esim. julkisen hammashoidon palvelujen antamisen rajoittamista vain tiettyyn ikäryhmään kuuluville ei kuitenkaan ole pidetty kiellettynä syrjintänä, vaan ”terveydenhuollon voimavarojen tarpeellisena kohdistamisena”. Ks. AOK DNo 385/1/98.

muillekin, kuin siihen varsinaisesti oikeutetuille, mutta jatkuvan pitkäaikaisen vaaran osalta tällaista velvollisuutta ei ole (esim. leikkausjonossa olevalla potilaalla ei yleensä ole mahdollisuutta päästä hoitoon muuhun kuin siihen laitokseen, johon hän asuinpaikkansa perusteella on oikeutettu – ellei sitten hoitoyksiköiden välillä ole tehty yksityisoikeudellista sopimusta hoitovastuun jaosta)[193]. On selvää, että rajallisten resurssien maailmassa joudutaan aina suorittamaan valintoja, mutta yksittäisen kansalaisen perusoikeuksien kannalta on arveluttavaa, mikäli nämä valinnat eivät perustu lakeihin tai edes muihin säännöksiin, joiden sisältö ja edustamat arvot olisivat yleisesti tunnettuja[194]. Tällaisista hallinto-oikeudellisista säännöksistä johtuvia rajoituksia ei kuitenkaan suomalaisessa lainsäädäntökäytännössä ole pidetty sellaisina, että ne olisivat vaatineet muun kuin tavallisen lainsäätämisjärjestyksen.

Minkälaisia käytännöllisiä erityislainsäädäntöön kohdistuvia vaikutuksia sitten on sillä, että perustuslaissa annetaan oikeus ”riittäviin” terveyden- ja sairaanhoidon palveluihin[195] ja taataan toimeentulon kannalta välttämätön sosiaaliturva ja huolenpito. Ajateltavissa on ainakin seuraavat kolme säännösten tulkintatapaa:

- Perusoikeutta pidetään ohjelmallisena säännöksenä (ts. ”Suomen valtion tarkoituksena on kansalaisten hyvinvoinnin turvaaminen siten, että jokaisella on mahdollisuus saada tarpeittensa mukaisia terveyden- ja sairaanhoitopalveluja”), joka ilmentää *yhteiskunnan perusarvoja*.
- Perusoikeussäännös katsotaan perustuslailliseksi toimeksiannoksi: (ts. ”Suomen valtion tehtävänä on järjestää sellaiset terveyden- ja sairaanhoitopalvelut, että jokainen voi saada kohtuullisten tarpeittensa mukaista hoitoa”), joka ilmentää *julkisen vallan toimintavelvollisuutta*.
- Perusoikeussäännöstä pidetään subjektiivisia oikeuksia antavana säännöksenä (ts. ”jokaisella on oikeus saada riittävät [so. tarvitsemansa] terveyden- ja sairaanhoitopalvelut siten kuin laissa erikseen säädetään”), josta poikkeaminen on saatettavissa tuomioistuimen arvioitavaksi, *kuten klassisten vapausoikeuksien loukkaaminenkin*.

---

[193] Ks. kuitenkin Hannuniemi 1999, s. 288–320 ja EU:n sosiaalinen peruskirja.

[194] Toisin kuin julkisiin hankintoihin, julkisten resurssien käytön oikeudelliseen arviointiin ei toistaiseksi ole selkeitä periaatteita. Ks. Kalima 2001, s. 32–42.

[195] Perusoikeusuudistusta koskeneen hallituksen esityksen (HE 309/1993 vp, s. 71), mukaan palvelut ovat riittäviä, kun ne turvaavat jokaiselle ihmiselle edellytykset toimia yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä. Tämä ”tulosperusteinen” arviointi merkitsisi kuitenkin sitä, että julkinen valta sitoutuisi tekemään kaiken mahdollisen yksittäisen kansalaisen toimintakyvyn palauttamiseksi, vaikka se olisi lääketieteellisesti lähes mahdotonta taikka terveystaloustieteellisesti kannattamatonta terveydenhuollon resurssien käyttöä. Perustuslain 19 §:n 1 momentti edellyttää sanamuotonsa mukaisesti kuitenkin vain välttämättömän huolenpidon turvaamista. Perustuslain taloudelliset, sosiaaliset ja sivistykselliset oikeudet on myös laajuudeltaan ajateltu sellaisiksi, että ne ovat tosiasiallisesti toteutettavissa ja noudatettavissa myös taloudellisten olosuhteiden muuttuessa (HE 309/1993 vp. s. 15).

Perusoikeuskomitean mietinnössä ja muissa perusoikeusuudistuksen esitöissä, TSS-oikeudet on esitetty julkisen vallan toimintavelvollisuutena, joiden välitöntä sovellettavuutta viranomaistoiminnassa tulisi lisätä[196]. Se, miten perusoikeussäännösten välitön soveltaminen vaikuttaa suomalaisen terveydenhuoltoon, ei ole vielä selvillä. Uudessa perustuslaissa julkisen vallan käsitettä käytetään joka tapauksessa sekä toimintakäsitteenä eli kuvaamaan tietyn tyyppistä toimintaa että subjektikäsitteenä osoittamaan niitä tahoja, joita perusoikeussäännökset velvoittavat[197], joten on huomattava, että perusoikeussäännöksellä saattaa näin olla vaikutusta paitsi oikeuden sisältöön, myös sen määrittelyyn, ketä toimintavelvoite koskee[198]. Niinpä esimerkiksi lakisääteistä sosiaaliturvaa toteuttavien vakuutuslaitosten tulee ottaa huomioon paitsi, miten yksittäinen sosiaalietuus sovellettavan lain erityissäännösten perusteella määräytyy, myös se, mahdollistaako annettu sosiaaliturva ihmisarvoisen elämän[199].

Käytännön lainsäädäntötyön kannalta on kuitenkin ilmeistä, että uuden perustuslain 19 §:n mukainen oikeus riittävään terveyden- ja sairaanhoitoon edellyttää, että lainsäädäntö turvaa ainakin välttämättömien peruspalvelujen olemassaolon (kuten että sairaankuljetus, akuutti sairaanhoito, tartuntatautien vastustamistyö mukaan lukien rokotustoiminta sekä jatkuvaa hoitoa tarvitsevien pitkäaikaissairaiden hoito on turvattu sekä organisatorisesti että rahoituksellisesti). Lisäksi kansalaisilla pitäisi olla yhdenvertaiset mahdollisuudet ao. palvelujen hankkimiseen (alueellinen ja väestöryhmien, mukaan lukien kieliryhmät, välinen tasa-arvo), mikä asettaa mm. julkisen rahoituksen suuntaamiselle omat vaatimuksensa[200]. Erityistä huomiota lainsäädännössä pitäisi kiinnittää erityisessä suojan tarpeessa olevien kansalaisten mahdollisuuksiin toteuttaa ao. oikeutta (esim. lapset, vanhukset, kehitysvammaiset yms.)[201]. Lopultakin ko. TSS-oikeuden tarkka sisältö on suhteellisen vaikeasti jos ollenkaan määriteltävissä, ja se määrittyykin ilmeisesti osin tietynlaisen perusoikeuskokonaisuuden osioksi, jossa myös tasa-arvoisuusoikeuksilla on keskeinen asema.

---

196 KM 1992:3, s. 16–19.
197 Ks. PeVM 10/1998 vp.
198 Ks. Viljanen VP 1999a, s. 136–138.
199 Tuori 1999b, s. 603–604.
200 Kultalahti 1979, s. 25–30; KM 1992:3, s. 346.
201 Esim. AOA DNo 1052/2/96, 31.12.1997: *Alaikäisten psykiatrisen tahdosta riippumattoman hoidon järjestäminen*.

Apulaisoikeusasiamies katsoi, että kansalaisten perusoikeudet ja niiden toteutuminen merkitsevät, että valtion viranomaisten kuntien hallintoon ja palvelutuotantoon kohdistama laillisuusvalvonta on välttämätöntä. Koska valvontaa ei apulaisoikeusasiamiehen käsityksen mukaan voida jättää yksinomaan hallintolainkäytöllisen kontrollin varaan tai kansalaisten aloitteesta riippuvaksi, tulisi olla olemassa asianmukaiset menetelmät ja menettelytavat valvonnalle. Tämän vuoksi sosiaali- ja terveysministeriön tulisi selventää valtion toimielinten kuntiin kohdistaman valvonnan sisältöä sosiaalihuollon alueella.

Suomessa ei ole erityistä tuomioistuinta, joka valvoisi, että lait myös yksittäistapauksessa sovellettuna noudattavat perustuslain perusoikeusmääräyksiä. Perusoikeussuoja Suomessa toteutuu pääasiassa lainsäätäjän itsekontrollina[202], jossa eduskunnan puhemiehellä sekä perustuslakivaliokunnalla on keskeinen asema. Käytännössä lain ns. johtolauseessa otetaan kantaa lain säätämisjärjestykseen ja mikäli puhemies katsoo, että säätämisjärjestyksestä on epäselvyyttä, lähetetään ehdotus lausunnolle perustuslakivaliokuntaan, jonka ottamaa kantaa eduskunta käytännössä sitten noudattaa[203]. Läheskään kaikki lakiesitykset eivät kuitenkaan käy perustuslakivaliokunnan arvioitavana[204].

Useimmissa maissa, joissa kansalaisten perusoikeuksille on annettu keskeinen asema valtiosäännössä (esim. Saksa, Yhdysvallat), on olemassa tuomioistuin, joka voi antaa myös lainsäätäjää velvoittavia päätöksiä[205]. Toisaalta varsinkin TSS-oikeuksien toteutuminen sellaisissa maissa, joissa ao. kontrolli puuttuu, on ollut hyvin epävarmaa, vaikka oikeudet olisi kattavastikin kirjattu perustuslakiin (esim. useat entisen Itä-Euroopan sekä Etelä-Amerikan maat)[206] – ao. maat ovat tosin usein myös varsin köyhiä maita. Voidaankin perustellusti kysyä, onko TSS-oikeuksien ottamisella Suomen perustuslakiin konkreettisia vaikutuksia lainsäätäjän suhteen, kun samalla ei ole luotu mekanismia, joka pystyy oikeuksien toteutumista kontrolloimaan.

On kuitenkin huomattava, että aiemmin (HM 92 §) tuomioistuin ei voinut ottaa kantaa eduskuntalain perustuslainmukaisuuteen, vaikka asetuksen ja muun alempiasteisen normin soveltaminen on nimenomaan kielletty[207]. Uuden perustuslain 106 §:n mukaan taas tuomioistuimen on annettava etusija perustuslain säännökselle, jos lain säännöksen soveltaminen olisi ilmeisessä ristiriidassa perustuslain kanssa. Tuomioistuin ei kuitenkaan voi velvoittaa eduskuntaa säätämään perusoikeuden toteuttamiseksi tarvittavaa lakia tai budjettia[208].

---

202 Viljanen VP 1990, s. 258–259.
203 Hidén ja Saraviita 1989, s. 145–146.
204 Perustuslakivaliokunta antoi esim. v. 2000 lausunnon 47:stä ja mietinnön 14:stä eduskunnan käsittelyyn tulleesta n. 1300:sta lakiehdotuksesta.
205 Perusoikeustyöryhmän muistio 1982, s. 34–40.
206 Reinikainen 1978, s. 163–167.
207 Hidén ja Saraviita 1989, s. 243–244.
208 Ks. PeVM 10/1998 vp.(luku 2.4): Valvontajärjestelmää voidaan toisaalta pitää puutteellisena, koska Suomessa ei ole järjestetty lakien perustuslainmukaisuuden jälkikontrollia. Pelkällä ennakkovalvonnalla ei nimittäin voida tavoittaa kaikkia perustuslain kannalta ongelmallisia tilanteita. Koska kyse ei ole jo käsillä olevista konkreettisista oikeustapauksista, saattaa säätämisvaiheeseen ajoittuva säännöksen soveltamistilanteiden ennakollinen kartoitus jäädä aukolliseksi. Ennakkovalvonnassa on asiallisesti mahdotonta ottaa huomioon kaikkia käytännössä mahdollisia soveltamistilanteita. Suomen kansainväliset velvoitteet perustelevat omalta osaltaan jälkivalvonnan järjestämisen tarvetta. Kansainväliseen velvoittautumiseen liittyy nimittäin kehitys, jossa tuomioistuimet

Miten tuomioistuimet käytännössä perustuslakia tulevat ratkaisuissaan soveltamaan, on vielä auki. *Martin Scheinin* esittää väitöskirjassaan vaihtoehtoiset mallit perusoikeuden suoran soveltamisen rakenteista[209]:

- Presumptiot (tuomioistuin olettaa, että jokainen sovellettavaksi tuleva lainkohta on sopusoinnussa perustuslain kanssa).
- Perustuslainmukaisen laintulkinnan vaihe (tuomioistuimen tulee ensi sijassa löytää sellainen tulkintavaihtoehto, jolla lain ja perusoikeussäännöksen ristiriita vältetään).
- Perusoikeussäännöksen suoran soveltamisen vaihe (sääntökonfliktitilanteessa tuomioistuimen on selvitettävä, oliko lainsäätäjän tarkoituksena rajoittaa vaiko olla rajoittamatta ao. perusoikeuden ulottuvuutta ja kunnioittaa ratkaisussaan lainsäätäjän tahtoa).

Vaikka ao. mallin pohjana ovat olleet nimenomaan tuomioistuinten klassisia vapausoikeuksia koskevat ratkaisut[210], saattaisi sama malli soveltua myös TSS-oikeuksia koskevien ratkaisujen arviointiperustaksi[211].

Jo edellä esitetyn perusteella on kuitenkin ilmeistä, että oikeusjärjestyksen osana kiinteästi oleva perusoikeussäännös (niin vapausoikeus kuin TSS-oikeuskin) on julkista valtaa velvoittavaa voimassaolevaa oikeutta. Perusoikeussäännöksen velvoittavuuden ulottaminen viranomaistoimintaan aiheuttaa sen, että viranomaisen ja tuomioistuimen on tulkittava tavallisten lakien ja asetusten säännöksiä tavalla, joka edistää perusoikeuden toteutumista (*perusoikeusmyönteinen tulkinta*)[212]. Yksilön kannalta perusoikeussäännöksen velvoittavuuden ulottaminen kaikkeen viranomaistoimintaan – niin tosiasialliseen hallintotoimintaan kuin hallinnolliseen päätöksentekoonkin – merkitsee, että hän voi aina vedota suoraan perusoikeussäännökseen. Tällöin perusoikeussäännös on juuri niiden käytettävissä, joiden oikeuksia on tarkoitus turvata[213]. Koska varsinkin TSS-oikeuksille kaikissa säätämismalleissa on luonteenomaista tietty yleispiirteisyys, jää säännöstä soveltavalle viranomaiselle edelleen suhteellisen laaja tulkintavalta. Perusoikeutta rajoittavan tulkinnan mahdollisuus on kuitenkin sitä pienempi, mitä

---

joutuvat lisääntyvässä määrin vertaamaan kotoperäisiä lakeja kansainvälisten ihmisoikeussopimusten ja muiden velvoitteiden määräyksiin. Tämä on omiaan käytännössä korostamaan vastaavaa vertailutarvetta laintasoisten säännösten ja perustuslain säännösten välillä.

[209] Scheinin 1991, s. 205.

[210] Scheininin mallissa on pyritty huomioimaan oikeuskäytäntö ja HM 92 § 2 mom:n silloinen vakiintunut tulkinta.

[211] Ks. Scheinin 1991, s. 264.

[212] Perusoikeustyöryhmän muistio 1982, s. 21. Ks. myös PeVM 10/1998 vp. (luku 3.11): Tuomioistuin voi jättää kotoperäisen lain soveltamatta ihmisoikeusmääräykseen vedoten esimerkiksi myöhemmän lain tai erityislain etusijaa koskevilla perusteilla. Lisäksi voidaan edellyttää, että tuomioistuin pyrkii tulkinnallisin keinoin mahdollisuuksien mukaan välttämään joutumista ristiriitaan Suomea sitovien ihmisoikeusvelvoitteiden välillä (PeVL 2/1990 vp.).

[213] ibid, s. 19.

täydellisempi alan varsinainen aineellinen lainsäädäntö on, ja samalla myös suora vetoaminen perusoikeuteen on kansalaisen kannalta vähemmän tarpeellista[214]. Toisaalta kuitenkin perusoikeuden sisällön kovin yksityiskohtainen sääntely tavallisessa lainsäädännössä voi estää sisällön tulkinnallisen kehityksen, mistä saattaa olla haittaa nopeasti muuttuvassa dynaamisessa yhteiskunnassa[215].

TSS-oikeuksien toteutumisen osalta kriittinen ”*grass-roots*” taso on se taso, jossa kansalainen ao. palveluita saa[216]. Palvelun tuottaja (esim. terveydenhuollossa) ottaa viime kädessä kantaa siihen, kuka mitäkin palvelua voi hyödyntää. Yksittäistä ratkaisua tekevä virkamies (esim. lääkäri) harvoin pohtii, onko hänen toimensa muodollisesti sellainen, että se täyttää vaatimukset kansalaisten yhdenvertaisista kohtelusta taikka mahdollisesta oikeudesta tiettyihin peruspalveluihin – hän tekee työtään pyrkien saamaan tietyn konkreettisen terveysongelman ratkaistuksi. Hallinnon yleiset oikeusperiaatteet ja perusoikeusnormit sitovat kuitenkin myös palvelevaa hallintoa[217]. Perusoikeuksienhan tulisi suojata kansalaisia nimenomaan kaiken julkisen toiminnan seurauksia tai laiminlyöntejä vastaan[218].

Lienee selvää, että palvelun saamisen tarve ei kuitenkaan voi perustua kansalaisen subjektiiviseen arvioon[219], vaan tarve palvelun saamiseen pitäisi pystyä toteamaan objektiivisesti eli ilmeisesti viime kädessä siellä, missä muutkin elämän tosiseikastot voidaan virallisesti vahvistaa ts. riippumattomassa tuomioistuimessa riittävän näytön (esim asiantuntijalausuntojen) perusteella. On kuitenkin myös huomattava, että ihmisen henkeä ja terveyttä ei lopulta voida turvata juridiikan keinoin ja että oikeuden faktisen toteuttamisen sijasta mikä hyvänsä järjestelmä avaa helposti mahdollisuuden terveysarvojen muuttamiseen rahaksi tilanteissa, joissa julkisyhteisö on arvioijan mielestä epäonnistunut tehtäviensä suorittamisessa. TSS-oikeuksien kirjaaminen perustuslakiin aiheuttaa mitä ilmeisimmin palvelun tuottajan kannalta asiakassuhteen aiempaa suuremman ”oikeudellistumisen”, jolloin entistä useammin joudutaan arvioimaan sitä, onko jonkun palvelun antamatta jättäminen mahdollista tehdä loukkaamatta palvelua mielestään tarvitsevan perusoikeuksia. Käytännön toimintamallit muotoutuvat vasta, kun riittävä määrä tapauksia on tutkittu lainsoveltamista valvovissa viranomaisissa ja tietty vakiintunut käytäntö muotoutunut kunkin TSS-oikeuden osalta. Joka tapauksessa palvelun tuottajien mahdollisten virheiden etsiminen voi työllistää huomattavan joukon asiaan perehtyneitä juristeja, kuten muualla maailmassa vastaavissa järjestelmissä on yleensä käynyt.

---

[214] Perusoikeustyöryhmän muistio 1982, s. 20.
[215] Näin esimerkiksi yksityisyyden suojan osalta tiedonsiirtoteknologioiden kehittyessä lainsäädäntöä nopeammin.
[216] Ks. Hidén 1971, s. 25.
[217] Ks. Mäenpää 2000, s. 61–67.
[218] Hidén 1971, s. 25.
[219] KM 1992:3, s. 345.

Jotta perusoikeuksien antama suoja yhteiskunnassa olisi täydellinen, tulisi niiden turvata yksilö myös toisten yksilöiden puuttumiselta hänen käyttäytymiseensä[220]. Perusoikeuksilla tulisi siis olla myös horisontaalivaikutusta yksilöiden välisiin suhteisiin niin, että valtiosäännön tasolla vahvistetut kansalaisten perusoikeudet realisoituisivat käytännön oikeuselämässä (ns. *Drittwirkung*)[221]. Tiettyjä perusoikeuksien loukkauksia (esim. henki, henkilökohtainen vapaus, omaisuus) on toki määrätty rikosoikeudellisin normein rangaistaviksi, mutta tilanne on ongelmallisempi sellaisten (TSS-)oikeuksien osalta, joilla yksilöillä taataan oikeus tiettyihin etuihin tai palveluksiin. Suomalaisessa lainsäädäntökäytännössä on katsottu, että perusoikeudet sinänsä eivät ulotu suojaamaan yksilöä toisen yksilön toimenpiteiltä[222], eikä niihin siis liene mahdollista myöskään vedota siviili- tai rikosprosessissa. Se, milloin ja millä perusteella yksityisten kansalaisten toiminnot ovat perusoikeuden kannalta merkittäviä ja julkinen sääntely perusoikeussuojan kannalta tarpeen, on kysymys, joka lopulta riippuu yhteiskunnallisista arvostuksista[223].

Tietyin osin TSS-oikeudet koskevat kuitenkin nimenomaan kansalaisten keskinäisiä suhteita, näin esim. työoikeuden alueella. Työsuojelullisin säännöksin voidaan jossain määrin varmistaa, että esim. työehdot eivät muodostu kohtuuttomiksi ja että työstä ei aiheudu oleellisia terveyshaittoja sopimussuhteen toiselle osapuolelle, työntekijälle. Sen sijaan esim. työsuhdetta ei julkisen vallan toimin voida vaatia perustettavaksi kahden yksityisen välille, vaikka perusoikeussäännös turvaisikin kansalaisen oikeuden työhön. Vastaavasti perusoikeus terveyden- ja sairaanhoitoon ei oikeuta yksittäistä kansalaista vaatimaan suorituksia suoraan yksityiseltä lääkäriltä taikka yksityissairaalalta, vaikka esim. julkishallinto näitä palveluja ao. taholta kansalaisia varten hankkisikin ja vaikka toisaalta sairaanhoitotoimen harjoittamista koskevista yleisistä säännöksistä ja heitteillejättöä koskevista rikoslain säännöksistä johtuisikin toisille yksityisille velvollisuuksia auttaa välittömän avun tarpeessa olijaa. Se missä määrin yksityisen terveydenhuollon nivoutuminen osaksi julkisen terveydenhuollon kokonaisuutta voisi lopulta tehdä mahdolliseksi kansalaisten sosiaalisten perusoikeuksien toteuttamisen myös yksityisellä sektorilla kansalaisten välisin sopimuksin, joita julkinen valta tukee ja turvaa, on kuitenkin kysymys, joka koskee enemmän terveydenhuoltojärjestelmän rakennetta kuin kansalaisten perusoikeuksia sinänsä[224].

---

[220] Jyränki 1968, s. 980.

[221] Viljanen VP 1988, s. 273–279. Ks. myös Currie 1990: Yhdysvalloissa edellytetään myös yksityisten välisissä oikeussuhteissa kansalaisoikeuksien kunnioittamista ja loukkaukset saatetaan herkästi tuomioistuinten tutkittavaksi, jolloin usein vedotaan aineellisen lainsäädännön lisäksi myös suoraan perustuslainsäännöksiin.

[222] Hidén 1971, s. 26, vrt. kuitenkin s. 29–30.

[223] Ks. SOU 1978:34, s. 49–52.

[224] Ks. Modeen 1991, s. 732.

2.4.2. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista

Lainsäätäjään kohdistuvaa velvoitetta ylläpitää kansalaisen perusoikeuksia turvaavaa lainsäädäntöä toteuttaa terveyden- ja sairaanhoitopalvelujen käyttäjien osalta laki potilaan asemasta ja oikeuksista (L 785/1992). Se on terveyden- ja sairaanhoitoa koskeva yleislaki, jota on noudatettava, jollei lailla toisin säädetä. Tämä laki on monella tapaa ollut poikkeuksellinen säännös suomalaisen sosiaalilainsäädännön alueella – sen nimenomaisena tarkoituksena on ollut vahvistaa tietyn hallinnonalan palvelujen käyttäjien oikeuksia[225]. Tarkasteltaessa hoitosuhteen oikeudellista sisältöä, on tämä laki keskeinen pyrittäessä arvioimaan hoitosuhteeseen liittyviä potilaan oikeuksia[226].

Potilas määritellään lain 2 §:ssä terveyden- ja sairaanhoitopalvelujen käyttäjäksi tai niiden kohteena olevaksi henkilöksi. Terveyden- ja sairaanhoidolla taas tarkoitetaan lain 2 §:n mukaan *potilaan* terveydentilan määrittämiseksi taikka hänen terveydentilansa palauttamiseksi tai ylläpitämiseksi tehtäviä toimenpiteitä, joita suorittavat terveydenhuollon ammattihenkilöt tai joita suoritetaan terveydenhuollon toimintayksikössä[227]. Lain esitöiden mukaan potilaan määritelmän on tarkoitus kattaa myös tilanteet, joissa potilas omasta tahdostaan riippumatta joutuu terveyden- tai sairaanhoitopalvelujen kohteeksi[228]. ”Sairaanhoitopalvelun” käsitteen ala on tarkoitettu laajaksi: Esimerkiksi ilmoittautuminen poliklinikalla tai kirjoittautuminen sairaalaan olisi riittävä osoitus hoitosuhteen alkami-

---

[225] Lain tarkoituksena on edistää terveydenhuollon ammattihenkilön ja potilaan välisen luottamuksellisen hoitosuhteen ja vuorovaikutuksen syntymistä sekä korostaa terveydenhuollon toimintojen laadullista kehittämistä. Potilaalla tarkoitetaan lain 2 §:n mukaan terveyden- ja sairaanhoitopalvelujen käyttäjiä yleensä. Ks. myös Pahlman et al. 1996, s. 591–603.

[226] Potilaan oikeudet ja hoitohenkilökunnan velvollisuudet eivät toisaalta ole toistensa identtisiä vastinpareja. Erityisesti julkiselle palveluhallinnolle on tyypillistä, että julkisyhteisölle asetetaan palveluvelvoitteita ilman, että kansalaiselle annetaan subjektiivisia oikeuksia etuuksien saamiseen. Näin syntyy epätasapainoisia oikeus-velvollisuus -pareja (ks. jäljempänä kappale 2.4.6.), jossa esimerkiksi tiettyjen oikeuksien täytäntöönpano voi tapahtua ainoastaan epäsuorasti.

[227] Potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 2 § sisältää siis ilmeisen kehämäärittelyn, koska potilas määritellään terveyden- tai sairaanhoitopalvelujen käyttäjäksi. Toisaalta terveyden- ja sairaanhoito määritellään sellaiseksi terveydentilan selvittämiseksi tai palauttamiseksi tehtäväksi toiminnaksi, joka kohdistuu potilaaseen.

Terveydenhuollon toimintayksikkö määritellään niin ikään lain 2 §:ssä. Sillä tarkoitetaan kansanterveyslaissa (L 66/1972) tarkoitettua terveyskeskusta, erikoissairaanhoitolaissa (L 1062/1989) tarkoitettua sairaalaa ja siitä erillään olevaa sairaanhoidon toimintayksikköä [Helsingin yliopistollisesta keskussairaalasta annetussa laissa (L 1064/1989) tarkoitettuja toimintayksiköitä], yksityisestä terveydenhuollosta annetussa laissa (L 152/1990) tarkoitettua terveydenhuollon palveluja tuottavaa yksikköä, valtion mielisairaaloista annetussa laissa (L 1292/1987) tarkoitettuja valtion mielisairaaloita, terveydenhuollon järjestämisestä puolustusvoimissa annetussa laissa (L 322/1987) tarkoitettuja sairaanhoitolaitoksia ja vankeinhoitolaitoksesta annetussa asetuksessa (L 132/1986) tarkoitettua vankimielisairaalaa ja psykiatrista osastoa sekä muita laitossairaaloita, sairasosastoja ja vankiloiden poliklinikoita.

[228] HE 185/1991 vp. (yksityiskohtaiset perustelut 2 §).

sesta[229]. Potilaaksi katsotaan lain esitöiden mukaan myös henkilö, joka hakee todistuksen terveydentilastaan jonkin etuuden hakemiseksi.

Potilaan asemasta ja oikeuksista annettu laki operoi pitkälti terveydenhuollon ammattihenkilön käsitteellä ja sen asettamat velvoitteet kohdistuvat nimenomaan tähän kohderyhmään, joskaan tämän lain säännösten rikkomisesta ei ole säädetty rangaistusta muutoin kuin salassapitovelvoitteen osalta[230]. Terveydenhuollon toimintayksikön velvollisuuksien osalta viitataan säännönmukaisesti terveydenhuollon organisaatioita koskevaan lainsäädäntöön[231], eikä lailla sinänsä ole ollut tarkoitus lisätä julkisyhteisöjen velvollisuuksia järjestää hoitoa[232]. Ajateltaessa potilaan oikeuksia suhteessa terveydenhuollon toimintayksikköön ja siellä työskentelevään terveydenhuollon ammattihenkilöön, on kuitenkin merkittävää, että potilaslain 13 § määrittää hoitosuhteen kannalta sivulliseksi ne terveydenhuollon toimintayksikön henkilöt, jotka eivät välittömästi osallistu potilaan hoitoon tai siihen liittyviin tehtäviin[233]. Onkin siis ajateltavissa, että potilaslain tarkoittamat oikeudet liittyvät nimenomaan sellaiseen hoitosuhteeseen, joka syntyy potilaan ja niiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden välille, jotka konkreettisesti häntä hoitavat[234].

Terveydenhuollon oikeussuojakomitean alkuperäisen ehdotuksen mukaan potilaalla tulisi olla oikeus asianmukaiseen hoitoon[235]. Asianmukaisella hoidolla tarkoitetaan yleisesti hyväksyttyjä lääketieteellisiä menettelytapoja. Lain 2 §:ssä rajataan oikeus hoitoon kuitenkin riippumaan kulloinkin terveydenhuollon käytettävissä olevista voimavaroista, vaikka toisaalta kielletään syrjintä terveyspalvelujen jakamisessa. Hoidon tarpeen arviointi tulee perustaa lääketieteellisesti hyväksyttäviin kriteereihin. Minkäänlaista ohjetta siitä, miten esim. eri potilas-

---

[229] Ks. KM 1982:29, s. 29: Myös mm. potilasvahinkolakia valmistellut terveydenhuollon oikeussuojatoimikunta katsoi, että esimerkiksi poliklinikalle ilmoittautuminen tai sairaalaan kirjoittautuminen ovat implikaatioita hoitosuhteen alkamisesta.

[230] Terveydenhuollon ammattihenkilön potilaslain vastainen toiminta voi toki tulla terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen arvioitavaksi ja johtaa ammatinharjoittamisoikeuksien rajoittamiseen. Toisaalta ”epäasianmukainen” potilaan kohtelu voi olla virkarikos, mikäli potilaan hoidosta vastannut henkilö on julkisyhteisön palveluksessa.

[231] Esim. potilaslaki 3 § 1 mom, 4 § 2 mom.

[232] Ks. HE 185/1991 vp. (5. luku): ”Esityksen kokonaistaloudelliset sekä valtion- ja kunnallistaloudelliset vaikutukset ovat varsin vähäiset, sillä kysymyksessä on lähinnä terveydenhuollon toimintojen laadulliseen kehittämiseen tähtäävä uudistus nykyisten voimavarojen rajoissa”.

[233] Potilaslain esitöissä todetaan nimenomaisesti, että salassapitovelvollisuus on tärkeä edellytys luottamuksellisen hoitosuhteen syntymiselle. Ks. HE 185/1991 vp. (yksityiskohtaiset perustelut 13 §).

[234] Esimerkiksi potilaan tiedonsaantioikeus (PotL 5 §) edellyttää käytännössä, että tiedot antaa sellainen henkilö, joka paitsi tuntee potilaan terveydentilan myös ne seikat, jotka vaikuttavat potilaan kykyyn ymmärtää eri hoitovaihtoehtoja. Olisikin ”epäasianmukaista”, jos terveydenhuollon toimintayksikössä hoitovaihtoehdoista informoiminen olisi eri henkilökunnan tehtävänä kuin varsinainen hoidon toteuttaminen, mikä ei tarkoita sitä, etteikö hoidosta informoiminen voi olla pääosin jonkun yksittäisen hoitoon osallistuvan henkilön (yleensä lääkärin) vastuulla.

[235] KM 1982:65, s. 36–37; HE 185/1991 vp., s. 14.

ryhmien hoitotarve voitaisiin priorisoida, ei kuitenkaan lakiin sisälly, vaan se sallii ”lääketieteellisen erottelun”[236]. Mikäli potilaalle ei voida antaa terveydenhuollon ammattihenkilön tarpeelliseksi katsomaa hoitoa, hänet on lain 4 §:n mukaan ohjattava hoitoon muualle ja taikka selvitettävä hoitoon pääsyn viivästymisen syy[237]. Millaiset käytännön kvalifikaatiot kulloisenkin hoitotarvearvion tekevälle ”terveydenhuollon ammattihenkilölle” asetetaan, ei lakiesityksestä selviä, mutta terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (L 559/1994) 22 §:n mukaan potilaan lääketieteellisestä tutkimuksesta ja hoidosta päättää lääkäri (ja hammaslääketieteellisestä hoidosta hammaslääkäri).

On lopulta epäselvää, missä määrin laki potilaan asemasta ja oikeuksista antaa kansalaiselle oikeuden vaatia joitain nimenomaisia terveydenhuollon palveluja (so. asianmukaista hoitoa), vaikka hänellä päästyään hoidettavaksi onkin nyt oikeus edellyttää saamiltaan palveluilta tiettyä laadullista (”asianmukaista”) tasoa ja hänen käytössään on tiettyjä oikeusturvakeinoja näiden tasovaatimusten toteuttamiseksi[238]. Lailla potilaan oikeuksista on haluttu edesauttaa enemmin laadullisia kuin määrällisiä hoitoon kohdistuvia vaateita, mutta käytännössä on näin luotu järjestelmä, jossa kompetentin terveydenhuollon ammattihenkilön hoitoarvio sitoo hoitopalvelun antajaa: Tällaisen arvion noudattamatta jättäminen rikkoo lain 3 §:n velvoitetta hyvän hoidon antamiseen. Erityistä sanktiota säännöksen rikkomisesta ei kuitenkaan ole määrätty, vaan seuraamukset määräytyvät yleisten virkavirhettä koskevien rikos- ja vahingonkorvausoikeudellisten normien mukaisesti (ml. potilasvahinkolain säännökset).

2.4.3. Potilasvahinkolaki

Potilasvahinkolakia sovelletaan Suomessa annettua hoitoa ja hoidon yhteydessä sattuneiden vahinkojen korvaamista eli käytännössä potilasvahinkolaki koskee potilaslain tarkoittamille *potilaille* hoidon yhteydessä sattuneiden vahinkojen

---

[236] Potilaita hoitava lääkäri voi ammattitaitonsa perusteella arvioida, että jokin rajallisesti saatavissa oleva hoito on hyödyllinen jollekin potilaalle, mutta joku toinen potilas ei siitä merkittävästi hyödy. Esimerkiksi lonkan tekoniveloperaatiota tuskin kannattaa tehdä potilaalle, joka on sairastunut sellaiseen pahanlaatuiseen sairauteen, jossa odotettavissa oleva elinaika on alle vuosi, vaikka kyseinen potilas sairastaisi samanlaista nivelrikkoa, kuin muutkin leikkausta odottavat potilaat ja vaikka hän olisi odottanut leikkausta pitempään, kuin ne potilaat, joille operaatio tehdään.

[237] HE 185/1991 vp., s. 23–24.

[238] Terveydenhuollon oikeussuojakomitea katsoi, ettei potilaalla olisi ehdotonta oikeutta vaatia tiettyä yksittäistä toimenpidettä tai muuta palvelua, vaan potilaalla olisi oikeus terveydentilan vaatimaan ja toisaalta sen rajaamaan hoitoon, jonka toteutuminen riippuisi terveydenhuollon kulloisistakin voimavaroista. Myös Perusoikeuskomitea viittasi terveydenhuollon oikeussuojakomitean ehdotuksen perusteella laadittuun hallituksen esitykseen laiksi potilaan asemasta ja oikeuksista (HE 185/1991 vp.), muttei asettanut ao. lain antamia oikeuksia samaan asemaan esim. kansanterveyslain 16 §:n antaman subjektiivisen hoitoonpääsyoikeuden kanssa (KM 1992.3, s. 341–342).

korvaamista[239]. Kun hoitoyksiköiden suorittamiin vakuutusmaksuihin perustuva hoitovahinkojen korvausjärjestelmä väistämättä lisää hoidon kokonaiskustannuksia[240], pyrkii laki varmistamaan, että sellainen hoito, joka perustaa korvausvastuun, on suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän vaikutusmahdollisuuksien piirissä[241]. Potilasvahinkolaki on monella tavalla keskeinen säännös pyrittäessä arvioimaan hoitosuhteeseen liittyviä hoitohenkilökunnan velvollisuuksia. Erityisesti sen takia, että vuoden 1999 uudistuksen jälkeen (L 879/1998), potilasvahinkolaki edellyttää terveydenhuollon ammattihenkilön toimivan hyvän hoidon standardin mukaan – ts. hoitoon liittyvä vahinko on potilasvakuutuksesta korvattava hoitovahinko, jos kokenut terveydenhuollon ammattihenkilö olisi tutkinut, hoitanut tai muutoin käsitellyt potilasta toisin ja siten todennäköisesti välttänyt vahingon.

Potilasvahinkolain sovellettavuuden pääasiallisina kriteereinä on, että vahinko on tapahtunut joko terveydenhuollon ammattihenkilön toiminnan perusteella taikka terveydenhuollon toimintayksikössä[242]. Potilasvahinkolain suojaaman ”hoitosuhteen” henkilöllinen ulottuvuus on siis suurin piirtein sama, kuin mitä se on laissa potilaan asemasta ja oikeuksista. Vain potilaan asemassa olevalle henkilölle aiheutuneet henkilövahingot tulevat potilasvahinkolain soveltamisalan piiriin[243]. Hallituksen esityksessä potilasvahinkolaiksi potilaalla tarkoitetaan henkilöä, joka käyttää terveyden- ja sairaanhoidon palveluja. Lain tarkoittamien terveyden- ja sairaanhoitopalvelujen on oltava luonteeltaan sellaisia, että ne kohdistu-

---

[239] Ks. Mikkonen ja Hirvensalo 2000, s. 355. Myös veren- ja elintenluovuttajat sekä kliiniseen hoitotutkimukseen osallistuvat vapaaehtoiset koehenkilöt ovat potilasvahinkolain tarkoittamia ”potilaita”.

Alun perin potilasvahinkojen päätyypit ovat hoitovahingot, infektiovahingot sekä tapaturmat. Hoitovahingot pitävät sisällään niin potilaan tutkimuksen kuin varsinaisen lääketieteellisen hoidonkin yhteydessä aiheutuneet vahingot (Palmunen 1987, s. 468). Sittemmin vahinkotyyppeihin on lisätty laiteviat, lääkkeen toimittamisvahingot, tulipalon aiheuttamat vahingot sekä kohtuuttomat vahingot.

[240] Vrt. amerikkalainen ns. ”malpractice crisis”: Yhdysvalloissa on arvioitu, että jopa 15 % terveydenhuollon kokonaiskustannuksista kuluu joko vastuuvakuutusmaksuihin, hoitovirheiden oikeudenkäyntikuluihin taikka vahingonkorvauksiin.

[241] STM 1997:14, s. 13: Ulkomailla toteutettu hoito ei v:n 1998 lainuudistuksen jälkeen voi tulla korvattavaksi suomalaisesta potilasvakuutuksesta – vahingonkorvauslain säännöksiä voidaan kuitenkin soveltaa tällaiseenkin hoitoon. Potilasvahinkovakuutuksen piiriin kuuluvat toisaalta ulkomaiselle henkilöille Suomessa sattuneet hoitovahingot.

[242] Lehtola 1988, s. 14–21. Ks. myös HE 33/1994 vp. (luku 1.3.)

[243] STM 1997:14, liite s. 10. On huomattava, että potilasvahinkolakia voidaan soveltaa myös sikiölle aiheutuneeseen vahinkoon, vaikka potilaana on ollut raskaana oleva nainen (ks. Kaivola ja Lehtonen 2000b, s. 3591–3597 ja PVLtk DNo 921/1996, 29.8.1997 sekä PVLtk DNo 921/1997, 30.10.1998). Sen sijaan esimerkiksi potilaan hoidosta hänen aviopuolisolleen aiheutunutta (so. aviomiehen epäonnistuneen sterilisaation jälkeistä vaimon raskautta) vahinkoa ei pidetä ”potilaan” vahinkona (ks. jäljempänä PVLtk DNo P 995/1994, 12.4.1995). Potilasvahinkolaki ei myöskään korvaa potilaan toiselle potilaalle (so. esim. väkivaltaisen mielenterveyspotilaan) aiheuttamia vahinkoja (ks. PVLtk DNo 1019/1996, 7.5.1997 ja PVLtk DNo 494/1998, 27.11.1998).

vat välittömästi yksittäiseen potilaaseen[244]. Esimerkiksi jonkin alueen koko väestöön kohdistuva ympäristöterveydenhuolto ei ole sellaista potilaaseen kohdistuvaa terveyden- ja sairaanhoitoa, johon potilasvahinkolakia sovellettaisiin. Potilasvahinkolain tarkoittama potilasasema syntyy, kun palvelujen käyttö alkaa. Jo pelkkä ilmoittautuminen sairaalan päivystykseen on riittävä osoitus palvelujen käytön alkamisesta, vaikkei tällöin varsinaista hoitosuhdetta yhteenkään terveydenhuollon ammattihenkilöön vielä ole muodostunut[245]. Jopa yhteydenotto puhelimitse terveydenhuollon yksikköön riittää synnyttämään potilaan aseman ts. pelkkä henkilön ilmi tuoma tarve jollekin terveyden- ja sairaanhoitopalvelujen *tarjoajalle* näiden palvelujen käyttämiseen riittää potilasaseman synnyttämiseen[246]. Yhteydenotto yksittäiseen terveydenhuollon ammattihenkilöön, *joka ei näitä palveluja tarjoa*, ei sen sijaan riitä potilasvahinkolain mukaisen potilasaseman syntymiseen[247], ainakaan jos kyse ei ole sellaisesta kiireellistä apua tarvitsevasta, jota ammattihenkilö on terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain nojalla velvollinen hoitamaan.

Pelkkä terveydenhuoltoyksikön alueella oleilu ei toisaalta perusta potilasasemaa[248]. STM:n potilasvahinkolain uudistamista koskevan muistion mukaan poti-

---

[244] Ks. HE 54/1986 vp., s. 11.

[245] STM 1997:14, liite s. 10. On luonnollista, että vahingonkorvausjärjestelmä kattaa myös sellaiset vahingot, jotka johtuvat siitä, että hoitosuhdetta ei ole syntynyt, vaikka objektiivinen oikeus olisi edellyttänyt sellaisen syntymistä (esim. kiireellisen hoidon tapauksissa).

[246] TEO DNo 1094/475/96, 19.9.1996: Lääkärissä käynnin korvaaminen puhelimitse on tietyissä tilanteissa mahdollista. Tavallisinta se on jatkohoidon määräämisessä tai alkukontaktissa, jossa puhelimitse sovitaan tutkimuksista, joiden valmistuttua sovitaan vastaanottoajasta. Varsinaiset lääkärin tutkimukset ja diagnoosin teko suoritetaan aina vastaanotolla. Kroonisten tautien seurannasta osa voidaan hoitaa puhelimitse. Lääkäri on sairaalassa tai terveysasemalla tai poliklinikalla toimiessaan myös velvollinen vastaanottamaan kiireelliset potilaspuhelut. Tavanomaiset kontrollisoitot on yleensä järjestetty jollekin tietylle päivälle tai ajalle.
Koska puhelinkontakti on käytännöllinen ja joustava tapa hoitaa asioita, lääkärin ei ensisijaisesti tarvitse epäillä soittajan ilmoitusta henkilöllisyydestään ja kertomusta omista sairauksistaan. Tällöinkin lääkärin on tiedostettava potilastietojen salassapitoa koskeva vastuunsa. Epäilyttävissä tapauksissa lääkärin on syytä olla varovainen ja kieltäytyä antamasta tietoja puhelimitse. Hän voi esimerkiksi vastasoitolla varmistaa, että soittaja oli hänen potilaansa. Tiettyjen etuuksien myöntämistä varten annettavia todistuksia kirjoitettaessa tulee lääkärin tarkistaa potilaan henkilöllisyys, ellei tämä ole ennestään tunnettu. Reseptien osalta noudatetaan STM:n antamia lääkkeiden määräämistä koskevia ohjeita (STM 1995:48), jotka rajoittavat lääkkeiden määräämistä puhelimitse.
Vrt. kuitenkin TSL DNo 45/761/96.

[247] STM 1997:14, s. 10–11: Potilasvahinkolautakunnan kannanotto perhetutun lääkärin vierailun yhteydessä antamaan virheelliseen hoito-ohjeeseen. Vrt. ns. ”laupias samarialainen” säännös USA:n oikeudessa, joka rajoittaa ensiapua ilman palkkiota antavan terveydenhuoltohenkilön vastuuta mahdollisesta hoitovirheestä.

[248] Potilaana pidetään toisaalta vain hoidon kohteena nimenomaan olevaa henkilöä. Ks. esim. PVLtk DNo P 995/1994, 12.4.1995:
Tapahtumakuvaus:
Potilaalle oli suoritettu sterilisaatiotoimenpide katkaisemalla siemenjohtimet (vasektomia). Potilaan puoliso on tästä huolimatta tullut raskaaksi. Potilaan siemenneste-ejakulaatin analyysissä on todettu siittiöitä. Siemenjohtimen katkaisun yhteydessä otettujen näytepalojen on patologisessa

laan asema toisaalta menetetään, kun hoito on lopetettu ts. esim. kun potilas on uloskirjoitettu sairaalasta[249]. Tähän johtopäätökseen voidaan kuitenkin hyvän hoidon standardin perusteella suhtautua kriittisesti[250], koska potilaan uloskirjoittaminen ei välttämättä merkitse, että potilas olisi saanut asianmukaisen hoidon. Potilasvahinkolain tarkoituksena on myös kattaa kaikki potilaan hoidon yhteydessä sattuneet vahingot, siitä riippumatta, miten terveydenhuolto paikallisesti on järjestetty[251]. Näin esimerkiksi sosiaalihuollon laitoksissa (esim. vanhainkodeissa, kehitysvammaisten hoitolaitoksissa taikka päihdehuoltolaitoksissa) annettu terveyden- ja sairaanhoito kuuluu potilasvahinkolain piiriin[252]. Sellainen hoiva ja huolenpito, joka ei sisällä selkeitä terveyden- tai sairaanhoidon toimenpiteitä, jää kuitenkin potilasvahinkolain soveltamisalan ulkopuolelle[253]:

PVLtk DNo 710/1997, 3.4.1998: *Hoito dementiakodissa.*

Potilaalla oli esiintynyt dementia-oireita jo usean vuoden ajan, joiden taustalla oli todettu olevan multi-infarkti-syndrooman. Häntä oli hoidettu intervallihoitojaksoilla vanhainkodissa ja välillä vaimonsa luona kotona. Dementiakodissa ollessaan potilas oli lähtenyt omasta huoneestaan, mennyt keittiöön ja nauttinut tiskipöydällä olleesta pesuainepullosta astianpesuainetta, minkä johdosta hoitaja on ottanut yhteyttä myrkytyskeskukseen hoito-ohjeiden saamiseksi. Aineen on oletettu olevan Fairy-pesuainetta. Myöhemmin oli selvinnyt, ettei täyttöpullossa ollut aine ollutkaan Fairya, vaan Deosan-pesuainetta, joka on luokiteltu ärsyttäväksi, muttei syövyttäväksi (pH 10,8). Potilas oli myrkytyskeskuksen ohjeiden mukaisesti toimitettu yliopistollisen sairaalan ensiapuun kuumeilun, yskimisen ja yleistilan huonontumisen vuoksi. Otetussa thoraxkuvassa on todettu molemminpuoliseen keuhkokuumeeseen sopiva löydös. Suonensisäisellä antibioottilääkityksellä keuhkojen auskultaatiolöydös on siistiytynyt, joten hoidossa oli voitu siirtyä suun otettavaan antibioottilääki-

---

tutkimuksessa todettu olevan siemenjohdinta. Tämän vuoksi on pidetty mahdollisena, että toimenpide on suoritettu epähuomiossa kaksi kertaa samaan siemenjohtimeen tai että potilaalla on anatomisena poikkeavuutena kaksiosainen siemenjohdin.

Potilasvakuutusyhdistys pyysi Potilasvahinkolautakunnan lausuntoa siitä, voidaanko potilaan puolison raskautta pitää sellaisena potilasvahingon seurauksena, josta voidaan maksaa korvaus.

Potilasvahinkolautakunnan ratkaisun pääpiirteet:

Asiassa saadun selvityksen mukaan potilaan puoliso on potilaalle suoritetun vaillinaisen siemenjohdinten katkaisun seurauksena tullut raskaaksi. Potilaan puoliso ei kuitenkaan ole ollut asianomaisessa hoitolaitoksessa potilaana. Hänelle aiheutunut seuraamus ei siten ole syntynyt terveyden- ja sairaanhoidon yhteydessä potilasvahinkolain tarkoittamalla tavalla.

[249] STM 1997:14, liite s. 10.

[250] Vrt. esim. KKO 1998:79, 25.6.1998 T 2142.

[251] Esimerkiksi sosiaalityön osana annettu kotisairaanhoito ja sairaankuljetus kuuluvat lain esitöiden mukaan potilasvahinkolain soveltamisalan piiriin, STM 1997:14, s. 14.

[252] Usein tällainen hoito perustuu terveydenhuollon ammattihenkilön antamiin (kirjallisiin) ohjeisiin ja on satunnaista, kuka ohjeita toteuttaa. Potilaan kannalta on jossain määrin kohtuutonta, että esimerkiksi palvelutalossa kotisairaanhoitajan toimesta tapahtunut virheellinen lääkkeiden annostelu on potilasvahinko, mutta kotiavustajan toimesta tapahtunut samanlainen virhe tulisi korvattavaksi vahingonkorvauslain mukaisesti.

[253] Kaivola ja Lehtonen 2000a, s. 3141–3144.

tykseen. Tämän jälkeen potilas oli kotiutettu, mutta dementiakodissa hänen kävelynsä oli alkanut käydä huonommaksi ja hän oli alkanut kaatuilla väsyessään. Antibioottikuureista huolimatta potilaan yleistila heikentyi ja hän lopulta menehtyi sairaalan vuodeosastolla.

Lautakunta totesi, että vanhainkodissa tai muussa vastaavassa hoitolaitoksessa annettavassa hoidossa on yleisesti ottaen kysymys vanhusten perushoidosta, joka on rinnastettavissa apua tarvitsevalle vanhukselle kotona annettavaan hoitoon. Asiakirjoista käytettävissä olevan selvityksen mukaan dementiakoti on kodinomainen yhteisö, jossa tehdään paikan päällä kaikki kodin työt ja jossa asukkaat ottavat vointinsa mukaan osaa talon töihin. Sanotun perusteella ja ottaen huomioon potilasvahinkolakia koskevassa hallituksen esityksessä lain soveltamisalasta lausutun lautakunta katsoo, että vanhuksen perushoito ja siihen liittyvä seuranta ja valvonta hoitokodissa ei ole potilasvahinkolaissa tarkoitettua terveyden- tai sairaanhoitoa.

Kyseisessä tapauksessa oleskelu tiettyyn tautiin sairastuneiden (so. Alzheimerin tautiin) hoitokodissa oli potilaan normaali asumismuoto, ja kun asumiseen liittyvä onnettomuus ei suoranaisesti liittynyt potilaan hoitoon, sen katsottiin jäävän potilasvahinkolain korvausjärjestelmän ulkopuolelle. Ratkaisuun voidaan kuitenkin suhtautua kriittisesti sikäli, että nimenomaan dementoituneiden potilaiden asianmukainen hoito on pitkälti hyvää perushoitoa, eli potilaan jokapäiväisistä tarpeista huolehtimista. Tällä pyritään ylläpitämään potilaan toimintakykyä (so. terveydentilaa), johon kuuluu esim. kyky omatoimiseen liikkumiseen (valvottuna) sekä ateriointiin. Potilaan jättäminen ilman valvontaa tai toiminnoissa avustamisen laiminlyönti johtaa toimintakyvyn heikkenemiseen, jolloin voidaan perustellusti katsoa jatkuvan valvonnan ja avustamisen olevan kiinteä osa potilaan lääketieteellistä hoitoa erityisesti, koska tautiin spesifisesti vaikuttavat hoidot puuttuvat. Tapauksen PVLtk 710/1997 potilas oli myös sijoitettu hoitolaitokseen, joka oli nimenomaisesti erikoistunut dementoituneiden potilaiden hoitamiseen ja jonka taloudellinen kannattavuus perustui siihen, että laitoksessa annetusta hyvästä hoidosta oltiin valmiita maksamaan. Olisikin siis hyvin ajateltavissa, että hoitolaitoksessa olevien dementiapotilaiden jatkuva valvonta ja avustaminen olisi sellaista terveyden- ja sairaanhoitoa, johon kuuluisivat normaalit hoitosuhteeseen liittyvät oikeudet, ml. oikeus vahingonkorvaukseen asianmukaisen hoidon laiminlyömisestä. Potilasvahinkolautakunnan käytännössä kuitenkin tällaisissa yksiköissä annettu ”*hoiva*” on jätetty terveyden- ja sairaanhoidon käsitteen ulkopuolelle[254].

Potilasvahinkolain tarkoittamalla terveyden- tai sairaanhoidolla ymmärretään vain ns. koululääketieteeseen perustuvaa ja sitä soveltavaa toimintaa. Täydentävät hoitomuodot voivat kuulua potilasvahinkovakuutuksen piiriin ainoastaan, jos niitä harjoittavat terveydenhuollon ammattihenkilöt. Vahingonkorvausvastuun

[254] Vrt. kuitenkin STM 1997:14, liitteessä (s. 6–7) esitetty tapaus: Polioinvalidien virkistysleiri oli terveyden- ja sairaanhoitoa ja siellä tapahtunut kaatumistapaturma liittyi potilaan hoitoon.

synnyttävä terveyden- tai sairaanhoidon toiminta voi muodoltaan taas olla hoitoa, tutkimusta tai muuta vastaavaa käsittelyä[255]. Potilasvahinkolaki ei siis pyri tarkkaan määrittämään sitä, millainen toiminta (”muu vastaava käsittely”) on terveyden- tai sairaanhoitoa, vaan tämä jää ratkaistavaksi kussakin yksittäistapauksessa erikseen[256]. Keskeisenä kriteerinä kuitenkin on, että toiminta on terveydenhuollon ammattihenkilöiden harjoittamaa – tällä määrittelyllä pyritään varmistamaan että vakuuttamisvelvollisen henkilöpiirin ja vakuutuksenalaisen toiminnan yhdenmukaisuus, vaikkei toiminnan tarkempaan sisältöön tarvitsekaan ottaa kantaa.

Kaikki terveydenhuollon ammattihenkilöiden antama hoitokaan ei kuitenkaan kuulu potilasvahinkolain soveltamisalan piiriin, vaan hoidolta edellytetään selkeää terveydenhoidollista tavoitetta[257]:

PVLtk DNo 823/1998, 16.4.1999: *Hoito terveyskylpylässä.*

Potilas oli sotaveteraanien virkistyshoitojaksolla terveyskylpylässä. Hoitojaksoon sisältyi mm. hierontaa ja yrttikylpyjä. Kysymyksessä ei ollut rintamaveteraanikuntoutuksesta annetun lain mukainen kuntoutushoito. Ollessaan virkistyshoitojakson ohjelmaan kuuluvassa yrttikylvyssä potilas nostettiin kylvyn päätteeksi kainaloiden alta istumaan ammeen reunalle. Välittömästi ammeesta ylösauttamisen jälkeen häntä huimasi ja kävely tuntui epävarmalta. Jonkin ajan kuluttua hänellä ilmeni vasemmanpuoleista neuralgistyyppistä kipua vasemmalla rintakehällä, hyperestesiaa (liikaherkkätuntoisuutta) sekä ihon tuntopuutosta vartalon vasemmalla puolella. Kipu- ja tuntopuutosoireiden takia potilas kävi terveyskeskuksessa. Tuolloin hänen alaraajarefleksinsä eivät tulleet esille ja hänellä todettiin tunnottomuutta vatsan alueella ja vasemmassa alaraajassa. Kontrollikäynnillä tilanteessa ei todettu muutosta, ja potilas sai lähetteen neurologille. Potilalle tehtiin rinta- ja lannerangan alueen MRI-tutkimus. MRI- kuvien perusteella hänellä todettiin syrinx-ontelo selkäytimessä vasemmalla puolella Th2-tasolla. Löydöksen katsottiin selittävän potilaan kipu- ja tuntopuutosoireet.

Potilasvahinkolain 1 §:n 1 momentin mukaan Suomessa annetun terveyden- ja sairaanhoidon yhteydessä potilaalle aiheutuneesta henkilövahingosta suoritetaan korvausta potilasvahinkolain mukaan. Terveyden- ja sairaanhoidon käsitettä ei määritellä potilasvahinkolaissa. Potilasvahinkolakia koskevan hallituksen esityksen (HE 54/1986 vp.) mukaan terveyden- ja sairaanhoidolla tarkoitetaan toimintaa, jota harjoittavat terveydenhuollon ammattihenkilöt tai

---

[255] Muu vastaava käsittely voi olla esim. rokottamista, sterilisaatiota taikka ns. esteettisen kirurgian toimenpiteitä. STM 1997:14, s. 16.

[256] Myös potilasvakuutukseen liittyy selkeä sosiaalipoliittinen aspekti. Tätä kuvaa mm. potilasvahinkolain 2 §:n 7 kohdan säännös, jonka mukaan korvausta voidaan suorittaa henkilövahingosta, joka on aiheutunut tutkimuksesta, hoidosta tai muusta vastaavasta käsittelystä edellyttäen, että siitä on seurannut pysyvä vaikea sairaus tai vamma taikka kuolema ja seurausta voidaan pitää kohtuuttomana ottaen huomioon vahingon vakavuus, käsiteltävänä olleen sairauden tai vamman laatu ja vaikeusaste, potilaan muu terveydentila, vahingon harvinaisuus sekä vahingonvaaran suuruus yksittäistapauksessa.

[257] Kaivola ja Lehtonen 2000a, s. 3141–3144.

jota harjoitetaan terveydenhuollon laitoksissa. Terveydenhuollon ammattihenkilöitä ovat henkilöt, jotka harjoittavat toimintaansa lakiin perustuvan oikeuden nojalla (laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä, L 559/1994). Potilasvahinkolain säätämisen jälkeen terveyden- ja sairaanhoidon käsite on määritelty potilaan asemaa ja oikeuksia koskevan lain 2 §:ssä. Lain perusteluissa todetaan, että määrittely vastaa sitä, mitä potilasvahinkolaissa tarkoitetaan terveyden- ja sairaanhoidolla. Sanotun määritelmän mukaan terveyden- ja sairaanhoidolla tarkoitetaan potilaan terveydentilan määrittämiseksi tai ylläpitämiseksi tehtäviä toimenpiteitä, joita suorittavat terveydenhuollon ammattihenkilöt tai joita suoritetaan terveydenhuollon toimintayksiköissä.

Lautakunta katsoi, ettei potilasvahinkolakia sovellettaessa kuitenkaan kaikki toiminta, jota terveydenhuollon ammattihenkilöt harjoittavat tai jota harjoitetaan terveydenhuollon toimintayksiköissä, ole tavoitteidensa tai laatunsa puolesta potilasvahinkolaissa tarkoitettua terveyden- ja sairaanhoitoa. Lautakunta totesi, että potilas oli ollut virkistyshoitojaksolla terveyskylpylässä, jossa työskenteli terveydenhuollon ammattihenkilöitä ja että hänet ammeesta ylösauttanut henkilö oli ollut terveydenhuollon ammattihenkilö. Kysymyksessä oli ollut lääninhallituksen luvalla toimiva yksityinen hoitolaitos, jonka tarjoamiin palveluihin kuului myös potilasvahinkolain soveltamisalan mukaisia terveydenhoitopalveluita. Lautakunnan käsityksen mukaan potilaan virkistyshoitojaksolla saama hoito oli kuitenkin ollut tavoitteidensa ja sisältönsä puolesta muuta kuin terveydenhoitoa, eivätkä virkistyshoitojaksoon kuuluvat toimenpiteet olleet tarpeen sairauden hoitamiseksi tai terveydentilan parantamiseksi. Kysymyksessä oli ollut virkistyshoitojakso, johon tapaturman kohteeksi joutunut henkilö oli osallistunut terveyskylpylän asiakkaana, ei potilaan asemassa. Näin ollen potilasvahinkolakia ei sovellettu hänen terveyskylpylässä saamaan hoitoon.

Ratkaisuun voidaan kuitenkin jälleen suhtautua kriittisesti erityisesti siksi, että varsinkin kuntoutushoidoissa potilaan somaattiseen hoitoon yhdistyy useasti myös psyykkinen virkistäytymiskomponentti, jonka tarkoituksena on ylläpitää ja edesauttaa potilaan motivaatiota omasta terveydestään huolehtimiseen. Potilasvahinkolaki koskee myös nimenomaisesti sellaisiakin vahinkoja, jotka liittyvät terveydentilan ylläpitämiseksi annettuihin hoitoihin[258].

Kaiken kaikkiaan potilasvahinkolain soveltamisalaan kuuluvan terveyden- ja sairaanhoitotoiminnan keskeiseksi kriteeriksi nousee terveydenhuollon ammattihenkilön käsite, joita koskee erityinen laki (L 559/1994) ja asetus (A 564/1994).

2.4.4. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä

Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annettu laki määrittää tyhjentävästi ne ammattiryhmät, jotka luetaan terveydenhuollon ammattihenkilöiksi[259]. Se jakaa

---

[258] Nyttemmin myös puhtaasti esteettiseen kirurgiaan liittyvät vahingot on otettu potilasvahinkolain soveltamisalan piiriin. Ks. HE 91/1998 vp. (luku 1.1.).

[259] Laillistettuja ammattihenkilöitä ovat lääkärit, hammaslääkärit, proviisorit, psykologit, puhete-

terveydenhuoltohenkilöstön kolmeen erilliseen ryhmään: laillistettuihin, luvan saaneisiin ja nimikesuojattuihin ammattihenkilöihin[260]. Muut kuin laillistetut ammattihenkilöt eivät saa suorittaa kyseiseen ammattiin kuuluvia tehtäviä, eivätkä käyttää kyseistä ammattinimikettä[261]. Tämä ei kuitenkaan estä, jollei laissa toisin säädetä, laillistettua tai nimikesuojattua ammattihenkilöä koulutuksensa, kokemuksensa ja ammattitaitonsa mukaisesti suorittamasta toisen laillistetun tai nimikesuojatun ammattihenkilön ammattiin kuuluvia tehtäviä tarvittaessa silloin, kun se olisi perusteltua työjärjestelyjen ja terveyspalvelujen tuottamisen kannalta[262]. Nimikesuojattuna ammattihenkilönä toimiminen merkitsee sitä, että ainoastaan tällainen ammattihenkilö saisi käyttää asetuksella säädettyä terveydenhuollon ammattihenkilön ammattinimikettä.

Terveydenhuollon ammattihenkilöön sovelletaan paitsi lakia terveydenhuollon ammattihenkilöistä, myös muuta terveydenhuollon erityislainsäädäntöä, esimerkiksi potilasvahinkolakia sekä potilaan asemasta ja oikeuksista annettua lakia. Ammattihenkilöistä annetussa laissa on kuitenkin määritelty eräitä hoitosuhteeseen liittyviä erityisvelvoitteita: Terveydenhuollon ammattihenkilön on lain 15 §:n mukaan sovellettava ammattitoiminnassaan yleisesti hyväksyttyjä ja kokemusperäisiä perusteltuja menettelytapoja koulutuksensa mukaisesti, jota hänen olisi pyrittävä jatkuvasti täydentämään[263]. Hoitotoimissaan terveydenhuol-

---

rapeutit, ravitsemusterapeutit, farmaseutit, sairaanhoitajat, kätilöt, terveydenhoitajat, fysioterapeutit eli lääkintävoimistelijat, laboratoriohoitajat, röntgenhoitajat, hammashuoltajat, toimintaterapeutit, optikot ja hammasteknikot. Ammatinharjoittamisoikeuden myöntämisen eli laillistamisen suorittaa terveydenhuollon oikeusturvakeskus. Asetuksella säädettäviä terveydenhuollon ammattihenkilön ammattinimikkeitä ovat apuneuvoteknikko, perushoitaja, lastenhoitaja, hammashoitaja, mielenterveyshoitaja, kuntohoitaja, jalkojenhoitaja, lääkintävahtimestari-sairaankuljettaja, koulutettu kiropraktikko ja koulutettu hieroja.

[260] Vaikka ”erioikeuksien” myöntäminen kuulostaa vanhanaikaiselle, on terveydenhuollossa piirteitä, jotka muistuttavat entisiä säätyerioikeuksia ja ammattikuntalaitosta. Esimerkiksi pelkän akateemisen loppututkinnon suorittamista ei suomalaisessa lainsäädännössä katsota riittäväksi, vaan lääkäreiltä vaaditaan erillinen ”laillistus”. Apteekin perustaminen taas vaatii erityisten apteekkioikeuksien myöntämistä. Useimmissa länsimaissa tämäntapaisista käytännöistä on luovuttu ja valvonta on jätetty markkinamekanismille eli esimerkiksi henkilö, joka väittää itseään valheellisesti lääkäriksi, syyllistyy vilpilliseen mainontaan ja vastaa aiheuttamistaan vahingoista ilman erillistä viranomaiskontrollikoneistoa. On huomattava, että suomalainenkaan kontrollikoneisto, joka valvoo terveydenhuollon ammattihenkilöitä, ei millään tavoin rajoita vaihtoehtoisten hoitomuotojen tarjoamista yleisölle ja varsinaista puoskarointia.

[261] HE 33/1994 vp. (yksityiskohtaiset perustelut 2 §).

[262] Ks. myös sairaanhoitotoimen rekisteröintitoimikunnan mietintö (KM 1988:24): Toimikunta esitti yleisiä periaatteita valvonnan ja rekisteröinnin piiriin ottamiselle. Nämä periaatteet olivat: 1) ammatissa toimimiseen liittyy *välitön hoitosuhde potilaaseen*, 2) ammatinharjoittamisessa tapahtunut virhe voi aiheuttaa potilaalle terveydellistä haittaa tai vahinkoa, 3) kyseiseen ammattiin tulee voida saada koulutus Suomessa opetusviranomaisten vahvistamien opetusohjelmien mukaan ja 4) ammattia voi harjoittaa itsenäisenä ammatinharjoittajana.

[263] Lain 18 §:n mukaan terveydenhuollon ammattihenkilö on velvollinen ylläpitämään ja kehittämään ammattitoiminnan edellyttämää ammattitaitoa.

lon ammattihenkilön tulee tasapuolisesti ottaa huomioon niistä hoidettavalle koituva hyöty ja niiden mahdolliset haitat ja hän on velvollinen antamaan kiireellisen avun tarpeessa olevalle hoitoa riippumatta potilaan rodusta, uskonnosta, poliittisesta mielipiteestä, yhteiskunnallisesta asemasta tai muuhun potilaan henkilöön liittyvästä seikasta[264]. Terveydenhuollon ammattihenkilö on myös erityisesti velvollinen ottamaan huomioon, mitä potilaan oikeuksista säädetään mm. potilaslaissa.

Ammatinharjoittamista koskevassa lainsäädännössä ei kuitenkaan ole tarkemmin määritelty, mikä terveydenhuollon ammattihenkilöiden harjoittama toiminta on terveyden- ja sairaanhoitoa ja mikä näiden henkilöiden muuta toimintaa[265]. Tämä lainsäädäntö ei myöskään tarkemmin määrittele tehtäviä, joita ammatinharjoittajat voivat suorittaa, lukuun ottamatta lääkärin ja hammaslääkärin erityisiä oikeuksia ja velvollisuuksia[266]. Tehtävät määräytyvät pääosin koulutuksen perusteella ja muuttuvat terveydenhuollon kehittyessä ja opetuksen sisällön muuttuessa. Pääsääntöisesti kukin saa tehdä sitä, mihin on saanut potilasturvallisuuden kannalta riittävänä pidetyn koulutuksen[267].

2.4.5. Terveydenhuolto-organisaatiota koskevat säännökset

2.4.5.1. Julkinen terveydenhuolto

Kansanterveyslain (L 66/1972) 1 § määrittelee kansanterveystyön yksilöön ja hänen elinympäristöönsä kohdistuvaksi terveydenhoidoksi, yksilön sairaanhoidoksi sekä niihin liittyväksi toiminnaksi, joiden tarkoituksena on väestön terveydentilan ylläpitäminen ja edistäminen[268]. Kansanterveystyö on siis käsitteenä laajempi kuin terveyden- ja sairaanhoito, koska siihen kuuluu yksilöön kohdistu-

---

[264] HE 33/1994 vp. (yksityiskohtaiset perustelut 15 §).

[265] Terveydenhuollon ammattihenkilö voi vapaa-aikanaan toimia esimerkiksi juniori-ikäisten jalkapallojoukkueen huoltajana. Rajanveto siihen, mikä on vapaa-ajanharrastusta ja mikä ammattitoimintaa lienee veteen piirretty viiva.

[266] Ks. jäljempänä luku 2.7.4.

[267] Marttila 2000a, s. 2557.

[268] Jukka Kultalahti (Kultalahti 1979, s. 121–122) jaottelee kansalaisten terveyden turvaamiseksi tarkoitetun lainsäädännön viiteen pääryhmään:

- terveyspalvelujen tiedollisten tuotantoresurssien turvaaminen (so. lähinnä terveydenhuoltohenkilöstön koulutuksen järjestely).
- terveyspalvelujen taloudellisten tuotantoresurssien turvaaminen (so. terveydenhuollon yleishallinto).
- terveyspalvelujen laadunvalvonta ja hintasääntely
- terveyttä koskeva valistus- ja tiedotustoiminta.
- sairauksien ehkäiseminen.

Näistä kohta 2 lienee ko. perusoikeuden faktisen toteutumisen kannalta keskeisin. Jos yhteiskunnalla on riittävät taloudelliset resurssit käytettävissään, muutkin ongelmat ratkeavat. Terveyspalvelujen taloudellisia tuotantoresursseja koskevana yleislakina kansanterveyslaki (L 66/1972) on keskeisessä asemassa.

van hoidon lisäksi sekä väestöön kokonaisuutena että elinympäristöön kohdistuvaa toimintaa (esimerkiksi terveyskasvatus). Kansanterveystyön yleinen ohjaus ja valvonta kuuluu sosiaali- ja terveysministeriölle, mutta työn käytännön toteuttaminen kuuluu kunnille ja kuntayhtymille, jotka ovat velvollisia huolehtimaan *asukkaittensa* terveyden- ja sairaanhoidosta. Valtio tukee kuntia suorittamalla osan toiminnan aiheuttamista kustannuksista. Kansanterveystyön toiminnallinen sisältö on määritelty lain 14 §:ssä, jossa selvitetään, että kunnan velvollisuuksiin kansanterveystyön järjestämisessä kuluu[269]:

- terveysneuvonta (valistus, ehkäisyneuvonta, terveyskasvatus)
- sairaanhoito (lääkärin hoito, kuntoutus, ensiapu)
- sairaankuljetus mukaan lukien asianmukaisten kulkuneuvojen hankinta
- hammashuolto
- kouluterveydenhuolto
- opiskelijaterveydenhuolto
- työterveyshuolto (varsinkin kunnan omat työntekijät)
- joukkotarkastukset ja sairauksien seulonta
- oikeuslääketieteellinen virka-apu poliisille
- merimiesterveydenhuolto (14a §)

Kaiken kaikkiaan voi sanoa, että palvelutuotannon laajuuden suhteen kansanterveyslain pitäisi pystyä turvaamaan PerL:n 19 § 2 momentin takaaman perusoikeuden toteutuminen hyvin ja kansainvälisesti katsoen mallikkaalla tavalla[270], kun otetaan huomioon, että vastaavaa järjestelmää on olemassa myös sairaalahoidon järjestämiseksi. Kunnan tilalla on vain useimmissa tapauksissa sairaanhoitopiirin kuntainliitto (erikoissairaanhoitolaki, L 1062/1989). Em. organisaatioiden lisäksi on olemassa muita terveyden- ja sairaanhoidon järjestelmiä, joissa hoidon saatavuus ei ole suoranaisesti sidoksissa asumiseen tietyssä kunnassa, vaan johonkin muuhun potilaan ominaisuuteen.

On kuitenkin huomattava, että kunnan järjestämisvelvollisuuteen kuuluva laaja palveluspektri ei takaa sitä, että kaikki palveluja tarvitsevat niitä saisivat vaan päinvastoin se voi johtaa palvelutuotannon ”ohuuteen” (ts. *kaikille vähän, muttei kenellekään riittävästi*), varsinkin kun kansanterveyslaista puuttuvat täysin kansalaisen omissa käsissä olevat oikeusturvakeinot sen tilanteen varalta, että kunta ei kansalaisen mielestä täytä lain vaatimuksia (sen sijaan lääninhallitus voi asettaa uhkasakon, mikäli valtion orgaanien mielestä kunta ei täytä lain asettamia velvollisuuksia)[271]. Kunnat ovat voimavarojensa suhteen varsin erilaisessa ase-

[269] Ojala et al. 1976, s. 122–137.
[270] Kultalahti 1986, s. 3.
[271] AOA DNo 899/4/97, 5.11.1999: *Hampaiden oikomishoito ja yhdenvertaisuus*.
Vanhemmat arvostelivat lastensa hampaiden oikomishoidon järjestämistä M:n seudun kansanterveystyön kuntayhtymän hammashoitolassa. Heitä ei ollut heidän kertomansa mukaan neuvottu riittävästi ja asianmukaisesti terveyskeskuksessa. Kuntayhtymä oli ohjannut vanhempia käyttä-

massa: isot kunnat voivat järjestää itse asukkailleen esim. erikoislääkäripalvelut, kun taas pienille kunnille se on hyvin vaikeaa ja onnistuu vain kuntien välisellä yhteistoiminnalla, jos silläkään, taikka määrittämällä jotkin palvelut potilaan

---

mään ainoastaan yhden nimeltä mainitun oikomishoidon erikoishammaslääkärin palveluja, eikä kuntayhtymä ollut näin ollen tarjonnut vaihtoehtoja hoitopaikan ja hoitavan erikoishammaslääkärin valinnassa. Vanhemmat katsoivat tulleensa kohdelluiksi epäoikeudenmukaisesti, koska he olivat joutuneet itse kustantamaan sellaisia hoitoja, jotka joissakin kunnissa olisivat olleet maksuttomia. Hampaiston oikomishoidon korvaamisesta kuntayhtymässä annetut kuntayhtymän ohjeet olivat vanhempien mukaan lainvastaisia. Hampaiden oikomishoitoa koskevat ohjeet M:n seudun kansanterveystyön kuntayhtymän yhtymähallitus oli hyväksynyt vuonna 1996 hampaiden oikomishoidon suunnitelman. Sen mukaan purentavirheiden vaikeusastetta ja hoidon tarvetta kuvattiin pistein 2–10. Lisäksi suunnitelmassa määriteltiin, mitkä hoidot tehtiin terveyskeskuksen hammaslääkäreiden toimesta ja mitkä olivat vaikeusasteeltaan sellaisia, että ne vaativat erikoishammaslääkäritasoista hoitoa. Vaativa oikomishoito hankittiin tarvittaessa erikoishammaslääkäriltä maksusitoumuksella ostopalveluna. Ulkopuolisilta ostettavasta 10 pisteen hoidon tarpeeseen perustuvasta oikomishoidosta aiheutuneet kustannukset korvattiin 100 prosenttisesti, mutta melkein yhtä vaikeasta yhdeksän pisteen hoidon tarpeen kustannuksista vain 20 prosenttia. Ohje merkitsi sitä, että yhdeksän pisteen oikomishoidon tarpeessa olevilla potilailla oli 80 prosentin suuruinen oikomishoidon kustannusten omavastuuosuus. Huoltajille tarkoitetussa tiedotteessa kuntayhtymä totesi voineensa tarjota viime vuosina oikomishoitoa potilaille, jotka olivat saaneet arvioinnissa pistemäärän 7 tai enemmän.

AOA totesi oikomishoitoa koskevista kuntayhtymän ohjeista ja käytännöstä kannanottonaan seuraavan. Kuntayhtymä sulki tosiasiassa järjestämisvastuunsa ulkopuolelle erikoishammaslääkäritasoisen oikomishoidon (lukuun ottamatta kaikkein vaativinta oikomishoitoa) ja jätti sen pelkästään yksityissektorin hoidettavaksi. Niissä tapauksissa, joissa terveyskeskushammaslääkärin osaaminen ei riittänyt potilaan hoitamiseen tai kun kysymyksessä ei ollut kaikkein korkeimpaan hoidontarveluokkaan kuuluva potilas, terveyskeskus vetäytyi hoitovastuusta. Tällä tavoin kuntayhtymä ei AOA:n käsityksen mukaan voinut menetellä. AOA totesi, että hampaiden tutkimuksen ja hoidon täsmällistä sisältöä ja laajuutta ei ole säädetty laissa. Siitä, millaista ja millä tavoin hampaiston oikomishoitoa kunnassa toteutetaan, kunta voi siis tietyissä rajoissa itse päättää. Hankkimiensa sosiaali- ja terveysministeriön sekä sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen (STAKES:in) asiantuntijalausuntojen perusteella AOA totesi, että terveydellisin perustein suoritettava hampaiston oikomishoito on osa suun perusterveydenhuoltoa tai erikoissairaanhoitoa. Hänen käsityksensä mukaan alle 19-vuotiaiden hampaiden oikomishoidossa on kysymys kunnan järjestämisvastuuseen kuuluvasta lakisääteisestä tehtävästä. Palveluiden saatavuuden perusteena tulee olla potilaan terveydentilan edellyttämä, lääketieteellisesti perusteltu hoidon tarve eikä terveyskeskuslääkärin osaaminen. AOA totesi myös, että ne tutkimukset ja hoidot, joita ei voida toteuttaa kuntayhtymän omassa terveyskeskuksessa, tulee järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annetussa laissa edellytetyllä tavalla esimerkiksi ostamalla ne yksityiseltä palvelujentuottajalta. AOA totesi käsityksenään, että koska alle 19-vuotiaiden kansanterveyslaissa tarkoitettu hammashuolto on sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain mukaan maksutonta ja koska kyse oli lapsen terveydentilan edellyttämästä, lääketieteellisesti perustellusta hoidosta, omavastuuosuus oli tältä osin lakiin perustumaton. Hän antoi kuntayhtymän yhtymähallitukselle huomautuksen kuntayhtymän ohjeita koskevasta lainvastaisesta ja virheellisestä menettelystä. Oikomishoitoa tarvitsevat potilaat ohjattiin terveyskeskuksen toimesta käyttämään ainoastaan yhden oikomishoidon erikoishammaslääkärin yksityisvastaanotollaan antamia palveluita. Tämä sama lääkäri oli määritellyt terveyskeskuksen konsulttina lasten hampaiden purentavirheiden vaikeusasteet. AOA katsoi tällaisen järjestelyn vaarantaneen luottamuksen terveyskeskuksen käyttämän konsultin puolueettomuuteen eikä hänen mielestään yksityiseen hoitoon ohjaamisessa ollut toimittu tasapuolisesti. Hän antoi huomautuksen johtavalle lääkärille ja vastaavalle hammaslääkärille virheellisestä menettelystä.

itsensä kustannettaviksi[272]. Vastaavasti esim. usean ”kalliin” potilaan osuminen samana budjettivuonna pieneen kuntaan voi johtaa terveydenhoidon määrärahojen loppumiseen ja palvelujen supistamiseen muilta potilailta. Oman ongelmansa muodostaa myös se, että oikeus palvelun saamiseen liittyy pysyvään asumiseen ao. kunnan alueella: On olemassa tapauksia, joissa kunta kieltäytyy katsomasta asukkaakseen henkilöä, jonka tiedetään olevan pitkäaikaissairaanhoidon tarpeessa, kun ao. henkilön omaiset haluaisivat siirtää hänet hoitopaikasta toiseen esim. lähemmäs omaisten asuinpaikkaa[273]. Kunnalla ei toisaalta ole mitään velvollisuutta järjestää asukkaalleen hoitopaikkaa oman kunnan alueelta.

Kansanterveyslain mukaista perushoitojärjestelmää täydentävät eräille erityisryhmille luodut palvelujärjestelmät. Asevelvollisten, vankien, kehitysvammaisten ja mielenterveyspotilaiden hoitojärjestelyjä koskee (osin) oma lainsäädäntönsä (jolloin *lex specialis derogat lex generalis*) (laki terveydenhuollon järjestämisestä puolustusvoimissa, L 322/1987; vankeinhoitoasetus, L 878/1995; mielenterveyslaki, L 1116/1990; kehitysvammalaki, L 519/1977). Kysymys oikeuden faktisesta toteutumisesta riippuu jälleen ao. järjestelmän käytössä olevista voimavaroista.

Puolustusvoimissa palvelevien terveyden- ja sairaanhoitoa koskee laki terveydenhuollon järjestämisestä puolustusvoimissa, jonka 3 §:n mukaan varusmiesten ja muiden puolustusvoimissa palvelevien sairaanhoito järjestetään ensisijaisesti puolustusvoimien omissa sairaanhoitolaitoksissa. Vankeinhoitoasetuksen 40 §:n mukaan taas vangille on järjestettävä asianmukainen terveydenhoito, sairaanhoi-

---

[272] On huomattava, että minkä hyvänsä oikeuden käyttö voidaan tehdä mahdottomaksi paitsi rajoittamalla oikeutta suoranaisesti, myös tekemällä oikeuden käyttö fiskaalisin toimin niin kalliiksi, ettei sen tosiasiallinen toteuttaminen enää ole mahdollista.

[273] KHO 1977 A II 35. Henkilö, joka vuonna 1973 oli henkikirjoitettu V:n kaupungissa, oli sanottuna vuonna joutunut mielisairaalaan, jossa olevana hänet oli henkikirjoitettu myös vuonna 1974 niinikään V:n kaupungissa. Kun hän v:n 1974 huhtikuussa pääsi vuoden koeajalle ja sairaalan valvonnassa asumaan H:n kaupungissa olevaan psykiatriseen huoltotoimiston asuntolaan, ei hänen olosuhteissaan katsottu tapahtuneen sellaisia muutoksia, että hänet olisi vuonna 1975 henkikirjoitettava muualla kuin V:n kaupungissa.

KHO 29.1.1977 T 4894. Naimaton tytär oli v:sta 1962 lähtien muutamia keskeytyksiä lukuun ottamatta ollut hoidettavana mielisairaalassa Oulussa, missä hänen leskiäitinsäkin asui. Hänet oli siellä myös henkikirjoitettu sanotusta vuodesta lähtien. Kotipaikan ei hänen *sairautensa laadun huomioonottaen* katsottu muuttuneen sen johdosta, että hänen äitinsä muutti syksyllä 1974 Helsinkiin ja että hän sairaalasta päästyään oleskeli äitinsä luona vuoden vaihteessa 1974–75 joutuen sen jälkeen uudelleen sairaalahoitoon Helsingissä. Hänet oli näin ollen vuonna 1975 edelleen merkittävä Oulun henkikirjaan.

Vrt. KHO 1981 A II 47. N:llä oli ollut kotipaikka L:n kunnassa, kun hänet oli otettu 30.10.1978 hoidettavaksi mielisairaalaan. Aviopuoliso lapsineen oli muuttanut joulukuussa 1978 L:stä T:lle ja heidät oli vuonna 1979 henkikirjoitettu viimeksi mainitussa kunnassa. *Ottaen huomioon N:n sairaalassaolon keston* vuoden 1979 alkuun mennessä, myös hänet oli henkikirjoitettava sanottuna vuonna T:llä.

KHO 10.3.1975 T 1080. Henkilöllä, jolla oli vuonna 1943, jolloin hänet oli otettu hoidettavaksi Nikkilän sairaalaan, ollut kotipaikka V:n kaupungissa ja jonka perhe oli tuona vuonna muuttanut P:n kaupunkiin, oli verotuslain 34 §:n 4 momentissa tarkoitettu kotipaikka P:n kaupungissa.

to ja kuntoutus. Sinänsä nämä säännökset eivät estä sosiaalisen perusoikeuden toteuttamista – periaatteellisena kysymyksenä tilanne on kuitenkin mielenkiintoinen, sillä klassisten perusoikeuksien osalta on katsottu, ettei ao. erityinen vallanalaisuussuhde sinänsä oikeuta rajoittamaan kansalaisten perusoikeuksia enemmän kuin on välttämätöntä[274]. Nimenomaisen riittävään terveydenhoitoon velvoittavan perusoikeussäännöksen merkityksenä lieneekin lainsäätäjän velvollisuus ylläpitää ko. ryhmille vähintään yhtä hyvätasoista terveyden- ja sairaanhoidon järjestelmää kuin muillekin kansalaisille.

Kehitysvammahuolto on esimerkki tilanteesta, jossa jokin potilaan ominaisuus vaikuttaa hoidon saatavuuteen. Tällainen tilanne on aina jossain määrin ongelmallinen varsinkin, jos sosiaalisen perusoikeuden toteutumisen arvioinnin rinnalle otetaan myös kansalaisten yhdenvertaisuusperiaatteen noudattaminen[275]. On kuitenkin huomattava, että ao. erityislaki *ei syrjäytä* kansanterveyslain mukaista hoitojärjestelmää (kuten laki terveydenhuollon järjestämisestä puolustusvoimissa) vaan *täydentää* sitä[276] tarjoten tietyn (pysyvän) sairaustilan osalta lisähoidon mahdollisuuden. Tällaista poikkeusta yhdenvertaisuusperiaatteesta (”positiivinen syrjintä”) ei voida pitää perusoikeuden loukkaamisena[277].

Mielenterveystyö on osa kansanterveystyötä, mutta sen organisointi perustuu erillislakiin (Mielenterveyslaki, L 1116/1990), joka korostaa kunnan sosiaali- ja terveystoimen yhteistyötä. Ennen tätä lakia mielenterveyspotilaiden hoidosta vastasivat erilliset mielisairaanhuoltopiirit[278]. Hoidon järjestämisvastuu on nyt sekä yksittäisellä kunnalla että erikoissairaanhoidosta vastaavalla sairaanhoitopiirillä. Käytännössä tarjottavien palveluiden yhteensovittaminen ja niiden nivellyttäminen muuhun terveydenhoitoon on kuitenkin osoittautunut ongelmalliseksi ja juuri mielenterveyspotilaiden on katsottu eniten kärsineen terveydenhuollon resurssipulasta. Mielenterveyslaki edellyttää kuitenkin, että mielenterveyspalvelut järjestetään sekä sisällöltään että laajuudeltaan sellaisiksi, kun kunnan tai kuntainliiton alueella esiintyvä tarve edellyttää.

Kansanterveyslaki sisältää säännöksiä paitsi siitä, ketkä ovat kansanterveystyön kohteena – ts. keiden potilaiden ja minkä terveydenhuollon yksikön henkilökunnan välille julkisin varoin tuettu hoitosuhde tulisi muodostaa – myös määräyksiä siitä, miten julkisen terveydenhuollon yksikön tulee menetellä käytännön sairaanhoitoa järjestäessään. Lain 16 §:n mukaan terveyskeskuksen sairaansijalle on ensisijaisesti otettava hoidettavaksi potilas, jota tarkoituksenmukaisimmin voidaan siellä hoitaa. Kiireellisen sairaalahoidon tarpeessa oleva potilas on aina otettava sairaansijalle hoidettavaksi taikka toimitettava asianmukaiseen sai-

---

[274] EOA DNo 497/67, 30.10.1968, OAK 1968, s. 21–25.
[275] Ks. Lehtonen 1993, s. 191–192.
[276] Ks. HE 102/1976 vp., s. 2.
[277] Esim. EOA:n käytännössä on ”positiivinen syrjintä” (mm. kieliryhmät) katsottu hyväksyttäväksi tavaksi vähemmistöryhmien oikeuksien turvaamisessa. Ks. myös Currie 1990, s. 482–493.
[278] Pylkkänen 2000a, s. 219.

raanhoitolaitokseen. Näin kansanterveyslain säännökset, kuten vastaavat terveydenhuollon ammattihenkilöitä ja potilaan oikeuksia koskevat säännöksetkin, velvoittavat terveyskeskuksen viranhaltijoita hoitosuhteen synnyttämiseen kiireellistä apua tarvitsevan potilaan osalta tai vähintään huolehtimaan siitä, että hän pääsee muualle hoitoon[279]. Erikoissairaanhoitolain 30 § asettaa erikoissairaanhoitoa järjestävän kunnan taikka kuntayhtymän sairaalan henkilökunnalle vastaavan velvollisuuden. Tällöin lääkärin on ohjattava potilas tarkoituksenmukaisimpaan hoitopaikkaan riippumatta esimerkiksi viranomaisen sisäisistä potilasohjausta koskevista ohjeista, kuten seuraava eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisu osoittaa[280].

AOA DNo 16/4/92, 8.7.1993: *Apulaisoikeusasiamiehen käsitys, jonka mukaan sydänvikaisen lapsipotilaan hoitoa ei järjestetty tarkoituksenmukaisimmassa hoitopaikassa viivytyksettä.*

Sydänvikainen 7-vuotias potilas, joutui odottamaan lähes kaksi vuorokautta ennen kuin hänelle tehtiin asianmukainen umpilisäkkeen leikkaus.

Potilas kävi vanhempiensa kanssa kolme kertaa Vantaan kaupungin terveyskeskuslääkäripäivystyksessä ennen kuin hänet ohjattiin kirurgiseen hoitoon Jorvin sairaalaan. Jorvin sairaalassa päädyttiin oikeaan diagnoosiin ja siihen, että potilas tulee lähettää tarkoituksenmukaisempaan hoitopaikkaan. Tähän lopputulokseen päätyminen kesti kuitenkin noin seitsemän tuntia. Kun lapsi lopulta noin kaksi vuorokautta oireiden alkamisesta lopulta leikattiin, oli umpilisäke jo puhjennut.

Apulaisoikeusasiamies katsoi, että arvioitaessa kyseisen lapsipotilaan saamaa hoitoa on erityisesti kiinnitettävä huomiota siihen, että hänellä on tahdistin sydämen synnynnäisen johtumishäiriön takia. Tämän johdosta olisi Vantaan terveyskeskuksen lääkäreiden tullut konsultoida puhelimitse Jorvin sairaalaa siitä, voiko potilasta hoitaa Jorvissa. Myös Helsingin yliopistollisen keskussairaalan lääkäreitä olisi voitu konsultoida jo tässä vaiheessa.

Kansanterveyslain, erikoissairaanhoitolain ja Helsingin yliopistollisesta keskussairaalasta annetun lain säännöksissä korostetaan velvollisuutta järjestää kiireellinen hoito sairaanhoitopiirien rajoista riippumatta. Kiireellistä hoitoa edellyttävissä tapauksissa hoidon porrastus ei estä potilaan lähettämistä tarkoituksenmukaisimpaan hoitopaikkaan jo perusterveydenhuollon toimintayksiköstä.

Jorvin sairaalan menettelystä apulaisoikeusasiamies totesi, ettei voida pitää kohtuullisena sitä, että lopputulokseen päätyminen kesti noin seitsemän tuntia[281].

---

[279] On suhteellisen tavanomaista, että esimerkiksi sairaankuljetuksesta huolehtivat henkilöt konsultoivat terveyskeskusta ennen sairastuneen potilaan sinne tuomista. Usein keskustelun tuloksena potilas toimitetaan suoraan soveltuvampaan hoitopaikkaan taikka hoitopaikkaan, jossa on vapaita hoitoresursseja. Näin hoitosuhdetta terveyskeskukseen ei välttämättä synny lainkaan.

[280] Kansanterveyslaki ja erikoissairaanhoitolaki jättävät valittavan hoitomuodon täysin lääkärin päätettäväksi. Mielenterveyslain 4 § edellyttää sen sijaan, että mielenterveyspalvelut on ensisijaisesti järjestettävä avopalveluina.

[281] Ks. myös Palonen 2000, s. 29–30 ja PVLtk DNo 890/1997, 29.10.1999.

Erikoissairaanhoitolain 33 §:n säännökset pyrkivät turvaamaan hoitosuhteen jatkumisen edellyttämällä, että potilaan tulisi mahdollisuuksien mukaan voida valita häntä hoitava lääkäri ja päästä uusintakäynneillä häntä aiemmin hoitaneen lääkärin hoitoon. Hoito on myös järjestettävä potilaan äidinkielellä[282]. Kansanterveyslakiin ei vastaavia säännöksiä sisälly, mutta virkaehtosopimuksin on moniin terveyskeskuksiin luotu ns. omalääkärijärjestelmä[283], mikä ainakin teoriassa mahdollistaa hoitosuhteen jatkumisen myös avoterveydenhuollossa lääkärin ja potilaan välillä.

2.4.5.2. Yksityinen terveydenhuolto

Suomalaisessa lainsäädännössä ei ole tyydytty jättämään julkisen hallinnon ulkopuolella tapahtuvaa terveydenhoitokaan erityissäätelyn ulkopuolelle, vaan terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskevan lainsäädännön lisäksi on säädetty erityislainsäädäntöä yksityisissä yrityksissä annettavasta työterveyshuollosta (L 743/1978) sekä terveydenhuoltoyritysten tarjoamista sairaanhoitopalveluista (L 152/1990). Velvollisuus työsuojelua koskevan lainsäädännön ylläpitämiseen perustuu EU direktiiviin toimenpiteistä työntekijöiden turvallisuuden ja terveyden parantamisen edistämiseksi työssä (89/391/ETY)[284]. Terveydenhuoltoyrityksiä koskevan lainsäädännön laatimista taas rajoittavat nyttemmin EU:n yleiset periaatteet tavaroiden, palveluiden, pääomien ja työvoiman vapaasta liikkuvuudesta.[285].

---

[282] Ks. myös potilaslain 5 §:n säännös potilaan informoimisesta hänen äidinkielellään.

[283] Mattila 2000, s. 179.

[284] Tämän direktiivin pohjalta on annettu useita erillisdirektiivejä eri ammattialojen työsuojelusta. Ks. Rantanen 2000, s. 199.

[285] Kun laki yksityisestä terveydenhuollosta on säädetty ennen Suomen liittymistä Euroopan Unioniin, on varsin tulkinnanvaraista, onko enää mahdollista edellyttää lain 4 §:n tarkoittamaa erillistä lupaa terveydenhuollon palvelujen tuottamiseen. Ks. KHO 1993 A 31: Lääninhallitus (LH) oli hylännyt yksityisen terveydenhuollon palveluiden tuottamista koskevan Suomen Lääkäripalvelut Oy:n hakemuksen eräiden toimipisteiden osalta katsoen, että yksityisestä terveydenhuollosta annetun lain 2 §:n 2 momentin tarkoittamasta yksiköstä on kysymys vain, jos yksityisiä terveydenhuollon palveluja antaa samassa toimipisteessä vähintään kaksi palvelujen antamiseen oikeutettua henkilöä. Palveluista ei ole kysymys, jos palveluja antava henkilö tosiasiallisesti toimii itsenäisesti ja vastaa yksin palvelujen asianmukaisuudesta, koska tuolloin ei ole tarvetta yksityisestä terveydenhuollosta annetun lain mukaiselle toiminnan valvonnalle eikä myöskään vastaavan johtajan hyväksymiselle. KHO totesi, että asiakirjojen mukaan Suomen Lääkäripalvelut Oy:n toiminta on järjestetty hakemuksessa mainituissa toimipisteissä siten, että terveydenhuollon palveluja niissä antaa yksi tai useampi, yhtiöön työsuhteessa oleva henkilö. Toimipisteiden toimintaedellytyksistä vastaa yhtiö. Yhtiötä on näin ollen pidettävä kysymyksessä olevien toimipisteiden osalta yksityisestä terveydenhuollosta annetun lain 2 §:n 2 momentissa tarkoitettuna palvelujen tuottajana, jolla lain 4 §:n 1 momentin mukaan on oltava lääninhallituksen lupa terveydenhuollon palvelujen antamiseen. Yhtiön hakemusta ei tullut hylätä sillä perusteella, että kysymyksessä olevassa toimipisteessä työskentelee vain yksi henkilö, joka ammatillisten tehtäviensä ohella, työsuhteessa yhtiöön, huolehtii myös toimipisteen toimintaedellytyksistä. Tämän vuoksi KHO kumosi LH:n päätöksen ja palautti asian LH:lle uudelleen käsiteltäväksi.

Työterveyshuoltolaki on siinä mielessä erityinen laki, että se edellyttää, että yksityisen yrityksen palveluksessa oleva henkilö hoitaa terveyttään yrityksen järjestämien terveydenhoitopalvelujen kautta. Tällaisia palveluja ovat mm. työn terveysvaarojen selvittäminen, tiedottaminen terveysvaaroista, työntekijän henkilökohtaisten terveydellisten edellytysten selvittäminen, terveystarkastusten järjestäminen, vajaakuntoisen työntekijän seuranta sekä ensiavun järjestäminen. Lain 2 § 3 momentin mukaan työntekijän ei tule ilman perusteltua syytä kieltäytyä alistumasta työterveyslain edellyttämiin terveystarkastuksiin. Laki siis edellyttää, että solmiessaan työsuhteen henkilö solmii myös jonkinasteisen hoitosuhteen työnantajan määrittämän terveydenhuollon ammattihenkilön kanssa. Työturvallisuuslain (L 299/1958) velvoitteiden noudattamatta jättäminen on työnantajalle, muttei työntekijälle, rangaistavaa. Työntekijään kohdistuvana sanktiona on kuitenkin työsuhteen mahdollinen päättyminen, mikäli työntekijä ei noudata työnantajan työterveyshuollosta antamia ohjeita[286]. Työterveyshuoltoa koskevat säädökset on kuitenkin säädetty nimenomaan työntekijän suojaksi ja esimerkiksi tarkastusten pakollisuus perustuu pitkälti siihen, ettei työnantajalle ole jätetty mahdollisuutta työntekijöiden suostumuksen puutteeseen vetoamalla laiminlyödä omia velvoitteitaan – työntekijähän on aina jonkinlaisessa riippuvuussuhteessa työnantajaan ja suostumuksen epääminen voisi johtua yhtälailla työnantajan kuin työntekijän omasta toiveesta. Työnantajan on järjestettävä palvelut terveydenhuollon ammattihenkilöitä käyttäen, jotka puolestaan ovat velvollisia ottamaan huomioon potilaslain säännökset potilaan oikeuksista[287]. Näin työnantaja on selkeästi sivullisen asemassa siinä hoitosuhteessa, joka muodostuu kahden hänen palkkaamansa henkilön välille, joista toinen on työterveyshuollon palveluja käyttävä työntekijä ja toinen on työnantajan palkkaama (tai palvelusopimuksen perusteella toimiva) terveydenhuollon ammattihenkilö.

Yksityisestä terveydenhuollosta annetussa laissa (L 152/1990) terveydenhuollon palvelujen tuottajalla tarkoitetaan yksittäistä henkilöä taikka yhtiötä, osuuskuntaa, yhdistystä tai muuta yhteisöä taikka säätiötä, joka ylläpitää terveydenhuollon palveluja tuottavaa yksikköä. Lain mukaan palvelujen tuottajalla ei kuitenkaan tarkoiteta terveydenhuoltohenkilöstöön kuuluvaa henkilöä silloin, kun tämä työskentelee itsenäisenä ammatinharjoittajana. Lakia sovelletaan myös työterveyshuollon palvelujen tuottajaan.

Yksityisestä terveydenhuollosta annettu laki ei sisällä sellaisia säännöksiä, jotka vaikuttaisivat terveydenhuollon ammattihenkilön ja hoidettavan väliseen suhteeseen. Laki edellyttää kuitenkin, että palvelujen tuottajan toiminta on lääketieteellisesti asianmukaista ja että se ottaa huomioon potilasturvallisuuden

---

[286] Esimerkiksi työntekijä, joka ei noudata työnantajan ohjeita sairauslomatodistusten hankkimisesta työterveyshuollon toimipisteistä voidaan irtisanoa. Ks. KKO 1988:50, 9.5.1988 T 1472, KKO 1990:134, 17.10.1990 T 2920, KKO 1991:189, 31.12.1991 T 3946.

[287] Rantanen 2000, s. 201.

(Laki yksityisestä terveydenhuollosta 3 § 2 momentti). Yksityisen terveydenhuollon toiminta on valvottua, ja puutteellinen toiminta taikka toiminnan epäkohdat voivat johtaa toiminnan keskeyttämiseen lääninhallituksen toimesta.

2.4.6. Perusoikeussäännösten merkitys lakien tulkinnassa

Edellä esitetty lainsäädäntö toteuttaa käytännössä PerL:n 19 §:n perusoikeussäännöksen takaamaa oikeutta riittävään terveyden- ja sairaanhoitoon ja määrittää hoitosuhteen syntymisen oikeudelliset edellytykset. Kyseiset lait eivät kuitenkaan syrjäytä perusoikeussäännöstä, vaan PerL 19 § ja muitakin perusoikeuksia (kansalaisten yhdenvertaisuus, lapsen oikeudet, kielelliset oikeudet yms.) koskevat säännökset on otettava huomioon sovellettaessa erityislakien em. säännöksiä käytännön hoitotilanteeseen.

Perusoikeusnormia voidaan pitää käsitteellisesti joko sääntönä tai periaatteena[288]. *Säännöille* on ominaista kaksijakoinen voimassaoloulottuvuus eli että niitä voidaan suoraan noudattaa tai jättää noudattamatta[289]. *Periaatteita* taas on pyrittävä joka tilanteessa noudattamaan niin pitkälle kuin mahdollista ja vastaavasti periaatteiden ristiriitatilanteessa on kaikki periaatteen omaiset normit huomioitava. Tällöin yksittäisratkaisussa esim. eri perusoikeuksien yhteensovittaminen muodostuu optimointiongelmaksi, jossa tilanteen mukaan toiselle perusoikeudelle annetaan enemmän painoa kuin toiselle, mutta mikään niistä ei jää kokonaan huomioon ottamatta[290]. Jaottelu sääntöihin ja periaatteisiin on erityisen hyödyllinen arvioitaessa modernin hyvinvointivaltion sosiaalisektorin lainsäädäntöviidakkoa, jossa lisäksi lainsäätäjä usein jo määrittää kunkin hallinnonalan johtavat tavoitteet (”periaatteet”, ks. esim. lastensuojelulaki 1–3 luku) ja konkreettiset hallintonormit (”säännöt”, lastensuojelulaki 4–8 luku), joilla nämä periaatteet pyritään saavuttamaan[291].

Scheininin mukaan sama perusoikeussäännös voi sisältää sekä säännön että periaatteen luonteisia osia[292]. Sosiaalisen perusoikeuden luonteesta (so. pyrkii määrittämään hyvinvoinnin ja sosiaalisen turvallisuuden raamit) johtuu kuitenkin, että tällainen säännös väistämättä on enemmän periaate, joka tulee huomioida, ja että konkreettiset alan lainsäädännön lain ja asetuksen tasoiset normit muodostavat ne absoluuttiset säännöt, joiden soveltamispäätöksiä vastaavat viranomaiset tekevät. On kuitenkin huomattava, ettei se, että perusoikeusnormi olisi lähinnä periaate merkitse sitä, etteikö sitä voitaisi ottaa myös yksittäisen ratkaisun perustaksi.

---

[288] Alexy 1985, s. 71.
[289] Aarnio 1989, s. 79; Scheinin 1991, s. 30.
[290] Aarnio 1989, s. 80.
[291] Säännöt-periaatteet -jaottelua on sovellettu myös yksityisoikeudessa avoimen termin sisältävän oikeuslausekkeen tarkasteluun. Ks. Pöyhönen 1988, s. 13–79.
[292] Scheinin 1991, s. 32.

Voimassa olevan terveydenhoitolainsäädännön hallinto-oikeudelliset normit luovat objektiivisen oikeuden heijastusvaikutuksena kansalaiselle mahdollisuuden käyttää terveyden- ja sairaanhoidon palveluja ja näin toteuttavat *julkisen vallan toimintavelvollisuutta* sosiaalisen oikeuden edistämiseksi. Näissä säännöksissä ei suoranaisesti määritetä palvelujen saamiseen oikeutettujen piiriä, mutta alemmanasteisesta normistosta sen sijaan löytyy suhteellisen yksityiskohtaisiakin määräyksiä sairaanhoitoyksiköiden ja niissä työskentelevien velvollisuudesta ottaa vastaan ja hoitaa tietyntyyppisiä potilaita[293]. Jos hoidon antaminen laiminlyödään, on tällaisella potilaalla mahdollisuus saada oikeusturvaa lähinnä rikosprosessuaalisin tai kurinpidollis-hallinnollisin toimin. Sen sijaan mahdollisuutta sairaanhoitopalvelujen fyysiseen saatavuuteen ei oikeusteitse käytännössä voi toteuttaa[294].

Jos perusoikeusnormi antaisi *subjektiivisen oikeuden* ao. palvelun saamiseen, pitäisi sen antaa mahdollisuus myös oikeuden fyysiseen toteuttamiseen. Näin ollen esim. kansanterveyslain velvoitteiden täyttämättä jättäminen voisi johtaa vahingonkorvauskanteeseen, jolla palvelun suorittamiseen velvoitettua (kuntaa tai kuntainliittoa) vaadittaisiin korvaamaan palvelun muualta hankkimisen aiheuttamat kustannukset. Potilasvahinkolautakunnan käytännössä on kuitenkin suhteellisen yksiselitteisesti katsottu, että terveydenhuollon riittämätön resursointi ja siitä johtuvat viiveet hoidon saamisessa eivät oikeuta saamaan korvausta potilasvakuutuksesta vastaavien palveluiden hankkimiseksi yksityiseltä sektorilta[295].

---

[293] Esim. LKH:n YlK 1489; OhK 17.12.1986, DNo 6317/02/86; OhK 14.4.1980, DNo 3024/02/80.

[294] Liljeström 1999, s. 2171–2177

[295] Kaivola ja Lehtonen 2000c, s. 4301–4304.

Ks. esim. PVLtk DNo P 673/93, 10.6.1994 ja PVLtk DNo P 521/1997, 5.12.1997:

Tapahtumakuvaus:

Potilas R oli v. 1990 hakeutunut lääkärin vastaanotolle oikean olkapään kipuilun vuoksi. R oli kaatunut noin viisi vuotta aiemmin ja uudelleen pari vuotta aiemmin. Sittemmin oikea olkapää oli ollut kipeä ja siinä oli ollut rasitus- ja leposärkyä. V. 1990 tehdyssä oikean olkapään artrografiatutkimuksessa oli todettu kiertäjäkalvosimen repeämä ja R oli asetettu leikkausjonoon. R:lle oli v. 1995 suoritettu leikkaus keskussairaalassa, jossa revennyt kiertäjäkalvosin oli korjattu. Leikkauksen jälkeen R oli ollut kontrolleissa aluksi kuukauden välein. Kontrollikäynneillä oli todettu, että olkapään säryt olivat rauhoittuneet, mutta olkapäähän oli jäänyt huonot liikeradat. Yläraajaa oli kuntoutettu fysioterapialla ja omatoimisella jumpalla ja R:lle oli määrätty sairauslomaa. Kontrollikäynnillä v.1996 oli päätetty ultraäänitutkimuksen tekemisestä. Ultraäänitutkimuksessa oli todettu kiertäjäkalvosinrepeämän uudelleen repeämä (reruptuura). R:lle oli kirjoitettu lähete yksityissairaalaan, jossa oli suoritettu uusintaleikkaus. Kontrollikäynnillä v. 1997 olkapään tilanne oli todettu suhteellisen hyväksi.

Keskussairaalan ilmoituksen mukaan vuonna 1990–95 sen ortopedisessä jonossa oli potilaita yli 1200. R oli asetettu toiseen kiireellisyysluokkaan ja keskimääräinen jonotusaika tässä kiireellisyysluokassa oli tuolloin 3–5 vuotta.

R haki korvausta potilasvakuutuksesta todeten, että hänellä todettiin leikkaushoidon tarve jo vuonna 1990, mutta hän pääsi hoitoon vasta kesällä 1995. Vamma paheni ja kipu lisääntyi koko ajan. R totesi, että heinäkuussa 1995 tehty leikkaus epäonnistui ja siitä aiheutui kipuja, särkyjä ja haittaa ja hän oli joutunut jatkuvasti turvautumaan toisten apuun selviytyäkseen päivittäisistä toimenpiteistä eikä hän myöskään kyennyt jatkamaan ansiotyötään, vaan joutui jäämään työky-

TSS-oikeutta koskeva perusoikeussäännös, joka velvoittaa valtion tiettyyn toimenpiteeseen, antaa samalla ilmeisen oikeuden ao. toimen suorittamiseen (*kompetenssivaikutus*)[296]. Erityinen merkitys tällä on tietysti tilanteessa, jossa toinen perusoikeussäännös rajoittaa periaatteessa lainsäätäjän norminantokompetenssia. Jotta esim. perusoikeustasolla annettu säädös kansalaisen oikeudesta terveelliseen elinympäristöön olisi tehokas, pitäisi sen mahdollistaa tavanomaisessa säätämisjärjestyksessä säädetty laki, jolla rajoitetaan ympäristöä pilaavaa toimintaa, vaikka samalla puututtaisiin omaisuuden suojaan[297]. Suomalaisessa lainsäätämiskäytännössä suoranaiset ristiriidat terveyden suojan ja muiden perusoikeuksien

---

vyttömyyseläkkeelle. Potilasvakuutusyhdistys oli todennut korvauspäätöksessä, että leikkaushoito ei ollut viivästynyt. R:n hoidossa oli toimittu niiden voimavarojen mukaan, mitä terveyden- ja sairaanhoidossa oli ollut käytettävissä. Potilasvahinkona ei korvata sellaista hoitoajankohdan myöhentymistä, joka johtuu terveydenhuollon rajallisista voimavaroista. Potilasvahinkona ei pidetä myöskään sitä, että asianmukaisesta hoidosta huolimatta toivottua lopputulosta ei saavuteta. Potilasvakuutusyhdistyksen käytettävissä olevien selvitysten mukaan tutkimus- ja hoitotoimenpiteet olivat olleet lääketieteellisesti arvioiden perusteltuja ja ne oli suoritettu asianmukaisesti.

R pyysi lautakunnan lausuntoa asiasta. R totesi, että 1995 tapahtuneen leikkauksen jälkeisen kuntoutuksen aikana hänen olkapäätään ei tutkittu riittävästi, vaikka ongelmia oli selvästi havaittavissa (rutinaa, kipua ja särkyä). R kertoi käyneensä säännöllisesti keskussairaalassa kontrolleissa ja hän oli valittanut oireista lääkäreille, mutta hänen vaivaansa ei otettu todesta. Lopulta kuntoutuksen aikana kuntohoitaja kieltäytyi suunnitelluista hoidoista, koska olkapää rutisi ja halusi lisätutkimuksia, jotta hoitoa voitaisiin jatkaa. Vasta näissä tutkimuksissa todettiin, että olkanivelen jänne oli poikki. Keskussairaalassa ei pystytty tekemään uusintaleikkausta, vaan hänet lähetettiin yksityissairaalaan.

Potilasvahinkolautakunnan ratkaisun pääpiirteet:

Potilasvahinkolain 2 §:n 1 momentin mukaan potilasvahinkona korvataan henkilövahinko, jonka potilaan tutkimus, hoito tai muu vastaava käsittely taikka sellaisen laiminlyönti on todennäköisesti aiheuttanut. Lain 2 §:n 2 momentin mukaan potilasvahingoksi ei kuitenkaan katsota sellaisen lääketieteellisesti perustellun käsittelyn seurausta, joka ei olisi ollut vältettävissä muulla, potilaan hoidon kannalta yhtä vaikuttavalla menettelyllä.

R:llä oli todettu oikean olkapään kiertäjäkalvosimen repeämä lokakuussa 1990 ja hänet on asetettu leikkausjonoon II kiireellisyysluokkaan. Terveydenhuollon rajallisista resursseista johtuen olkapää oli leikattu 1995. Asiassa esitettyjen lääketieteellisten selvitysten perusteella lautakunta toteaa, että kiertäjäkalvosimen korjausleikkaus 1995 oli ollut lääketieteellisesti perusteltu toimenpide ja että leikkaus oli suoritettu asianmukaisesti. Leikkauksen jälkeen olkapään jatkohoito oli toteutettu asianmukaisesti. Aluksi olkapäätä oli pyritty kuntouttamaan aktiivisen liikelaajuuden parantamiseksi, mutta kun tilanne ei ollut oleellisesti korjaantunut, oli päädytty ultraäänitutkimuksen tekemiseen ja asianmukaisesti uusintaleikkaukseen elokuussa 1996. Se, ettei leikkaushoito ollut tuottanut toivottua tulosta, ei oikeuta korvaukseen potilasvakuutuksesta, koska kysymyksessä oli aina mahdollinen seuraus, joka ei olisi ollut vältettävissä toisinkaan toimimalla. R:n hoidossa keskussairaalassa ei ollut tapahtunut potilasvahinkolain nojalla korvattavaa henkilövahinkoa. Lautakunta ei suosittanut vahingonkorvausta.

[296] Karapuu 1988, s. 79, ks. Ross 1961, s. 161–169.

[297] Vrt. kuitenkin KM 1992:3, s. 227–229: Perusoikeuskomitean ehdotuksessa lähdetään siitä, että uudet perusoikeussäännökset eivät oleellisesti muuta HM 6 §:n mukaista omaisuuden suojaa ja sen tulkintaa. Komitean ehdotuksen mukaan perusoikeussäännöstö muodostaa kuitenkin kokonaisuuden, jossa yleisellä tasolla ei ole mahdollista ratkaista perusoikeuksien kollisiotilanteita jonkun perusoikeuden hyväksi (KM 1992:3, s. 228). On mahdollista, että esim. hengen ja terveyden suojan suhteellinen asema omaisuuden suojaan nähden vahvistuu yksittäistulkinnoissa.

välillä ovat olleet harvinaisia. Kuitenkin esim. tartuntatautilain ja terveydenhoitolain perusteella, jotka kummatkin lait on säädetty tavallisen lain säätämisjärjestyksessä, voidaan ryhtyä toimiin, jotka loukkaavat omaisuuden suojaa (esim. tartunnan lähteen hävittäminen; Tartuntatautilaki 14 § 3-kohta). Näiden säädösten osalta on lainsäätäjä ilmeisesti ajatellut eräänlaisen pakkotilan olemassaoloa ts., että suurempi etu (henki ja terveys) syrjäyttää pienemmän (omaisuus)[298]. Tilanne muuttuu kuitenkin jälleen, jos terveyteen kohdistuva uhka ei ole niin välitön kuin ym. laeissa edellytetään ja suoranaista ”pakkotilaa” ei ole[299].

Reduktiokielto eli oikeuksien huononnukset kieltävä vaikutus liittyy läheisesti edellä esitettyyn perusoikeuden vaikutukseen lainsäätäjän norminantokompetenssiin. Karapuun mukaan reduktiokiellon tulkinnan tulee olla tiukempaa kuin esim. vastaavan perustuslaillisen toimeksiannon[300]; ts. vaikka ”oikeus riittävään terveyden- ja sairaanhoitoon” ei velvoita suoraan julkisyhteisöä järjestämään hoitopaikkaa jokaiselle sitä tarvitsevalle, estää se purkamasta olemassa olevaa perusterveydenhoitojärjestelmää, jollei samalla luoda vähintään vastaavaa uutta järjestelmää[301]. Näin asian esittää myös Perusoikeuskomitea mietinnössään[302]. Käytännössä tämä merkitsee sitä, että kansanedustuslaitoksen mahdollisuudet muuttaa esim. terveydenhoitolainsäädäntöä säästämistarkoituksessa rajoittuivat ao. perusoikeussäännöksen voimaantulon jälkeen ja että myös eduskunnan budjettivalta on jossain määrin supistunut[303].

Reduktiokielto kohdistuu siis nimenomaan lainsäädäntöhankkeisiin, jotka pyrkivät leikkaamaan ao. peruspalveluja tai rajoittamaan niiden saatavuuteen oikeutettujen piiriä. Vastaavasti eduskunnan ja sen puhemiehen velvollisuus arvioida lainsäädäntöhankkeita ja lainsäätämisjärjestystä peruspalveluvaikutusten kannalta on koventunut. Oleelliseksi perusoikeuskysymykseksi lakia säädettäessä nousee siis se, mikä on terveydenhuollon peruspalvelu Suomessa[304]. Jo tästä

---

[298] Ks. HE 44/1986 vp, s. 2 ja 5.
[299] Lehtonen 1993, s 169.
[300] Karapuu 1988, s. 79.
[301] Ks. Hidén 1992, s. 2. Tilanne oli sama VJ 66a §:n tarkoittaman perusturvan osalta: Lepäämäänjättämiskielto ei suojannut jonkin konkreettisen tukijärjestelyn pysyvyyttä sellaisenaan, vaan tukijärjestelyn tilalle oli mahdollista kehittää toinen tukijärjestely.
[302] KM 1992:3, s. 163.
[303] Vrt. kuitenkin PeVL 6/1991, HE 147/1991 vp. koskien työllisyyslain 18 §:n mukaisen ns. velvoitetyöllistämisen poistamista. Perustuslakivaliokunta katsoi, ettei HM 6 §:n 2 mom estä muuttamasta ao. lakia VJ 66 §:n mukaisessa järjestyksessä, kunhan työllisyyslaki on tavoitteiltaan täystyöllisyystavoitteen mukainen. Lausuntoon liittyvissä eriävissä mielipiteissä (kansanedustaja Esko Helle sekä kansanedustaja Raimo Vistbacka) vedottiin suoraan perusoikeuden huonontamiskieltoon.
[304] Vrt. VJ 66a §:n soveltamiskäytäntö: Lakisääteisellä perusturvalla tarkoitettiin VJ 66a §:n 3 mom:ssa vain luonnolliselle henkilöille maksettavia rahamääräisiä toistuvaissuorituksia ja vain sitä osaa sosiaaliturvasta, jolla pyritään takaamaan yksilön toimeentulolle välttämätön elintaso (HE 321/1991 vp., s. 14). VJ 66a § 3 mom ei estänyt julkisten palvelujen leikkaamista (vrt. kuitenkin SosVL 3/1991 vp., HE 321/1991 vp., s. 1 ja SosVL 4/1992 vp., HE 234/1991 vp., s. 2).

lienee runsaasti erilaisia mielipiteitä sen mukaan, kuinka laajalle yhteiskunnan tehtävät halutaan ulottaa.

Abrogaatiovaikutuksella tarkoitetaan sitä, että perusoikeussäännös syrjäyttää sen kanssa ristiriidassa olevan tavallisen lain säännöksen[305]. Sosiaalisten perusoikeuksien osalta tällainen tilanne tosin on harvinainen, sillä tavallisen lainsäädännön normit tältä osin ovat pääosin positiivisia ts. oikeutta luovia eivätkä sen käyttöä rajoittavia. Periaatteessa kuitenkin voimassaolevan tavallisen lainsäädännön normin, jossa rajoitetaan esim. terveyspalvelujen saatavuus tiettyyn väestöryhmään (esim. nykyinen järjestelmä, jossa hammashoitoa tarjotaan julkisin varoin vain tietyn ikäisille), voidaan perustellusti katsoa olevan ristiriidassa uuden perustuslain yhdenvertaisuussäännösten ja riittävään terveydenhoitoon oikeuttavan perusoikeussäännöksen kanssa[306].

---

[305] Karapuu 1988, s. 79.

[306] Ks. kuitenkin AOK DNo 385/1/98: Rajatuilla voimavaroilla saatava parempi tulos (hoidon suuntaaminen nuorempiin ikäluokkiin) oli hyväksyttävä peruste henkilöiden asettamiseen eri asemaan iän perusteella hammashoidossa, kun rajaamisessa oli kyse välivaiheesta ja kun tavoitteena oli hoidon laajentaminen kaikkiin ikäluokkiin.

Vrt. AOA DNo 1132/4/96, 21.19.1998: K:n kunnan terveyslautakunta oli tehnyt päätöksen, jonka mukaan terveyskeskuksessa tutkittiin myös yksityislääkäreiden määräämät laboratoriotutkimukset. Ne tutkimukset, joita ei voitu tehdä terveyskeskuksessa, lähetettiin päätöksen mukaan yksityisiin laboratorioihin, jotka laskuttivat tutkimuksen hinnan suoraan potilaalta. Päätös tehtiin, koska yksityinen lääkärikeskus paikkakunnalla oli lopettanut varsinaisen laboratoriotoiminnan. Lääkäripula oli toisaalta selvästi lisännyt potilaiden tarvetta hakeutua yksityislääkäreiden vastaanotoille.

Yksityislääkäri oli määrännyt kantelijalle suoritettavaksi laboratoriotutkimuksen, jota varten häneltä otettiin näyte K:n terveyskeskuksessa. Näytettä ei tutkittu terveyskeskuksessa, vaan se lähetettiin tutkittavaksi yksityiseen tutkimuslaboratorioon. Se laskutti potilaalta näytteen tutkimuksesta aiheutuneet kustannukset. Kantelija haki korvausta kustannuksista, mutta Kansaneläkelaitoksen paikallistoimisto hylkäsi hakemuksen, koska tutkimuksen tarve oli todettu ja määräys annettu terveyskeskuksessa ja koska tutkimus kuului sen mukaan julkisen terveydenhuollon kustannettaviksi valtionapuna saaduilla varoilla. Kantelija valitti päätöksestä L:n vakuutusalueen sosiaalivakuutuslautakuntaan, joka hylkäsi valituksen.

Kantelija haki laboratoriotutkimuksesta aiheutuneiden kustannusten korvaamista myös kaupungin sosiaali- ja terveyslautakunnalta, mutta sekään ei korvannut kustannuksia. Kaupunginhallitus pysytti lautakunnan päätöksen. Turun ja Porin lääninoikeus hylkäsi kantelijan valituksen, koska kunta ei ollut rikkonut velvollisuuttaan sairaanhoidon järjestämisessä eikä kysymys myöskään ollut sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annetun lain 4 §:n 4 kohdassa tarkoitetusta kunnan hankkimasta palvelusta.

Sosiaali- ja terveysministeriö totesi antamassaan lausunnossa, että sairausvakuutuksen osalta asiakirjoista ilmenevä ratkaisu on voimassa olevan oikeuskäytännön mukainen. Käytännössä tämä merkitsee sitä, että yksityisellä sektorilla tehtyjen tutkimusten kustannukset voivat joissakin yksittäisissä tapauksissa jäädä kokonaan asiakkaan maksettaviksi. Tällaista tilannetta ei ministeriön mukaan voida pitää hyväksyttävänä ja sen korjaaminen tulee ottaa huomioon lainsäädäntöä kehitettäessä.

AOA kiinnitti kanteluun antamassaan päätöksessä huomiota siihen, että nyt esillä olevassa tapauksessa sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annetun lain säännös (4 §) ja sairausvakuutuslain säännös (11 a §) olivat johtaneet sellaisiin tulkintoihin, joista oli aiheutunut asiakkaalle haittaa siten, että hän oli joutunut itse maksamaan yksityislääkärin määräämän ja terveyskeskuksessa otetun näytteen tutkimuksesta yksityisessä laboratoriossa aiheutuneet sairaanhoitokustannukset saamatta korvauksia Kansaneläkelaitokselta tai julkisesta terveydenhuollosta.

Paitsi yhteiskuntaelämän intressiriitojen ratkaisemisessa käytetään modernissa hyvinvointivaltiossa normin muotoa myös yhteiskunnallisten palvelujen tuottamisen ohjaamisessa[307]. Tällöin oikeudellinen sääntely tähtää tiettyjen yhteiskunnallispoliittisten päämäärien toteuttamiseen. Näin tapahtuu varsinkin aloilla, joilla yksityinen markkinamekanismi ei tuota yhteiskunnan toimien kannalta keskeisiä palveluksia. Samalla turvataan sosiaalisen oikeudenmukaisuuden toteutumista ja taataan kaikille yhteiskunnan jäsenille samat peruspalvelut. Vastaavasti julkisen vallan käyttöön liittyvä hallintokäsite saa rinnalleen julkisia palveluita ja hyvinvointia toteuttavan hallintokäsitteen sekä yhteiskunnan infrastruktuuria ylläpitävän hallintokäsitteen[308].

Perusoikeustasolla *ohjelmallisuuden* on joskus käsitetty merkitsevän perusoikeussäännöksen vähäistä oikeudellista velvoittavuutta ja oikeudellisten toteuttamiskeinojen puutetta[309]. Kuitenkin kaikkiin perusoikeuksiin (so. myös klassisiin vapausoikeuksiin) sisältyy tavoitteellinen ulottuvuus, joka ohjaa lainsäädännön kehittämistä ja muuta julkisen vallan toimintaa. Toisaalta myös pääosin ohjelmallinen perusoikeussäännös voi olla oikeudellisesti sitova[310]. Tällöin kuitenkin

---

Kansaneläkelaitos oli katsonut, ettei asiakas ollut oikeutettu sairausvakuutuslain mukaiseen korvaukseen, koska laboratoriotutkimuksen osalta oli kokonaisuudessaan kysymys julkisen terveydenhuollon toiminnasta, jonka kustannuksiin sairausvakuutus ei voinut osallistua. Kunta oli puolestaan katsonut, ettei kyseinen näytteenotto kuulunut kunnan järjestämisvastuuseen ja oli tämän vuoksi kieltäytynyt korvaamasta kustannuksia.

AOA totesi, että tässä puutteellisen ja epäselvän lainsäädännön soveltamistilanteessa hän ei voinut tapahtuneesta huolimatta pitää Kansaneläkelaitoksen, L:n vakuutusalueen sosiaalivakuutuslautakunnan, K:n kunnan terveyslautakunnan tai Turun ja Porin lääninoikeuden menettelyä lainvastaisena. Hänen mielestään ei voitu kuitenkaan pitää lainkaan hyväksyttävänä sitä lopputulosta, että asiakas joutuu lääkärin määräämiin välttämättömiin tutkimuksiin hakeutuessaan maksamaan itse näistä tutkimuksista aiheutuneet kustannukset, koska kunnallinen ja valtiollinen korvausjärjestelmä eivät ole lain puutteellisuuden ja epäselvyyden vuoksi päässeet yksimielisyyteen laintulkinnasta. Kansalaisten sosiaaliturvaan ja terveydenhuoltoon liittyvien säännösten tulee AOA:n mielestä olla niin täsmällisiä ja yksiselitteisiä, ettei nyt esillä olevan kaltaisia tulkintaerimielisyyksiä ja haittoja synny.

Koska kantelijan kuten useiden muidenkin vakuutettujen kohdalla sairausvakuutuslain 11 a §:n soveltaminen oli osoittautunut ongelmalliseksi, AOA piti säännöksen selkeyttämistä ja täydentämistä välttämättömänä, jotta vakuutettujen oikeusturva sairaanhoitokustannusten korvaamisessa varmentuisi.

Säännöksen tulkintaa ei hänen nähdäkseen voitu jättää Kansaneläkelaitoksen soveltamisohjeiden varaan. AOA totesi, että ministeriön tiedossa jo pitkään olleen lainsäädännöllisen epäkohdan poistaminen vaatii kiireellisiä toimenpiteitä. Hän pyysi ministeriötä ryhtymään näihin toimenpiteisiin, koska lainsäädäntö oli johtanut kantelijan kohdalla ja saattoi johtaa muissakin tapauksissa siihen, että lääkärin määräämiä potilaalle välttämättömiä terveydenhoidon kustannuksia ei joissakin yksittäisissä tapauksissa korvattaisi lainkaan potilaalle hänestä riippumattomista palvelujen järjestelyihin liittyvistä syistä. Tätä AOA ei voinut pitää ihmisten yhdenvertaisen kohtelun kannalta hyväksyttävänä.

Ks. myös AOA DNo 2124/2/98.

307 Laakso 1990, s. 13.

308 Ibid., s. 14.

309 KM 1992:3, s. 53.

310 Karapuu 1988, s. 80.

säännöksen sisällön on oltava niin selkeä, että juridisen päättelyn keinoin voidaan todeta, jos perusoikeussäännöstä ei ole noudatettu.

Ohjelmallinen vaikutus kohdistuu ensi sijassa lainsäätäjään, jonka on pyrittävä sellaisten säännösten voimaansaattamiseen, jotka mahdollistavat perusoikeussäännöksen asettamien tavoitteiden käytännön toteuttamisen. Samalla ohjelmallisen perusoikeussäännöksen tulee kuitenkin heijastua myös yksittäisen hallintoratkaisuun, jossa perusoikeuden fyysinen sisältö viime kädessä konkretisoituu: Ohjelman tavoitteiden pitäisikin olla samat kaikilla julkisen vallan lohkoilla ja tasoilla.

Suomalaisessa käytännössä on viime vuosiin saakka epäröity antaa perustuslain säännöksille kansalaista välittömästi oikeuttavaa ja julkisyhteisöä positiivisiin suorituksiin velvoittavaa oikeusvaikutusta. Esim. USA:ssa se, että tuomioistuin perustaa ratkaisunsa suoraan perustuslakiin ja kansalaisoikeuksiin on varsin tavallista[311]. Suomessa ainoastaan ylimmät oikeusasteet sekä ylimmät lainvalvojat (lähinnä eduskunnan oikeusasiamies) ovat perustaneet ratkaisujaan hallitusmuodon taikka nyttemmin uuden perustuslain pykäliin. Tällöinkin kysymyksessä on ollut yleensä yhdenvertaisuusperiaatteen tulkitseminen[312]. Sen sijaan positiivisiin suorituksiin suomalaiset tuomioistuimet eivät liene valtiota velvoittaneet esim. HM 6 § 2 mom:n työllistämisvelvoitteen taikka opetustoimen velvoitteiden toteuttamiseksi.

Mikäli todella halutaan lisätä TSS-oikeuksien välitöntä soveltamista viranomaistoiminnassa ja tuomioistuimissa[313], pitäisi myös tehdä mahdolliseksi vedota suoraan näihin säännöksiin suorituksen saamisperusteena[314]. Vähintäänkin erityislainsäädännön ja perusoikeussäännöksen yhteisvaikutuksena tulisi kansalaiselle antaa subjektiivinen oikeus vaatia myös oikeusistuimessa erityislain tarjoaman palvelun suorittamista. Toisin sanoen: julkiset palvelut verovaroin kustantavalle kansalaiselle pitäisi yksittäistapauksessa antaa mahdollisuus valvoa, että julkisin varoin tuotettavat palvelut myös yksittäistapauksessa toteutetaan tehokkaasti (so. palvelevan hallinnon tuottavuuden valvonta pitäisi nostaa klassisen hallinnon laillisuus- ja tehokkuusvalvonnan rinnalle). Käytännössä kuitenkaan tällaista mahdollisuutta ei yksittäisellä kansalaisella ole.

2.4.7. Epätasapainoiset oikeus-velvollisuus -parit

Sopimusoikeudessa on totuttu siihen, että sopijapuolien oikeudet ja velvollisuudet ovat symmetrisessä suhteessa toisiinsa. Esimerkiksi myyjän oikeutta saada kauppahinta vastikkeen tavaralleen, vastaa ostajan velvollisuus maksaa kyseinen

---

311 ibid.
312 KM 1992:3, s. 125.
313 ibid, s. 92–94.
314 Ks. Karapuu 1988, s. 80.

kauppahinta. Vastaavasti ostajan oikeutta saada kaupan kohteena ollut tavara haltuunsa vastaa myyjän velvollisuus kyseisen tavaran luovuttamiseen[315].

Julkisen vallan järjestäessä esimerkiksi terveyden- ja sairaanhoidon palveluja, palvelujen tarjoajan velvollisuudet ja palvelujen tarvitsijan oikeudet eivät edellä esitetyn perusteella ole tällä tavalla symmetrisiä. Sellaisessa oikeusjärjestelmässä, joka rakentuu kansalaisten ihmisoikeuksien kunnioittamiselle ja edistämiselle, julkisen vallan velvollisuudet näiden oikeuksien turvaamiseen ovat pääsääntöisesti suuremmat kuin yksittäisen kansalaisen subjektiiviset oikeudet saada nämä oikeudet toteutetuiksi. Tämä johtuu edellä kuvatuista perusoikeussäännösten monimuotoisista vaikutuksista yksittäisten lainsäännösten tulkintaan. Voidaan sanoa, että julkisen vallan on aina tehtävä parhaansa kyseisten oikeuksien turvaamiseksi, kun taas yksittäisen kansalaisen on tyydyttävä siihen, että oikeudet ovat kohtuudella turvatut. Oikeusturvamekanismien kannalta tilanne on sikäli mielenkiintoinen, että sen turvaamiseksi, että julkinen valta tekee parhaansa oikeuksien toteuttamiseksi, on olemassa kaksi toisistaan riippumatonta valvontajärjestelmää: (1) poliittinen, kansanvaltaan perustuva kontrolli, joka mahdollistaa, päätöksentekijöiden vaihtamisen oikeusjärjestelmän päätöksentekoa koskevien organisaationormien perusteella[316], silloin kun kansalaisten enemmistö on tyytymätön siihen tapaan, jolla oikeuksia on edistetty sekä (2) laillisuusperiaatteeseen perustuva kontrollijärjestelmä, joka antaa yksitäiselle kansalaiselle mahdollisuuden vaatia (yleensä tuomioistuimissa), että yksittäisiä lainsäännöksiä oikeuksien toteuttamiseksi noudatetaan kussakin yksittäistapauksessa.

Julkisen vallan velvollisuudet ja yksittäisen kansalaisen oikeudet voidaankin nähdä epäsymmetrisenä oikeus-velvollisuus parina, jossa julkisen vallan velvollisuudet esimerkiksi terveyden- ja sairaanhoitopalvelujen järjestämiseen ovat suurempia kuin yksittäisen kansalaisen subjektiiviset oikeudet vastaavien palvelujen saamiseen juuri hänelle. Edellä esitetty suomalainen tapauskäytäntö, jossa yksittäisen potilaan mahdollisuudet tuomioistuimissa toteuttaa oikeuttaan saada terveyden- ja sairaanhoidon palveluja, on rajattu joihinkin erityistapauksiin (kiireellinen hoito, vammaispalvelulain mukaiset palvelut), tukee vahvasti tällaista mallia. Myös suomalaisen oikeusjärjestelmän erityispiirre, jossa julkisen vallan valvontaa on enenevässä määrin siirretty erilaisille asiamiehille ja valtuutetuille (eduskunnan oikeusasiamies, tietosuojavaltuutettu, tasa-arvoasiamies, ulkomaalaisvaltuutettu jne.), jotka yleisesti valvovat järjestelmän toimintaa sinänsä, tukee käsitystä julkisen vallan velvollisuuksien ja yksittäisen kansalaisen oikeuksien epäsymmetriasta. Oikeudellisessa tarkastelussa tulisikin näin ollen analysoida erikseen julkisen vallan velvollisuuksia ja yksittäisen kansalaisen oikeuksia ja

---

315 Klassisista oikeus-velvollisuus -pareista ks. Hohfeld 1964, s. 35–50.

316 Tällaisia normeja ovat mm. kuntalain säännökset (21§), jotka antavat kunnan valtuustolle mahdollisuuden erottaa kunnanhallituksen taikka valtiosääntöoikeudelliset säännökset (PerL 64 §), joiden perusteella eduskunta voi antaa epäluottamuslauseen jonkun hallinnonalan ministerille.

arvioida myöskin, kuuluuko asian oikeudellinen kontrolli kansanvaltaiselle järjestelmälle vaiko tuomioistuimille[317].

Kuten edellä esitetystä suomalaisesta lainsäädännöstä ilmenee, oikeudet ja velvollisuudet eivät ole symmetrisiä myöskään hoitosuhteessa. Terveydenhuollon ammattihenkilön velvollisuudet potilaasta huolehtimiseen ovat laajemmat kuin potilaan oikeudet vaatia itsestään huolehdittavan. Terveydenhuollon ammattihenkilön on aina pyrittävä antamaan potilaalle hyvää hoitoa ja *hoidon standardi nousee koko ajan lääketieteen kehittyessä taikka yksittäisen ammattihenkilön oman ammattitaidon parantuessa*. Terveydenhuollon ammattihenkilöllä on lisäksi erityinen velvollisuus pyrkiä koko ajan parantamaan ammattitaitoaan. Potilas taas on oikeutettu saamaan tarvitsemansa hoidon ja hoidon standardina on se, mitä normaali keskimääräinen terveydenhuollon ammattihenkilö vastaavassa tilanteessa pystyy antamaan. Edellä esitetyn voi kuvata myös toteamalla, että potilasta hoitavan henkilön on omissa suorituksissa pyrittävä keskiarvon ylittävään suoritukseen, mutta potilaan on tyydyttävä suoritukseen, joka on kohtuullisen lähellä (siis jopa hiukan alle) keskiarvoista suoritusta. Mikäli terveydenhuollon ammattihenkilö ei ole edes pyrkinyt tekemään parastaan, on potilaalla mahdollisuus käyttää hallinto-oikeudellisia oikeusturvakeinoja eli esimerkiksi kannella henkilöstä terveydenhuollon oikeusturvakeskukselle, mutta huonohkokaan hoitotulos, tilanteessa jossa hoitohenkilökunta on pyrkinyt tekemään parhaansa ja jossa normaali hoidon standardi on saavutettu, ei oikeuta vahingonkorvaukseen tai mahdollista rikosoikeudellisia sanktioita[318].

Edellä kuvatusta seuraa, että arvioitaessa hoitosuhteeseen liittyviä velvoitteita – ja jäljempänä erityisesti yksityisyyden suojaa hoitosuhteessa – julkisen vallan ja potilasta hoitavan henkilökunnan velvollisuudet edistää potilaan oikeuksia ovat suuremmat, kuin potilaan oikeudet sinänsä saada kyseiset oikeudet toteutetuksi. Näin esimerkiksi yksityiselämän suojan edistämisen laiminlyöminen voi

---

[317] Ks. PeVM 10/1998 vp (luku 1.2.): Perustuslain tulee turvata poliittisen järjestelmän riittävä vakaus ja yksilön oikeuksien perusteet. Normaalille kansanvaltaisesti järjestetylle poliittiselle päätöksenteolle tulee kuitenkin olla näissä puitteissa riittävästi liikkumatilaa.

[318] KHO 15.11.1990 T 4009: Radiologian erikoislääkäri oli toimiessaan vuosina 1986–1989 keskussairaalan ylilääkärinä tehnyt eräissä röntgenlausunnoissaan tulkintavirheitä ja häneltä oli jäänyt huomaamatta eräissä tapauksissa radiologisia muutoksia. Lääkäri itse katsoi, ettei virheitä ollut epätavallisen paljon ja että hänen työkuntonsa ajoittainen aleneminen oli aiheutunut sairaudesta, johon oli johtanut työstä ja työpaikalla ilmenneistä olosuhteista aiheutunut stressi. Lääkintöhallituksen käyttämät asiantuntijat pitivät virheiden määrää suurena ja virheitä karkeina.

Kun asiassa esitetyn perusteella ei ollut selvitetty, että lääkärin lausunnoista ilmenevät tulkintavirheet olisivat aiheutuneet huolimattomuudesta lääkärintoimen harjoittamisessa tai että lääkäri olisi muutoinkaan laiminlyönyt velvollisuuksiaan lääkärinä, korkein hallinto-oikeus katsoi, ettei hän ollut syyllistynyt tehtävässään sellaiseen virheellisyyteen tai laiminlyöntiin, jota tarkoitetaan lääkärintoimen harjoittamisen oikeudesta annetun lain 21 §:ssä. Kun lääkintöhallituksen ei näin ollen olisi tullut rangaista lääkäriä sanotun säännöksen perusteella kurinpitotoimin, korkein hallinto-oikeus kumosi lääkintöhallituksen päätöksen.

olla oikeudellisesti tuomittavaa, vaikka potilaalla sinänsä ei olisi oikeutta vaatia rangaistusta hoitojärjestelmän taholta tapahtuneesta yksityiselämänsä yksittäisestä loukkauksesta.

2.5. HOITOSUHTEEN TUNNUSMERKIT

Tarkasteltaessa edellä esitetyn suomalaista lainsäännön systematiikka ja tapauskäytäntöä (erityisesti potilasvahinkolain soveltamisalaa[319]), voidaan konkretisoida hoitosuhteen oikeudellisia tunnusmerkkejä:

I. Hoitosuhde muodostuu *terveydenhuollon ammattihenkilön ja hoidettavan välille*. Hoitosuhteeseen liittyvät velvollisuudet (hyvä hoito, itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, salassapito myös terveydenhuollon toimintayksikön sisällä jne.) ovat keskeisesti juuri *terveydenhuollon ammattihenkilön statuksesta* johtuvia velvollisuuksia. Velvollisuuksien laiminlyönti on terveydenhuollon ammattihenkilölle myös rangaistavaa[320] – sen sijaan tavallisella kansalaisella ei ole erityistä velvollisuutta huolehtia lähiympäristönsä sairaista. On huomattava, että vaikka julkisyhteisöllä on järjestämisvelvollisuus terveydenhuollon palveluihin, ei hoitosuhdetta synny kunnan taikka kuntayhtymän ja hoidettavan välille, vaan nimenomaan niiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja hoidettavan välille, jotka konkreettisesti ovat tekemisissä hoidettavan kanssa. Ne terveydenhuollon toimintayksikössä toimivat kunnan viranhaltijat, jotka eivät osallistu potilaan hoitoon, ovat potilaslain mukaan sivullisen asemassa. Julkisyhteisön velvollisuuksiin kuuluu hoitoresurssien järjestäminen, mutta yksittäisten hoitoon liittyvien ratkaisujen teko on terveydenhuollon ammattihenkilön vastuulla ja hän viime kädessä vastaa siitä, että hänen toimintansa on hyvän hoidon standardin mukaista[321]. Julkisyhteisö pääsääntöisesti on täyttänyt hoidon järjestämisvelvol-

---

[319] Kun potilasvahinkolain tarkoituksena on kattaa kaikki hoidon yhteydessä sattuneet vahingot, kuvaa lain soveltamisala varsin hyvin sitä, mikä on hoitosuhteen henkilöllinen ja ajallinen ulottuvuus. Potilasvahinkolaki ei kuitenkaan kuvaa hyvin sitä, milloin potilaan olisi pitänyt saada hoitoa, koska terveydenhuollon resurssipuutteista johtuvat vahingot jäävät soveltamiskäytännössä lain vahinkokäsitteen ulkopuolelle.

[320] Ks. Nuutila 2000, s. 387–388.

[321] Itse asiassa on varsin tavallista, että julkisyhteisön tarjoama palvelu ei nimenomaisesti pyrikään hyvän hoidon standardiin, koska terveyden- ja sairaanhoidon palvelujen toteuttamisen lähtökohtana on aina niihin käytössä oleva rahamäärä. Yksittäisen potilaan kohdalla terveydenhuollon ammattihenkilö on kuitenkin velvollinen toteuttamaan hyvää hoitoa, siitä riippumatta onko siihen terveydenhuollon budjeteissa varattu resursseja vai ei. Esimerkiksi vaikka terveyskeskuksen päivystyspoliklinikka on käyttänyt loppuun haavojen suturointiin tarvittavat ommelaineet ja niiden hankkimisen varatut rahat, on vuotavan haavan kanssa terveyskeskukseen saapuvan potilaan hoitamatta jättäminen varmasti sekä rikosoikeudellisesti että vahingonkorvausoikeudellisesti rangaistavaa niille terveydenhuollon ammattihenkilöille, jotka hoidon tarpeen toteavat. Ks. myös jäljempänä luku 3.4.2.

lisuutensa nimittäessään kyseiset ammattihenkilöt tehtäviinsä hoidon antamista varten.

Hoitosuhteeseen liittyvät velvollisuudet eivät myöskään ole sidoksissa terveydenhuollon ammattihenkilön virkamiesasemaan taikka työsuhteeseen julkisyhteisöön, vaan esimerkiksi hoitosuhteeseen liittyvä salassapitovelvollisuus jatkuu työ- taikka virkasuhteen päättymisen jälkeen ja koskee niitäkin potilaan yksityiselämän tietoja, joita ei ole merkitty virallisiin potilasasiakirjoihin[322].

II. Hoitosuhteessa terveydenhuollon ammattihenkilön *toiminnan selkeänä tarkoituksena on hoidettavan henkilön terveydentilan selvittäminen, ylläpitäminen taikka parantaminen*. Se terveydenhuollon ammattihenkilön toiminta, jolla ei ole tätä tarkoitusta ei kuuluu hoitosuhteeseen eikä siihen liittyviä vahinkoja esimerkiksi korvata potilasvakuutuksesta. On keskeistä huomata, että toiminnan *muoto* sinänsä on merkityksetöntä, koska samantyyppisiä toimintoja tehdään sekä tarkoituksessa vaikuttaa toisen henkilön terveydentilaan että ilman tätä tarkoitusta: Vastaanotolla potilasta kättelevä lääkäri tekee samalla huomioita potilaan terveydentilasta ja voi havaita potilaan liikkumisvaikeudet, kuumeisuuden, kalpeuden tms. ja on näiden huomioiden perusteella velvollinen ryhtymään sellaisiin toimenpiteisiin, kuin potilaan hyvä hoito edellyttää. Sama lääkäri voi muutamaa tuntia myöhemmin kätellä kylään saapuvia vieraitaan ja voi edelleen ammattitaitonsa perusteella havaita, että joku vieraista ei vaikuta täysin hyväkuntoiselta, ilman että tähän havaintoon liittyy mitään erityistä toimimisvelvollisuutta taikka edes salassapitovelvollisuutta. Päinvastoin lääkäri voi aivan hyvin tokaista vaimolleen, että kyseinen henkilö ei vaikuttanut aivan terveelle taikka kommentoida vaimon vastaavaa toteamusta.

III. Hoitosuhteen syntyminen terveydenhuollon ammattihenkilön ja hoidettavan välille edellyttää myös *yksilöidyn hoidettavan objektiivisesti osoittavissa olevaa tarvetta saada terveyden- tai sairaanhoidon palveluja*[323]. On selvää, että terveyskeskuksen väestövastuulääkäri ei voi määrätä vaikkapa pientä aspiriinian-

---

[322] Julkisen terveydenhuollon yksikön ja yksittäisen kansalaisen suhde ei siis edellisen perusteella ole ”hoitosuhde”, mikä ei tarkoita sitä, etteikö julkisyhteisöä velvoittavilla säännöksillä olisi merkitystä hoitosuhteen aineellisen sisällön kannalta. Analyyttisen oikeusteorian metodia hyödyntänyt siviilioikeudellinen tutkimus on klassisissa tarkastelussaan selvittänyt sitä, mikä merkitys sopimusosapuolten oikeuksille ja velvollisuuksilla on kolmannen osapuolen oikeuksilla ja velvollisuuksilla. Julkisyhteisön suhde sekä viranhaltijana toimivaan terveydenhuollon ammattihenkilöön että yksittäiseen kansalaiseen on merkitykseltään samankaltainen: Terveydenhuollon ammattihenkilö ja julkisyhteisön suhteesta johtuvat terveydenhuollon ammattihenkilön velvollisuudet sekä kansalaisen ja julkisyhteisön suhteesta johtuvat oikeudet vaikuttavat hoitosuhteeseen liittyvien oikeuksien ja velvollisuuksien sisältöön ja niiden toteuttamiskelpoisuuteen. Erityisesti niillä on merkitystä ajateltaessa eri oikeuksien ja velvollisuuksien konfliktitilannetta.

[323] Kennedy and Grubb 1994, s. 64.

nosta koko vastuuväestönsä yli 50-vuotiaalle väestölle vain siksi, että hän pitää sitä lääketieteellisesti perusteltuna aivoveritulppien ehkäisemiseksi, vaan lääkkeen määräämisen pitää perustua erikseen suoritettuun yksilöidyn potilaan taudinmääritykseen[324]. Tarve terveyden- ja sairaanhoitopalvelujen saamiseen *ilmenee useimmiten hoidettavan konkreettisena tahdonilmaisuna* saada näitä palveluja esimerkiksi niin, että hän tai hänen sukulaisensa varaa ajan nimetylle lääkärille taikka terveydenhoitajalle taikka että hän ilmoittautuu terveyskeskuksen päivystykseen. Hoitosuhde voi kuitenkin syntyä muunkin objektiivisesti osoitettavissa olevan sairaanhoidon tarpeen perusteella esimerkiksi, kun terveydenhuollon ammattihenkilö toteaa jonkun henkilön olevan kiireellisen hoidon tarpeessa taikka kun jonkun henkilön todetaan muiden kuin terveydenhuollon viranomaisen toimesta todennäköisesti tarvitsevan psykiatrista pakkohoitoa. Se milloin tarve saada terveyden- tai sairaanhoidonpalveluja on objektiivisesti osoitettavissa, riippuu pitkälti vallitsevasta hyvän hoidon standardista eli siitä, kuinka laaja selvittämisvelvollisuus hoidon tarpeen olemassaolosta kyseisellä terveydenhuollon ammattihenkilöllä on. Esimerkiksi hieroja, jonka vastaanotolla hierottava valittaa rintapistosta, ei ole velvollinen huolehtimaan siitä, että kyseisestä henkilöstä otetaan sydänfilmi, mutta on velvollinen varomaan potilaan altistamista toimenpiteelle, joka voi vaarantaa hänen terveytensä. Sairaanhoitaja, joka kohtaa saman tilanteen lääkäriaseman odotushuoneessa, taas on velvollinen huolehtimaan siitä, että tilanne tulee välittömästi jonkun lääkäriaseman lääkärin tietoon.

Jos yksilöidyn henkilön taikka henkilöiden hoidon tarvetta ei ole objektiivisesti osoitettavissa, ei terveydenhuollon ammattihenkilön toimintaan voida soveltaa niitä säännöksiä, jotka määrittävät hoitosuhteeseen liittyvät oikeudet ja velvollisuudet[325]. Terveydenhuollon ammattihenkilö voi esimerkiksi antaa terveydenhuollon valistusta yleisöluennoilla, lehdissä taikka televisioissa. Hänen suosituksiaan seuraava henkilö ei kuitenkaan ole hoitosuhteessa valistusta antaneeseen henkilöön, eikä valistusta antanut terveydenhuollon ammattihenkilö ole millään tavoin erityisessä vastuussa kyseisen henkilön terveydentilan selvittämisestä taikka seuraamisesta, vaan tällaisten yleisölle tarkoitettujen hoito-ohjeiden soveltaminen jää yksilön omalle vastuulle. Yleisten terveyssuositusten seuraamisesta aiheutuneet vahingot eivät nekään kuulu esimerkiksi potilasvahinkolain soveltamisalan piiriin. Normaalit vahingonkorvausoikeudelliset säännökset saattavat toki soveltua, mikäli neuvot ovat ilmeisen virheellisiä, mutta terveydenhuollon ammattihenkilön vahingonkorvausoikeudellinen asema tässä

---

[324] Esimerkiksi koko väestöön kohdistuva terveydenhuolto on suljettu potilasvahinkolain soveltamisalan ulkopuolelle. Ks. HE 54/1986 vp (yksityiskohtaiset perustelut 2 §).

[325] Ks. ibid. Potilasvahinkolain esitöissä on nimenomaan todettu, että lakia ei sovelleta ympäristöterveydenhuoltoon.

suhteessa ei eroa ”tavallisen kansalaisen” oikeusasemasta[326].

Hoitosuhteen olemassaolo ei merkitse, että hoitosuhteen toinen osapuoli olisi aina ”potilas”. Potilaan määrittelylle suomalaisessa lainsäädännössä terveydenhuoltopalvelujen käyttäjäksi on tyypillistä, että määrittelyn ajallinen ulottuvuus eroaa hoitosuhteen ajallisesta ulottuvuudesta. Potilasasema alkaa ja päättyy sen mukaan, miten henkilö käyttää terveyden- ja sairaanhoidon palveluja. Hoitosuhde ja siihen liittyvät velvollisuudet (esimerkiksi salassapitovelvollisuus) jatkuvat vielä senkin jälkeen, kun henkilö ei ole potilasasemassa (eli esimerkiksi sairaus on täysin parantunut). Potilaskäsitteen ja hoitosuhteen eroa kuvaavat seuraavat esimerkit:

- Vapaa-aikanaan kaupungilla kävelevä lääkäri huomaa kadunvieressä makaavan miehen. Pikaisesti miestä vilkaistuaan lääkäri toteaa miehen päihtyneeksi ja soittaa poliisin korjaamaan miehen selviämisasemalle. Mies ei ole potilas, eikä hänen ja lääkärin välille muodostu hoitosuhdetta. Lääkärillä ei myöskään ole mitään erityistä velvollisuutta soittaa poliisia taikka seurata, että poliisi huolehtii miehen hyvinvoinnista. Lääkäri toimintaa koskevat täysin samat normit kuin kaikkien muiden kansalaistenkin toimintaa.
- Vapaa-aikanaan kaupungilla kävelevä lääkäri huomaa kadunvieressä makaavan miehen. Pikaisesti miestä vilkaistuaan, lääkäri toteaa miehen päihtyneeksi. Hän tunnistaa miehen olevan työterveysaseman asiakas, jota lääkäri on aikaisemmin hoitanut alkoholiriippuvuuteen liittyvien ahdistusoireiden takia. Kadulla maatessaan mies ei ole potilas, mutta hänen ja lääkärin välillä on aiempi hoitosuhde[327]. Lääkäri on jatkossa salassapitovelvollinen potilaansa tilasta (esimerkiksi potilaan työnantajaan nähden), mutta hän voi soittaa poliisille rikkomatta salassapitovelvollisuuttaan, koska kadulla makaavan potilaan tila ei ole salaisuus.
- Vapaa-aikanaan kaupungilla kävelevä lääkäri huomaa kadunvieressä makaavan miehen. Pikaisesti miestä vilkaistuaan, lääkäri toteaa miehen päihtyneeksi, mutta tarkemmin katsottuaan huomaa, että mies on kylmänhikinen ja hänen sykkeensä on hyvin nopea. Lääkäri epäilee sydäninfarktia ja soittaa ambulanssin. Kyseinen mies on nyt potilas – alkaen siitä hetkestä, kun lääkäri kiinnitti

---

[326] Esimerkiksi luontaistuotteiden käyttö ei ole koululääketieteen standardin mukaista hyvää hoitoa. Joitain tällaisia tuotteita markkinoivat lääkärit, mutta toiminta ei sinänsä ole rangaistavaa. Mikäli yksittäisen potilaan kohdalla terveydenhuollon ammattihenkilö korvaa asianmukaisen ”hyvän hoidon” tällaisilla tuotteilla, syyllistytään kuitenkin hoitovirheeseen, josta seurauksena voivat olla rajoitukset ammatinharjoittamisoikeuksiin, vahingonkorvausvastuu ja rikosoikeudelliset sanktiot. Ns. *riskinkorotuksesta* ks. Nuutila 1996, s 441–457.

[327] Hoitosuhteen olemassaololle riittää, että henkilö on joskus ollut potilas, vaikka lienee niin, että tällöinkin on olemassa jokin ajallinen raja sille, kuinka kauan lääkärin erityisvelvollisuudet jatkuvat. Tämän rajan pituus taas riippuu ”hyvän hoidon” standardista. Esimerkiksi synnytyksessä avustanut lääkäri on salassapitovelvollinen vastasyntyneen epämuodostumasta niin kauan, kun jollain osapuolella (esim. äiti, isä, lapsi itse) on jokin *oikeudellinen intressi tiedon salaamiseen*.

erityistä huomiota hänen elintoimintoihinsa[328] (kylmänhikisyys, syke) – ja hänen ja lääkärin välille on muodostunut hoitosuhde. Lääkäri on nyt velvollinen huolehtimaan siitä, että kiireellistä apua tarvitseva potilas pääsee asianmukaiseen hoitoon ja hän on myös salassapitovelvollinen potilaansa tilasta. Hän ei enää voi soittaa poliisille rikkomatta salassapitovelvollisuuttaan.

IV. Hoitosuhde muodostuu siis yksilöitävissä olevan henkilön (yleensä potilaan) ja terveydenhuollon ammattihenkilön välille. Terveydenhuollon ammattihenkilö taas saattaa potilaansa hoitamiseksi tarvita muiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden apua ja asiantuntemusta: Potilaalle tehdään tutkimuksia ja hänestä otettuja näytteitä analysoivat toiset terveydenhuollon ammattihenkilöt. Kotisairaanhoitaja saattaa konsultoida yleislääkäriä taikka yleislääkäri erikoislääkäriä. Tutkimuksia suorittavat taikka konsultaatiopyyntöihin vastaavat asiantuntijat suorittavat toimiaan ilmeisessä tarkoituksessa selvittää, ylläpitää taikka parantaa potilaan terveydentilaa. Heillä ei kuitenkaan yleensä ole vastuuta potilaan suoranaisesta hoidosta. Potilaalla ei myöskään yleensä ole mitään merkittävää mahdollisuutta edellyttää, että tiettyjä tutkimuksia tehtäisiin taikka tiettyjä erityisosaajia konsultoitaisiin hänen hoitonsa suhteen. Milloin sitten tällaisten hoitoon osallistuvat terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja hoidettavan välille muodostuu sellainen suhde, että siihen voidaan liittää keskeiset hoitosuhteeseen kuuluvat oikeudet ja velvollisuudet? Käytännön kriteeriksi muodostuu *tosiasiallinen vaikutusmahdollisuus hoitopäätöksiin*. Esimerkiksi laboratoriossa verenkuvavastauksia tulkitseva sairaalakemisti on toki vastuussa tutkimuksen oikein suorittamisesta, mutta hänellä ei ole mitään tekemistä kyseisen potilaan hoidossa tehtävien ratkaisujen suhteen. Röntgenkuvaukseen lähetetyn potilaan osalta taas röntgenhoitajan tai -lääkärin on kussakin yksittäistapauksessa ennen tutkimuksen tekemistä arvioitava, voidaanko tutkimus tehdä vaiko ei ja valmisteltava potilaat kyseiseen tutkimukseen (esim. annettava varjoainetta). On luonnollista ajatella, että ensimmäisessä tapauksessa potilaan ja terveydenhuollon ammattihenkilön välillä ei ole hoitosuhdetta, vaan näytteen käsittelyssä ja tuloksen toimittamisessa kyse on vain kahden terveydenhuollon ammattihenkilön välisestä suhteesta. Jälkimmäisessä tapauksessa taas terveydenhuollon ammattihenkilön (röntgenlääkäri tai -hoitaja) ja kuvattavan välille muodostuu hoitosuhde. Vastaavasti jälkimmäisessä tilanteessa terveydenhuollon ammattihenkilöllä on huomattavasti enemmän velvollisuuksia kuin ensimmäisessä tapauksessa (mm. potilaan informoiminen, joka ensimmäisessä tapauksessa jää kokonaan näytettä pyytäneen terveydenhuollon ammattihenkilön tehtäväksi). Hoitosuhteita voi näin joko muodostua useita tai ne voivat rajoittua hoidettavan ja yhden terveydenhuollon ammattihenkilön välille.

---

[328] Kun lääkäri alkoi tehdä havaintoja miehestä tarkoituksenaan selvittää henkilön terveydentila (ts. tutki hänet), muuttui kadulla maannut mies potilaslain tarkoittamaksi potilaaksi.

Edellisen perusteena voidaan hoitosuhteen tyypillisiksi piirteiksi todeta:

- Hoitosuhde muodostuu terveydenhuollon ammattihenkilön ja hoidettavan välille.
- Hoitosuhteessa terveydenhuollon ammattihenkilön toiminnan selkeänä tarkoituksena on hoidettavan henkilön terveydentilan selvittäminen, ylläpitäminen taikka parantaminen.
- Hoitosuhteen olemassaolo edellyttää yksilöidyn hoidettavan objektiivisesti osoittavissa olevaa tarvetta saada terveyden- tai sairaanhoidon palveluja.
- Hoitosuhteessa terveydenhuollon ammattihenkilöllä on tosiasiallinen vaikutusmahdollisuus hoitopäätöksiin.

Terveydenhuollon toimintayksikön ja hoidettavan välinen oikeussuhde ei ole edellä kuvatussa mielessä hoitosuhde. Suomalainen terveydenhuollon organisaatioita koskeva lainsäädäntö velvoittaa pääasiallisesti vain terveydenhuollon toimintaresurssien luomiseen, mutta ei anna tällä organisaatiolle ”oikeuksia” puuttua yksittäisiin hoitoratkaisuihin. Päinvastoin lainsäädännön lähtökohtana on se, että yksittäisen potilaan hoidosta päättä häntä hoitava terveydenhuollon ammattihenkilö (yleensä lääkäri, ks. kansanterveyslaki 17 §, erikoissairaanhoitolaki 31 § ja 33 §). Hoitosuhteen erottelu erilleen julkisen vallan velvollisuuksista järjestää terveyden- ja sairaanhoidon palveluja ja kansalaisen mahdollisesta oikeudesta vaatia tämän velvollisuuden toteuttamista, tekee kuitenkin myös mahdolliseksi turvata yksittäisen potilaan yksityisyyden suojan terveydenhuollon toimintayksikköön nähden, kuten jäljempänä tullaan tarkastelemaan.

2.6. HOITOSUHTEEN TYYPIT

2.6.1. Potilasaloitteinen hoitosuhde

Valtaosa hoidettavien ja terveydenhuoltohenkilökunnan välisistä kontakteista syntyy potilaan hakeutuessa hoitoon. Tämä voi tapahtua joko varaamalla ajan vastaanotolle taikka saapumalla suoraan terveydenhuollon yksikköön. Molemmissa tapauksissa potilaan esiin tuoma hoidon tarve saa aikaan oikeusvaikutuksia[329]. Tyypillistä potilasaloitteiselle hoitosuhteelle on, että potilas ”päättää” hoi-

---

[329] PVLtk DNo P 550/1998, 7.5.1999: *Hoitosuhteen alkaminen.*
Tapahtumakuvaus:
Potilas soitti noin kello 00.30 terveyskeskuksen päivystysvastaanotolle korvan alettua särkeä. Selvityksen mukaan puhelimeen vastannut sairaanhoitaja kehotti potilasta ottamaan särkylääkettä, nukkumaan puoli-istuvassa asennossa ja tilaamaan ajan päivystykseen aamulla, mikäli siihen on

toon hakeutumisen ajan ja paikan ja usein vaikuttaa vielä merkittävästi hoitohenkilökunnan valintaan (toki terveydenhuollon resurssien puitteissa). Se seikka, että potilas taikka hänen edustajansa tekee näin hoidon tarpeen tiettäväksi hoitohenkilökunnalle, aiheuttaa henkilökunnalle välittömästi velvollisuuksia (esimerkiksi velvollisuuden selvittää potilaan hoidon tarve, velvollisuus tehdä asianmukaiset merkinnät potilasasiakirjoihin, velvollisuus pitää saadut tiedot salassa). Laiminlyönti toimia hoitosuhteeseen liittyvien velvoitteiden mukaisesti voi johtaa esim. vahingonkorvausvelvollisuuteen.

Potilasaloitteisessa hoitosuhteessa potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan (potilaslaki 6 § 1 momentti). Hoitoon hakeutuminen on jo

---

tarvetta. Samana yönä noin kello 05.30 vasen korva alkoi vuotaa märkää. Potilas hakeutui terveyskeskuksen päivystysvastaanotolle seuravana aamuna kello 9.50. Oikea tärykalvo todettiin tuolloin terveeksi, mutta vasemmassa korvakäytävässä todettiin märkäistä eritettä ja vasemman tärykalvon takaosassa todettiin selvä reikä tärykalvossa (perforaatio) ja potilaalle määrättiin kaksi perättäistä antibioottikuuria. Kontrollissa korvasta ei enää todettu eritettä, mutta tärykalvossa todettiin edelleen perforaatio. Tärykalvon perforaatiota hoidettiin paperipaikkauksin lukuisia kertoja. Koska perforaatio ei kokonaan umpeutunut näin menetellen, potilaalle jouduttiin tekemään tärykalvon korjausleikkaus (myringoplastia), joka onnistui hyvin. Tehdyissä kuulotutkimuksissa vasemmassa korvassa todettiin kuitenkin korkeisiin jaksolukuihin ulottuva sisäkorvatyyppinen kuulon alenema. Potilas pyysi potilasvahinkolautakunnan lausuntoa tyytymättömänä Potilasvakuutuskeskuksen hylkäävään korvauspäätökseen. Potilaan käsityksen mukaan päivystävä hoitaja syyllistyi tutkimuksen laiminlyöntiin, jonka seurauksena on aiheutunut pysyvä kuulovika.

Potilasvahinkolautakunnan ratkaisun pääpiirteet:

Potilasvahinkolain (585/86) 2 §:n 1 momentin mukaan potilasvahinkona korvataan henkilövahinko, jonka potilaan tutkimus, hoito tai muu vastaava käsittely taikka sellaisen laiminlyönti on todennäköisesti aiheuttanut. Lain 2 §:n 2 momentin mukaan potilasvahingoksi ei kuitenkaan katsota sellaisen lääketieteellisesti perustellun käsittelyn seurausta, joka ei olisi ollut vältettävissä muulla, potilaan hoidon kannalta yhtä vaikuttavalla menettelyllä.

Nykyisten suomalaisen hoitosuositusten mukaan äkillistä välikorvatulehdusta varsinkin aikuisilla ja isoilla lapsilla voidaan aluksi hoitaa pelkästään särkylääkkeillä. Antibioottia annetaan vasta, jos oireet eivät nopeasti helpotu. Näin menetellään varsinkin yöaikaan ja antibioottihoito aloitetaan vasta seuraavana aamuna, ellei ole erityistä syytä toimia toisin. Äkillinen välikorvantulehdus paranee spontaanistikin ilman mitään hoitoa 70–80 %:ssa tapauksia. Mikrobilääkitys kuitenkin edesauttaa paranemista, minkä takia sitä suositellaan välikorvantulehduksen hoitoon. Sen sijaan mikrobilääkityksen aloittamista heti yöllä korvan kipeydyttyä ei pidetä tarpeellisena.

Kyseisessä tapauksessa on menetelty nykyisten suositusten mukaisesti. Lautakunnan käsityksen mukaan potilaalle oli annettu suositusten mukaiset ohjeet hoitoon hakeutumisesta aamulla, mikäli tilanne ei rauhoitu. Kyseessä on asianmukaisesta menettelystä huolimatta syntynyt epäedullinen seuraus, jollainen ei lautakunnan käsityksen mukaan potilasvahinkolain 2 §:n 2 momentin säädös huomioon ottaen ole potilasvahinkolain nojalla korvattava. Lisäksi voidaan todeta, että osassa tapauksia välikorvantulehdus johtaa perforaatioon antibioottihoidosta huolimatta, mutta tärykalvoperforaation todennäköisyys on pienempi antibiooteilla hoidetuilla potilailla kuin niillä potilailla, joilla antibioottihoitoa ei ole annettu. Tässä tapauksessa tärykalvon puhkeama on syntynyt varsin nopeasti. Sen perusteella lautakunta pitää epätodennäköisenä, että perforaatio olisi ollut vältettävissä, vaikka potilas olisi opastettu tulemaan vastaanotolle jo yöllä ja vaikka mikrobilääkitys olisi aloitettu jo tuolloin. Tärykalvon puhkeamista todennäköisesti edesauttoi se, että potilaalla oli jo lapsuudessaan ollut useita korvatulehduksia, jotka ovat voineet heikentää tärykalvon rakennetta. Lautakunnan käsityksen mukaan potilaalle ei ole aiheutunut potilasvahinkolain nojalla korvattavaa henkilövahinkoa.

sinänsä objektiivinen osoitus potilaan halusta tulla hoidetuksi. Hyvään hoitoon kuuluu potilaan riittävä informoiminen taudin selvittämiseksi tarvittavista tutkimuksista ja toimenpiteistä. Informaation riittävyyttä tai sen puuttumisen aiheuttaman vahingon korvattavuutta arvioidaan potilasvahinkolain kokeneen ammatinharjoittajan standardin mukaan, kuten seuraavassa potilasvahinkolautakunnan ratakisussa tuodaan ilmi.

PVLtk DNo P 571/1996, 8.11.1996: *Oletetun suostumuksen merkitys, kun hoidosta aiheutuu väistämätön komplikaatio.*

Tapahtumakuvaus:
Potilaalle tehtiin yliopistollisessa sairaalassa eturauhasen höyläys virtsaamisongelmia aiheuttaneen eturauhasen liikakasvun vuoksi. Ennen toimenpidettä tehdyt tutkimukset olivat herättäneet epäilyksiä eturauhassyövästä, mutta otetuissa koepaloissa ei todettu pahanlaatuisuuteen viittaavaa. Höyläystoimenpidettä haittasi jonkin verran runsas verenvuoto ja siitä johtuva huono näkyvyys. Eturauhaskudosta poistettiin yhteensä 28 grammaa. Toimenpiteen jälkeen potilaalla esiintyi lievää virtsan karkailua, joka kuitenkin sairauskertomuksen mukaan suurimmaksi osaksi korjautui ennen kotiutumista. Jälkitarkastuksessa potilaan todettiin olevan virtsanpidätyskyvytön. Urodynaamisessa tutkimuksessa todettiin sulkijajärjestelmän toimintakyvyn heikentyneen huomattavasti. Eturauhasen höyläysalue ei ulottunut sulkijalihakseen asti, joten varsinaisesta toimenpidekomplikaatiosta ei tähystyskertomuksen mukaan ollut kyse. Potilas teki Potilasvakuutusyhdistykselle ilmoituksen eturauhasen höyläyksen jälkeisestä virtsanpidätyskyvyttömyydestä. Potilasvakuutusyhdistys totesi korvauspäätöksessä, että tässä tapauksessa toteutettu hoito oli ollut lääketieteellisesti arvioiden perusteltua ja asianmukaista. Potilaalle aiheutunut komplikaatio oli hänen saamaansa hoitoon liittyvä seuraus, jota ei voitu välttää. Höyläysleikkaukseen liittyy virtsanpidätyskyvyn heikkenemisen riski. Tällä perusteella korvausta ei voitu maksaa. Potilas oli tyytymätön Potilasvakuutusyhdistyksen korvauspäätökseen. *Hänen mukaansa lääkärit eivät missään vaiheessa valistaneet häntä komplikaation mahdollisuudesta.*
Potilasvahinkolautakunnan ratkaisun pääpiirteet:

Potilasvahinkolain 2 §:n 2 momentin mukaan potilasvahingoksi ei katsota sellaisen lääketieteellisesti perustellun käsittelyn seurausta, joka ei olisi ollut vältettävissä muulla, potilaan hoidon kannalta yhtä vaikuttavalla menettelyllä. Lautakunta toteaa potilaalle tehdyn eturauhasen höyläyksen olleen lääketieteellisesti perusteltu virtsaamisvaikeutta aiheuttaneen eturauhasen liikakasvun vuoksi. Toimenpidekertomuksesta saatavan selvityksen perusteella arvioituna toimenpide tehtiin normaaliin tapaan. Lautakunta toteaa asianmukaisestikin toteutettuun eturauhasen höyläykseen liittyvän virtsanpidätyskyvyn heikkenemisen mahdollisuus. Potilaan tapauksessa kysymys on lääketieteellisesti perustellun ja asianmukaisesti toteutetun toimenpiteen aina mahdollisesti seurauksesta. Kyseessä ei ole potilasvahinkolain säännösten perusteella korvattava henkilövahinko.

Lautakunta pitää tärkeänä, että potilaalle kerrotaan toimenpiteeseen liittyvistä riskeistä. Potilasvahinkolain 2 §:n mukaisen korvattavan hoito vahingon käsite on kuitenkin määritelty pitäen silmällä sitä, onko henkilövahinko to-

dennäköisesti potilaan hoidon aiheuttama, onko hoito ollut lääketieteellisesti perusteltua ja olisiko seuraus ollut vältettävissä muulla, potilaan hoidon kannalta yhtä vaikuttavalla menettelyllä. *Potilasvahinkolain mukaisessa hoitovahingon käsitteessä ei ole erikseen kiinnitetty huomiota siihen, millaisen informaation potilas on saanut hoitotoimenpiteiden luonteesta ja niihin mahdollisesti liittyvistä riskeistä*. Tämän vuoksi lautakunta katsoo, että hoidon riskeistä annetun informaation mahdollisella puutteellisuudella ei ole merkitystä kysymyksessä olevan korvausasian ratkaisemisen kannalta[330]:

Kyseisessä potilasvahinkolautakunnan ratkaisussa ei se seikka, että lääkäri oli jättänyt kertomatta potilaalle eturauhasleikkaukseen yleensä liittyvästä komplikaatiosta, riittänyt perustamaan vahingonkorvausvelvollisuutta (vaikka puutteellinen potilaan informoiminen sinänsä voi olla moitittavaa)[331]. Sen sijaan eturauhasleikkaukseen harvemmin liittyvä komplikaatio, joka ilmeisesti syntyisi vain ja juuri tässä leikkauksessa ja tämän lääkärin suorittamana, olisi sellainen seikka, josta informoinnin laiminlyöminen, voisi aiheuttaa vahingonkorvausvelvollisuuden[332]. Yhdysvaltalaisessa oikeuskirjallisuudessa, jossa puutteellisen informoinnin merkitystä on laajalti tarkasteltu vahingonkorvausvelvollisuuden kannalta, onkin edellytetty nimenomaan, että puutteellisen potilaan informoimisen aiheuttaman vahingonkorvausvelvollisuuden edellytyksenä (jonka perusteena on siis potilaan puuttuva suostumus toimenpiteeseen) tulee olla selkeä syy-yhteys puutteellisen informaation ja vahingon aiheutumisen välillä. Toisin sanoen potilaalla tulee myös todellisuudessa olla ollut mahdollisuus suorittaa sellainen valinta hoitovaihtoehtojen välillä, että tiedot saatuaan hän todennäköisesti olisi valinnut toisen hoitolinjan ja että toisen hoitolinjan valitsemisella vahinko olisi todennäköisesti jäänyt syntymättä[333].

Terveydenhuollon valvontaviranomaiset ovat ratkaisuissaan omaksuneet lin-

---

[330] Myös Ruotsissa on suhtauduttu pidättyvästi siihen, että pelkkä suostumuksen puuttuminen objektiivisesti katsoen tarpeellisen lääketieteellisen toimenpiteen suorittamiseen voisi synnyttää vahingonkorvausvelvollisuuden. Löwdahl 1988, s. 3248–3250.

[331] Ks. Brahams 1984, s. 578 ja siinä tapaus käsitelty tapaus (U.K. [1985] 1 All ER 643, *Sidaway vs. Bethlem Royal Hospital and the Maudsley Hospital Health Authority and others)*, jossa spinaalistenoosin korjausleikkauksen yhteydessä potilaalle kehittyi oikean puolen halvaus. Kyseisen komplikaation riski ao. toimenpiteessä on n. 1–2 %: ”The law is content to adopt the standard of ordinary skilled medical man .. It may be that the same is true of the duty of disclosure, but I do not regard this as self evident .. A doctor’s duty of care .. involves him evaluating risks and weighting advantages and disadvantages before recommending a particular type of treatment. But, having decided what to recommend, there must be a natural, and up to a point, praiseworthy desire that this advice shall be accepted and a strong temptation not to say anything to the patient which might lead to its rejection and to frustrate the doctor’s prime object which is to maintain and improve the patients health.”

[332] Ks. edellä KKO DNo 3938/81, 1.4.1982 ja Lehtonen 1985, s. 282–289. Toisin KKO 1984 II 163.

[333] Morton 1987, s. 120–121. Samoin suomalaisessa käytännössä PVLtk DNo P 282/1996, 30.10.1996.

jan, jonka mukaan ilman potilaan nimenomaista suostumusta toimiminen on jo sinänsä moitittavaa, vaikkei potilaalle aiheutuisi tästä mitään objektiivista vahinkoa. Osa näistä ratkaisuista on jo ajalta ennen potilaslain säätämistä:

> LKH DNo 8758/48/73: Potilaan kantelun johdosta annetussa päätöksessä lääkintöhallitus totesi, että kantelun kohteena ollut lääkäri oli potilasta hoitaessaan tälle etukäteen suunniteltujen leikkaustoimenpiteiden lisäksi poistanut emättimen etureunasta kudosopillista tutkimusta varten papillomamaisen tuumorin, josta sairauskertomuksen mukaan oli tehty patologisanatominen diagnoosi: Caruncula urethrae (virtsaputken lisuke). Päätöksen mukaan, vaikka tämän leikkauksen yhteydessä todetun kasvaimen poistamista voitiin pitää lääketieteellisesti perusteltuna ja potilaalle täysin vaarattomana toimenpiteenä, on leikkauksen suorittajalla pääsääntöisesti oltava potilaan suostumus suorittamalleen toimenpiteelle. Sen vuoksi ja ottaen huomioon, etteivät olosuhteet kantelun tarkoittamassa hoidossa olleet sen laatuiset, että kyseisen kasvaimen poistaminen olisi ollut katsottava kiireelliseksi tai muuten välttämättömäksi toimenpiteeksi, lääkintöhallitus antoi kantelun kohteena olleelle lääkärille huomautuksen[334].

Tämän kanteluasian johdosta antamassaan lausunnossa *Lahti* on todennut, ettei potilaan suostumuksen hankkiminen olisi viivyttänyt kyseistä poistotoimenpidettä potilaan henkeä tai terveyttä vakavasti vaarantavalla tavalla. Toisaalta potilas ei ollut nimenomaisesti kieltänyt ryhtymästä kasvaimen poistotoimenpiteeseen ja toimenpide oli ollut lääketieteellisesti perusteltu. Kyseessä ei kuitenkaan ollut sellainen tapaus, jossa hoitotoimenpide potilaan suostumuksen puuttumisesta huolimatta olisi ollut oikeudenmukainen. Tilanne olisi voinut olla toinen, jos potilaan suostumuksetta olisi laajennettu samaa elintä tai elinryhmää koskevaa toimenpidettä[335]. Lääkintöhallituksen kannan mukaan leikkaavalla lääkärillä oli ollut velvollisuus potilaan suostumuksen aktiiviseen hankkimiseen ennen toimenpiteeseen ryhtymistä[336].

Edellä mainitussa tapauksessa oli kysymys sellaisen toimenpiteen suorittamisesta muun hoidon yhteydessä, joka ei välittömästi liittynyt potilaalle annettavaan muuhun hoitoon. Oikeuskirjallisuudessa omaksutun kannan mukaan voidaan sen sijaan hoitotoimenpiteen ulottuvuuden laajentamiseen ryhtyä ilman

---

334 Achté ja Hoppu 1983, s. 208–209 ja Oesch 1977, s. 98–99.

335 Lahti 1977a, s. 119–120.

336 Vrt. myös Lahti 1977b, s. 150: ”Selontekoa tai nimenomaista suostumusta ei oikeudelliselta kannalta voitane pitää välttämättömänä silloin, kun on kyse vaarattomasta tai vähäisen riskin sisältävästä toimenpiteestä ... Suostumuksen puutteen osoittanee tällöin vain hänen ilmaisemansa kieltäytyminen tietystä hoitotoimenpiteestä.”

Ks. myös Lausuntoyhteenveto terveydenhuollon oikeussuojatoimikunnan mietintö II:sta s. 14 (Suomen Hammaslääkäriliitto ry:n lausunto): ”Potilaan henkilökohtainen koskemattomuus on ollut yleisesti hyväksytty periaate terveydenhuollossa, ja mikäli tätä koskeva säännös halutaan kirjata lakitekstiin, tulee siitä selvästi ilmetä, ettei potilaan nimenomaista suostumusta tarvitse hankkia vähäisinä pidettäviin toimenpiteisiin.”

potilaan nimenomaista suostumusta, jos se koituu hoidettavan hyväksi ja jos jälkeenpäin suoritetun objektiivisen arvioinnin perusteella todetaan hoitoa antaneella olleen syytä otaksua hoidettavan tilanteen tuntiessaan suostuvan toimenpiteeseen[337]. Tämä periaate perustuu (rikosoikeudelliseen) oppiin edellytettyyn suostumukseen perustuvasta asianhuollosta[338]. Edellytetyn taikka oletetun suostumuksen konstruoiminen perustuu vain yleiseen elämänkokemukseen siitä, miten hengenvaarassa olevat ihmiset sairaalaan tuomiseen suhtautuvat[339]. Enemminkin hoitotoimenpiteiden oikeudenmukaisuus olisi kuitenkin perustettavissa siihen hoitovelvollisuuteen, joka seuraa terveydenhuollon ammattihenkilön asemasta ja hyvän hoidon standardista[340].

Edellytetyn suostumuksen perusteella on yleensä katsottu voitavan paitsi laajentaa sellaisen toimenpiteen, johon potilas on suostunut, ulottuvuutta, myös ryhtyä uuteen vähäiseen ja potilaan hoidon kannalta tarpeelliseen toimenpitee-

---

[337] Lahti 1977b, s. 150–151.

[338] Lehtonen 1985, s. 276–279. Ks. myös Anttila 1946, s. 181 - 188 sekä sivulla 187 esitetty esimerkki: ”Lääkäri tekee leikkauksen A:lle tämän suostumuksin. Leikkauksen yhteydessä lääkäri havaitsee, että toimenpide on ulotettava laajemmalle kuin aikaisemmin oli otaksuttu. Lääkäri voisi menetellä niin, että antaisi potilaan herätä narkoosista ja kysyisi sitten tältä luvan, mutta kun potilaan intressin mukaista ilmeisesti on, että leikkaus toimitetaan viivytyksettä ja on oletettavissa, että potilas antaisi siihen suostumuksensa, lääkäri tekee leikkauksen. Hänen toimenpidettään ei voi katsoa oikeudenvastaiseksi, sillä potilaan suostumuksen, mikä säännönmukaisesti on oikeudenmukaisen lääkärintoiminnan edellytys, korvaa tässä tapauksessa edellytetyn suostumuksen perusteella tapahtunut asiainhuolto.” Ks. myös Ks. Waltz and Inbau 1971, s. 175–176 ja Bappert 1980, s. 57. Potilaan oletetun suostumuksen perusteella ei tietenkään voida ryhtyä toimenpiteisiin, jotka eivät ole objektiivisesti arvioiden potilaalle edullisia. Tällainen toimenpide on katsottava taitovirheeksi oli siihen potilaan suostumus tai ei: LKH DNo 9934/48/74: Lääkäri sai huomautuksen poistaessaan luvatta (selkäleikkauksen komplikaationa syntyneen) laskimovaurion korjausleikkauksen aikana potilaalta umpilisäkkeen. Lääkintöhallituksen käsityksen mukaan ei umpilisäkkeen poistamista voinut pitää suotavana, koska potilaalle oli jo syntynyt leikkauskomplikaatio, jonka aiheuttamasta vaaratilanteesta pääsemiseksi umpilisäkkeen poistaminen ei ollut tarpeen. Sitä paitsi tämä toimenpide ilmeisesti lisäsi infektiovaaraa vatsaontelossa ja suoliston lamauksen vaaraa, josta oli jo merkkejä.

[339] Ks. esim. Euroopan Neuvoston bioetiikkasopimuksen 8 artikla ja vastaava explanatory memorandum (http://conventions.coe.int/treaty/EN/cadreprincipal.htm): ”In emergencies, doctors may be faced with a conflict of duties between their obligations to provide care and seek the patient’s consent. This article allows the practitioner to act immediately in such situations without waiting until the consent of the patient or the authorisation of the legal representative where appropriate can be given. As it departs from the general rule laid down in Articles 5 and 6, it is accompanied by conditions.”

Oletetun suostumuksen -konstruktiota käytetään myös varmistamaan terveydenhuollon toiminnan tehokkuus. Esimerkiksi terveydenhuollon sisäiset tiedonsiirrot ovat mahdollisia potilaan ”asiayhteydestä muutoin ilmenevän suostumuksen perusteella” (HE 181/1999 vp., yksityiskohtaiset perustelut 13 §). Asiayhteydestä ilmenevä suostumus määritellään potilaslain 13 §:ssä: Asiayhteydestä ilmenevällä suostumuksella tarkoitetaan muuta kuin kirjallisesti tai suullisesti annettua suostumusta, jonka potilas on antanut vapaaehtoisesti tietoisena tietojen luovuttamisesta, luovutettavista tiedoista ja luovuttamisen merkityksestä.

[340] Kas. jäljempänä 3.4.1. ja 3.4.2.

seen[341]. Samoin on pidetty luonnollisena olettamusta potilaan suostumuksen ulottumisesta myös toisenlaisen, mutta samaan tarkoitukseen (vaivan poistamiseen) tähtäävän, toimenpiteen suorittamiseen[342], jos hoitotoimenpiteen yhteydessä lääkärin primaaridiagnoosi osoittautuu virheelliseksi ja vaiva, jonka takia potilas on hoitoon hakeutunut, hoidoltaan toisenlaiseksi, kuin alunperin oli ajateltu. Jos hoidon merkitys ja lopputulos kuitenkin on aivan toisenlainen, kuin mitä potilas on luullut, ja kyse ei ole hätätilanteesta, jossa potilaan suostumusta ei voida hankkia, ei hoidon yksipuolista laajentamista lääkärin toimesta voi pitää hyväksyttävänä[343].

AOA DNo 249/4/98, 30.12.1999: *Potilaan hoitaminen yhteisymmärryksessä hänen kanssaan*.

Kantelija arvosteli synnytyksen yhteydessä saamaansa hoitoa K:n keskussairaalassa. Hän kertoi sairaalan naistentautien ja synnytysten ylilääkärin suorittaneen hänelle kivuliaan istukan käsin irrotuksen nukuttamatta ja kertomatta toimenpiteestä hänelle.

Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen ja sen pysyvän asiantuntijan lausuntojen mukaan kantelijalle ei tehty istukan käsin irrotusta. Sen sijaan ylilääkäri irrotti istukan vetämällä napanuorasta ja puristamalla toisella kädellä kohtua. Asiantuntijalausuntojen mukaan oli ilmeistä, että tämä aiheutti voimakasta kipua. Kyse oli istukan irrottamisesta yli 1,5 tuntia synnytyksestä. Tähän mennessä kaikki kätilön käytettävissä olevat keinot oli käytetty, anestesia- ja

---

[341] Ks. Sagall and Reed 1970, s. 134 ja siinä esitetty tapaus U.S. 90 S.E. 2d (1956), *Kennedy vs. Parrot*: Lääkäri oli umpilisäkkeen poiston yhteydessä punktoinut laajentuneet munasarjan kystat, minkä jälkeen potilaalle oli kehittynyt phlebiitti. Potilas ajoi myöhemmin kannetta lääkäriä vastaan luvattoman toimenpiteen johdosta. Tuomioistuin hylkäsi kanteen todeten mm. seuraavaa: ”The law should encourage self-reliant surgeons to whom patients may safely entrust their bodies not to shrink from duty for fear of a law suit. The law does not insist that a surgeon shall perform every operation according to plans and specifications approved in advance by the patient and carefully tucked away in his office-safe for courtroom purposes.” Ks. Myös Morton 1987, s. 117–119.

[342] Ks. Waltz and Inbau 1971, s. 175–176 ja siinä esitetty tapaus U.S. 34 A 2d 626 Mun. Ct. App. D.C (1943), *Barnett vs. Bacharach*: Naispotilas valitti alavatsakipuja ja lääkäri teki diagnoosin, jonka mukaan kyseessä oli kohdun ulkopuolinen raskaus. Leikkauksessa hän kuitenkin havaitsi, että potilaalla oli normaali raskaus ja sen lisäksi akuutti umpilisäkkeen tulehdus. Lääkäri poisti umpilisäkkeen ja potilas toipui hyvin synnyttäen myöhemmin terveen lapsen. Potilaan aviomies väitti umpilisäkkeen poiston olleen luvattoman ja kieltäytyi maksamasta lääkärinpalkkiota. Tuomioistuin katsoi, että kyse oli ollut odottamattomasta tilanteesta, jossa lääkärillä oli ollut oikeus olettaa potilaan suostuvan toimenpiteeseen ja hylkäsi potilaan aviomiehen vaatimukset: ”What was the surgeon to do? Should he have left her on the operation table, her abdomen exposed, and gone in search of her husband to obtain express authority to remove the appendix and subject the patient, pregnant as she was, to a general spread of the poison in her system, or to the alternative danger and shock of a second independent operation to remove the appendix. Or should he have done what his professional judgement dictated...”

[343] Ks. esim. Sagall and Reed 1970, s. 139 ja siinä esitetty tapaus U.S. Wis. 260 N.W. 448 (1935), *Paulsen vs. Gunderson*: ”Yksinkertainen korvaleikkaus, johon ei liity mitään vaaraa”, muuttui radikaaliksi mastoidektomiaksi, johon liittyi vasemman korvan kuulon menetys ja vasemman kasvohermon halvaus.

leikkausryhmä kutsuttu paikalle ja potilaalle ilmoitettu, että hänelle tehtäisiin nukutuksessa istukan käsin irrotus.

AOA totesi omana käsityksenään seuraavan:

Potilasta on potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (potilaslain) mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Tämä merkitsee sitä, että potilaan suostumus on hoitotoimenpiteiden luvallisuuden edellytys. Ylilääkärin selityksestä ilmeni, että potilas antoi suostumuksensa vain ylilääkärin toteaman runsaan vuodon johdosta tehtävään istukan irtoamisen tilaa koskevaan tutkimukseen. Ylilääkäri kertoi pyytäneensä kantelijalta lupaa saada vetää napanuorasta. Asiakirjoista käytettävissä olevasta selvityksestä ei ilmennyt, että kantelija olisi antanut tähän suostumuksensa. Ylilääkäri kertoi seuranneensa kantelijaa katseellaan ja informoineensa häntä koko ajan tekemisistään. Tältä osin kätilön ja ylilääkärin selvitykset olivat yhteneviä. Toimenpiteiden suorittamisen kestosta oli sen sijaan esitetty eriäviä käsityksiä. Ylilääkärin selityksen mukaan toimenpiteiden suorittaminen kesti yhdestä kahteen minuuttia, kätilön antaman selvityksen mukaan aikaa kului enemmän.

Kantelija oli valmisteltu ja psyykkisesti valmistautunut nukutuksessa tehtävään istukan käsin irrotukseen. Ylilääkärin suorittamat toimenpiteet olivat hänelle yllättäviä ja niihin liittyi mitä ilmeisimmin voimakasta kipua. Terveydenhuollon ammattihenkilön ammattitoiminnan päämääränä on potilaiden kärsimysten lievittäminen. Kun toimenpiteiden tiedetään kliinisen kokemuksen perusteella aiheuttavan potilaalle voimakasta kipua, kysymys on niin vakavasta potilaan koskemattomuuteen puuttumisesta, että lääkärin on ennen toimenpiteiden suorittamista varmistuttava hänen nimenomaisesta suostumuksestaan. Potilaan tahdon sisällöstä on varmistuttava myös silloin, kun valittavana on eri hoitovaihtoehtoja. Nyt kysymyksessä olevassa tapauksessa vaihtoehtona olisi ollut istukan käsin irrotus nukutuksessa.

Ylilääkärin suorittamia toimenpiteitä ei AOA:n käsityksen mukaan toteutettu potilaslaissa edellytetyllä tavalla yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Näitä toimenpiteitä ei AOA:n käsityksen mukaan voitu pitää sellaisina vähäisinä toimenpiteinä, joiden suorittamiseen riitti potilaan hiljainen suostumus. Kantelijan seuraamista katseella ja toimenpiteistä informoimista ei voitu myöskään pitää riittävinä keinoina varmistua potilaan nimenomaisen suostumuksen olemassaolosta. Eri hoitovaihtoehtoja ei selvitetty potilaalle. AOA katsoi, että ylilääkäri ei antanut kantelijalle potilaslaissa edellytetyllä tavalla riittävästi selvitystä hänen tilastaan, tehtävistä toimenpiteistä ja niiden vaihtoehdoista, siis niistä hänen hoitoonsa vaikuttavista seikoista, joilla olisi ollut merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan. Hän katsoi, että kantelija ei saanut tässä suhteessa sellaista laadultaan hyvää terveyden- ja sairaanhoitoa, josta potilaslaissa säädetään. Hän antoi synnytysten ja naistentautien ylilääkärille huomautuksen hänen virheellisestä menettelystään.

Potilaan suostumukseen olettamiseen potilasaloitteisessa hoitosuhteessa tulee yleensä suhtautua pidättyvästi ja periaatteellisena lähtökohtana potilaan asemaa koskevalle tarkastelulle tulee olla, että sairaalla ei ole mitään yleistä velvollisuutta alistua lääkärin tutkittavaksi tai hoitoon[344]. Esimerkiksi edellä esitetyssä ta-

[344] Lehtonen 1985, 273–276.

pauksessa kyse oli juuri siitä, että potilas oli valmistautunut nukutuksessa tapahtuvaan toimenpiteeseen, kun taas hoitava lääkäri oli ”olettanut” potilaan suostumuksen ulottuvan sinänsä tarpeellisen toimenpiteen mahdollisimman nopeaan suorittamiseen. Vaikka toimenpiteiden lopputulos (istukan irrottaminen) oli sama ja toimenpiteet olivat lääketieteellisesti perusteltuja, on potilaan kannalta toki suuri ero siinä, suoritetaanko kivulias toimenpide anestesiassa vai ei.

Hoidosta tai tutkimuksesta kieltäytyminen saattaa kuitenkin aiheuttaa potilaalle paitsi terveydellistä haittaa, myös erilaisten etuuksien menetyksen[345].

---

[345] Esimerkiksi PVLtk DNo P 102/1995, 3.4.1996: *Hoidosta kieltäytyminen, oikeus korvaukseen. Tapahtumakuvaus:*

Potilas oli hakeutunut keskussairaalaan vasemman silmän kaihileikkausta varten. Tässä vaiheessa hänen oikean silmänsä näkö oli normaali ja vasemman silmän näöntarkkuus oli 0.1. Hänelle tehtiin kaihileikkaus, jonka yhteydessä hänelle asetettiin silmänsisäinen tekomykiö. N. kuukausi leikkauksen jälkeen silmään tuli ärsytysoireita ja siinä todettiin värikalvon tulehdus, johon aloitettiin paikallinen kortisonihoito. Tulehdus ei missään vaiheessa rauhoittunut täysin ja 4 kk myöhemmin hoitoon lisättiin systeeminen kortisoni. Seuraavana vuonna jouduttiin tekemään samentuneen takakapselin avaus laserilla ja kk laseroinnin jälkeen todettiin ensimmäisen kerran verkkokalvon turvotusta tarkan näkemisen alueella. Tulehdusoireet pahenivat edelleen ja silmässä todettiin kohonneita silmänpainearvoja, minkä takia potilas oli osastohoidossa. Näön tarkkuuden huononnuttua ja lasiaissamentumien lisäännyttyä potilas siirtyi yliopistollisen sairaalan silmätautien klinikalle hoitoon. Tänä aikana vasempaan silmään tehtiin lasiaisen poistoleikkaus ja samalla lasiaisesta otettiin bakteerinäytteet. Yhdessä näytteessä kasvoi niukasti staphylokokki-bakteeri, minkä vuoksi potilas sai leikkauksen aikana ja sen jälkeen antibiootti- ja kortisonihoitoa. 2 vuotta kaihileikkauksen jälkeen vasemman silmän näöntarkkuus oli 0.8 osittain lasikorjauksella (– 0.5 cyl + 0.25 ax 0”). Sittemmin näkö hieman huonontui ja viimeisissä kontrolleissa vasemman silmän näöntarkkuus oli 0.6 osittain edellä mainituilla korjauksilla. Silmä vaatii jatkuvasti vähäistä paikallista kortisonilääkitystä sekä painelääkitystä. Vasemman silmän hoidon aikana oikean silmän näön tarkkuus vähitellen heikentyi lisääntyvän kaihin vuoksi. Vasemman silmän taudin kulun vuoksi oikean silmän kaihileikkausta lykättiin. Potilasasiakirjoihin oli merkitty, että potilas ei halunnut oikean silmän kaihileikkausta. Viimeisessä kontrollissa oikean silmän näöntarkkuus oli 0.05.

Potilasvakuutusyhdistys on katsonut, että silmään tullut infektio on potilasvahinkolain 2 §:n nojalla korvattava infektiovahinko. Potilaalle maksettiin kivusta ja särystä yhteensä 11 000 markkaa (B 2) sekä korvattiin lääkityksestä, sairaalahoidosta, poliklinikkakäynneistä ja matkoista aiheutuneita kuluja. Potilasvakuutusyhdistys pyysi lautakunnan lausuntoa mm. siitä, onko potilasvahingosta jäänyt pysyvää vikaa ja haittaa. Potilas totesi vastineessaan mm, että ilman infektiovahinkoa hän ei olisi missään vaiheessa joutunut työkyvyttömäksi. Oikean silmän leikkauksen ajankohdan oli alun perin pitänyt olla n. 6 kk ennen vasemman silmän oireiluista aiheutuneen yhteensä lähes 3 vuoden sairasloman (ja sittemmin osittaisen työkyvyttömyyseläkkeen) päättymistä. Työkyvyttömyyseläkkeen jatkuminen perustuu aikaisemmasta suunnitelmasta poikkeavaan potilaan omaan päätökseen siitä, että oikeaa silmää ei leikattaisi.

Potilasvahinkolautakunnan ratkaisun pääpiirteet:

Asiakirjoista ilmenee, että ennen kaihileikkausta potilaan oikean silmän näöntarkkuus on ollut 1.0 ja vasemman 0.1, mikä vastaa haittaluokkaa 3. Kaihileikkauksen jälkeen ennen infektiota leikatun silmän näöntarkkuus oli ollut 0.9 eli näöntarkkuuden haittaluokka oli ollut 0. Tällä hetkellä oikean silmän näöntarkkuus oli 0.05 kaihin vuoksi ja vasemman eli leikatun ja infektoituneen silmän näön tarkkuus 0.6 johtuen osittain infektion jälkeisestä verkkokalvoturvotuksen jälkitilasta. Lautakunta katsoi, että hoidon ennuste näöntarkkuuden suhteen ilman potilasvahinkoa olisi ollut hyvä, eli näön tarkkuus olisi saatu jokseenkin normaaliksi. Tätä tukee myös se seikka, että ensimmäisessä jälkitarkastuksessa vasemman silmän näöntarkkuus oli ollut 0.9 eli lähes normaali. *Tämän hetkinen haitta-aste johtui kuitenkin siitä, että potilas oli kieltäytynyt jo sovitusta oikean*

Potilasaloitteisessa hoitosuhteessa terveydenhuollon ammattihenkilön toiminnan perustana on siis pääsääntöisesti potilaan nimenomainen suostumus ja siihen liittyvä salliva tahdonsuunta hoitoon liittyvien toimenpiteiden suorittamiselle (näytteenotto, lisätutkimukset, lääkityksen nauttiminen yms.). Merkittävät puuttumiset henkilön fyysiseen koskemattomuuteen edellyttävä potilaan (lisä)informoimista ja suostumuksen täydentämistä ja tarkentamista.

Hoitohenkilökunnan puuttuminen potilaan muuhun yksityisyyteen ei edes potilasaloitteisessa hoitosuhteessa kuitenkaan edellytä yhtä nimenomaista suostumusta. Potilaan yksityiselämää koskevien tietojen vieminen sairausasiakirjoihin, sairausasiakirjamerkintöjen liittäminen terveydenhuollon toimintayksikön tiedostoihin ja erilaiset ilmoitukset hoitotapahtumasta *eivät ollenkaan edellytä potilaan suostumusta,* joskin henkilörekisterien käyttötarkoitussidonnaisuus rajoittaa mahdollisuuksia potilasta koskevien tietojen jatkokäyttöön[346]. Jäljempänä tullaankin tarkastelemaan, miten potilaan tiedollinen itsemääräämisoikeus rajoittaa hoitohenkilökunnan mahdollisuuksia käyttää ja käsitellä potilaan yksityiselämää koskevia tietoja.

2.6.2. Hoitovelvollisuuteen perustuva hoitosuhde

Potilaan oletetaan siis jo pelkällä lääkärin hoitoon saapumisellaan suostuneen joidenkin tutkimusten ja toimenpiteiden suorittamiseen[347]. Vastaavalla tavalla oletetaan, että ensiaputoimenpiteiden tarpeessa oleva potilas, joka ei pysty minkäänlaiseen tahdonilmaisuun edes hoitoon menemisen suhteen, suostuu hengen ja terveyden suojaamiseksi tarpeellisiin toimiin[348]. Potilaslain 8 §:n mukaan potilaalle on annettava hänen henkeään tai terveyttään uhkaavan vaaran torjumiseksi tarpeellinen hoito, vaikka potilaan tahdosta ei tajuttomuuden tai muun syyn vuoksi voi saada selvitystä. Jos potilaan kunto parantuu siihen tilaan, että hän pystyy omaehtoisiin tahdonilmaisuihin, tulee tahdonilmaisut toki huomioida ja muuttaa alun perin valittua hoitolinjaa[349].

---

silmän kaihileikkauksesta. Lautakunta piti todennäköisenä, että oikean silmän näöntarkkuus olisi saatu lähes normaaliksi leikkauksella. Näin ollen leikkauksen jälkeen potilaan näöntarkkuuden haittaluokka olisi ollut 0. *Koska potilaan näöntarkkuudessa ilmenevä haitta-aste on korjattavissa leikkauksella ja potilas on itse kieltäytynyt toimenpiteestä, lautakunta katsoo, että näöntarkkuuden haitta- astetta ei tule korvata potilasvahingosta aiheutuneena pysyvänä vikana ja haittana*.

346 TSL DNo 45/761/96.

347 Morton 1987, s. 117–119. Ks. myös Brahams 1985, s. 528.
Kanerva et al. (Kanerva et al. 1999, s. 483–493) ovat selvittäneet suostumuksen hankkimista suomalaisessa hoitokäytännössä. Tavallisin kirurgiseen toimenpiteeseen suostumisen muoto oli vapaaehtoinen saapuminen sairaalaan toimenpidettä varten.

348 Lahti 1977b, s. 150; Ks. myös KM 1982:65, s. 45 sekä Appelbaum 1987, s. 28–34.

349 Lidz et al. (1998, s. 1385–1389) näkevät potilaan hoitoon suostumisen yksittäisen tahdonilmaisun sijasta pitkäkestoisempana prosessina. Tämä vastaa lääketieteellistä todellisuutta sikäli, että tautien diagnoosit eivät yleensä ole heti selviä ja hoidon toteuttaminen usein tapahtuu yrityksen ja

Hoitovelvollisuuteen perustuva hoitosuhde syntyy useimmiten tilanteissa, jossa hoidettava tarvitsee kiireellistä hoitoa[350]. Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain 15 § velvoittaa antamaan apua kiireellisen hoidon tarpeessa olevalle. Hoitohenkilökunta on tällöin vain hyvin rajatusti velvollinen potilaan tahdonsuunnan selvittämiseen[351]. Muita tyypillisiä tilanteita, joissa hoitosuhteen syntyminen perustuu terveydenhuollon ammattihenkilön hoitovelvollisuuteen, on tilanne, jossa potilas on kyvytön tai haluton ilmaisemaan tahdonsuuntaansa eikä ole sitä myöskään ennalta tehnyt tiettäväksi[352]. Jos potilaan tahdosta hoitovalintojen suhteen ei ole saatavissa selvitystä (esim. potilaan omaisilta taikka edustajilta), on potilasta hoidettava sellaisella tavalla, jota voidaan pitää hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisena (potilaslaki 6 § 2 ja 3 momentti).

Hoitovelvollisuuteen perustuvissa hoitosuhteissa hoitotoimenpiteiden oikeudenmukaisuuden perusteleminen potilaan konkludenttisella suostumuksella on sikäli kyseenalaista, ettei potilas välttämättä ole osoittanut minkäänlaista omaaloitteisuutta hoitoon hakeutumisen suhteen[353]. Tällöin on myöskään vaikea asettaa mitään objektiivista tosiasia-aineistoa sen seikan tueksi, että potilaan tahdonsuunta on alun alkaen ollut salliva hoitotoimenpiteen suorittamiselle[354]. Ensiapupoliklinikalle tuotava potilas on jopa saattanut yrittää itsemurhaa ja näin epäsuorasti ilmaista, ettei hän halua yritystään vaikutettavan lääketieteellisellä hoidolla. Itsemurhaa yrittäneen potilaaseen kohdistuva hoitovelvollisuus osoittaakin käytännössä niitä rajoja, mitä ruumiillisellekin itsemääräämisoikeudelle joudutaan terveydenhuollossa asettamaan. Itsemääräämisoikeuden käyttämisen edellytyksenä on potilaan fyysinen ja psyykkinen kompetenssi, jonka olemassaolo arvioidaan hoitotilanteessa lääketieteellisesti. Jos arvio on tehty hyvän hoitokäytännön mukaan ja osoittaa potilaan toimintakyvyttömäksi, on hoitohenkilökunnalla oikeus ja velvollisuus toimia potilaan parhaaksi tavalla, joka vastaa yleistä käsitystä – ei hoidettavan yksilön käsitystä – hyvästä hoidosta.

Oletettuun suostumukseen ei voida kuitenkaan koskaan vedota silloin, kun

---

erehdyksen menetelmällä. Suostumuksen edellyttämisen tarkoituksena on yhtälailla varmistaa potilaan myötävaikutus hoitoprosessiin, kuin dokumentoida jokin yksittäinen tahdonilmaisu. Suostumuksen hankkimisen näkeminen prosessina mahdollistaa myös terveydenhuollon ammattihenkilön toiminnan paremman vertaamiseen hyvään hoitokäytäntöön, koska tällöin hoitohenkilökunnan ja potilaan välisen vuorovaikutuksen arvio voidaan perustaa tosiasiallisesti käsillä olleisiin tietoihin (ja huomioida terveydenhuollossa tosiasiallisesti käytössä olleet resurssit).

[350] Kiireellisen hoidon tarpeessa olevalla potilaalla tarkoitetaan potilasta, jonka henki tai terveys vakavasti vaarantuisi ilman välittömiä hoitotoimenpiteitä. Lääketieteellisessä kirjallisuudessa välittömillä toimenpiteillä tarkoitetaan yleensä lähimmän 8 tunnin sisällä toteutettavaa hoitoa, eli että iltapäivystykseen saapuvan potilaan hoito ei esim. voi odottaa seuraavaan päivään.

[351] Ks. Lahti 1971, s. 453 ja 1977, s. 151; Ks. myös Modeen 1979, s. 572 ja 575–577.

[352] On huomattava myös, että potilaslain 5 §:n mukaan omaisten ilmaisema toivomus potilaan hoidosta sitoo hoitohenkilökuntaa vain, jos se on potilaan aikaisemman tahdon taikka muutoin potilaan edun mukainen.

[353] Skegg 1984, s. 100–116.

[354] Ks. Anttila 1946, s. 176.

täysivaltainen potilas on nimenomaisesti ilmaissut vastustavansa hoitotoimenpiteen suorittamista[355]. Tämä periaate on kirjattu potilaslain 6 § 1 momenttiin, jonka mukaan potilaan kieltäytyessä hoidosta, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. Periaatteessa siis täysivaltaisella ja harkintakykyisellä aikuisella on oikeus kieltäytyä hoitotoimenpiteestä silloinkin, kun kieltäytymisestä todennäköisesti aiheutuu kuolema, vaikea ruumiinvamma, vakava sairaus tai tällaisen vaara[356]. Potilaan on kuitenkin edellytettävä täysin ymmärtäneen kieltäytymisensä merkityksen[357]. Tilanne on tyypillisimmillään esillä Jehovan todistajan kieltäytyessä verensiirrosta[358]. *Ennakolta laaditun hoitotoiveen (ns. hoitotestamentin) osalta tulee käsillä olevan hoitotilanteen taas vastata potilaan ennakolta kuvittelemaa tilannetta, jotta toiveelle voisi antaa käytännössä merkitystä.*

Potilaan itsemääräämisoikeus konkretisoituu juuri kieltäytymistilanteessa. Jotta terveydenhuollosta vastaavalla viranomaisella olisi oikeus suojata kansalaisten henkeä ja terveyttä koskevaa (julkista) intressiä vastoin kansalaisten henkilökohtaista vapausintressiä, olisi viranomaisen (voidakseen puuttua kansalaisen vapauspiiriin julkisen vallan keinoin) voitava vedota tällaisiin toimiin nimenomaisesti oikeuttaviin (laintasoisiin) oikeussäännöksiin[359], joita käsitellään tarkemmin pakkohoitosuhdetta käsittelevässä jaksossa.

2.6.3. Tutkimussuhde

Kun sekä potilasaloitteisessa hoitosuhteessa että hoitovelvollisuuteen perustuvassa hoitosuhteessa on keskeisimpänä pyrkimyksenä selvittää ja parantaa yksittäisen potilaan terveydentilaa, on tilanne jossain määrin toinen otettaessa potilaita taikka terveitä koehenkilöitä mukaan lääketieteelliseen tutkimukseen. Lääketieteellisen tutkimuksen tarkoituksena on lisätä tietoa sairauksien syistä, oireista, diagnostiikasta, hoidosta, ehkäisystä tai tautien olemuksesta yleensä (laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 2 §, L 488/1999), eikä sinänsä pyrkiä yksittäisen potilaan hoidon toteuttamiseen[360].

---

[355] Lahti 1977a, s. 117; Ks. myös Nagan 1983, s. 65: "The physician cannot assume, that consent is implied if a competent adult refuses treatment."

Mikäli omaiset haluavat vedota potilaan oletettuun tahtoon elämää ylläpitävän hoidon lopettamisen osalta, edellytetään esimerkiksi Yhdysvalloissa selkeää ja vakuuttavaa näyttöä potilaan tahdonsuunnasta. Muutoin olettamus on hoitovelvollisuuden puolesta. Ks. Weir and Gostin 1990, s. 1846–1853 ja siinä esitetyt oikeustapaukset erityisesti U.S. Lexis 3301, 1990. Supreme Court 497 U.S. 261 (1990), *Cruzan vs. Director, Missouri Dept. of Health.*

[356] Lahti 1977b, s. 151–152.

[357] Lahti 1971, s. 453 ja 1983, s. 12.

[358] Ks. myös Lahti 1977b, s. 156.

[359] Lehtonen 1993, s. 191–192.

[360] Callens and Nys 1996, s.35. Lääketieteellisen tutkimuksen ja hoidon suhteesta ks. myös Czwalinna 1987, s. 11–15.

Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain 18 § asettaa terveydenhuollon ammattihenkilöille yleisen velvollisuuden kehittää ammattitaitoaan. Tätä voidaan jopa pitää eräänlaisena velvoitteena myös tutkia sairauksien syitä ja niiden parannuskeinoja. Lääketieteellinen tutkimustoiminta voidaan nähdä myös osana perustuslain 19 §:n 3 momentin julkiselle vallalle asetettua velvoitetta edistää väestön terveydentilaan.

Tutkimustoiminnan määritteleminen muodollisilla kriteereillä on lähes mahdotonta, koska tutkimuksen suorittamistapoja on lähes yhtä monta kuin on tutkijoitakin[361]. Keskeistä tutkimuksen määrittelyssä onkin toiminnan tarkoitus – *jos toiminnan lähtökohtainen tarkoitus on yleinen pyrkimys tiedon lisäämiseen ja sen viesti on suunnattu ammattikunnalle hoidettavan potilaan sijasta, on toimintaa pidettävä tutkimuksena*. Kuvaava esimerkki erottelun vaikeudesta on, että kun lääkäri ottaa taudin selvittämistä varten näytteitä potilaasta, potilas olettaa, että näyte käytetään hänen tautinsa määrittämiseen ja hoitamiseen. Jos lääkäri lisää näytearsenaaliin yhden näytteen, jonka hän tietää olevan vaikuttamatta omiin hoitopäätöksiinsä, mutta joka on mielenkiintoinen tai tärkeä kuvattaessa kyseistä potilastapausta muulle hoitohenkilökunnalle, muuttuu potilaan hoito tältä osin tutkimukseksi. Ts. näytteen määräävän lääkärin ottaman näytteen tarkoitus määrittää tutkimuksen ja hoidon eron, vaikka tehdyt toimenpiteet ovat muutoin ulkoisesti erottamattomia. Vastaavasti lääkäri antaessaan uutta lääkettä ensimmäistä kertaa omalle potilaalleen tarkoituksenaan vaikuttaa tämän tautiin ei tee tutkimusta, vaikka hoitokokeilun tulos on kiinnostava ja voi lisätä hänen omaa ammattitaitoaan. Antaessaan samaa lääkettä seuraaville potilailleen, kyse on selkeästi hoidosta, mutta kun hän tulokset hyviksi huomattuaan alkaa koota tietoja kaikista kyseisistä potilaista yhteen niiden esittämiseksi ammattikunnalle, muuttuu hoito tutkimukseksi, jonka keskeisenä osana on potilaiden yksityiselämää koskevien tietojen keruu ja käyttö muuhun tarkoitukseen, kuin mihin ne oli alun perin hankittu.

Hyvälle tutkimustoiminnalle tyypillistä on paitsi selkeä tutkimustarkoitus, myös määritellyn tutkimushypoteesin olemassaolo ja tutkimuksen toteuttamisen perustuminen erilliseen, ennen tutkimuksen toteuttamista laadittuun, suunnitelmaan. On kuitenkin huomattava, että kovin monen taudin hoitokin perustuu ennakolta laadittuun suunnitelmaan (erilaisiin hoitoprotokolliin, jotka usein on laadittu jonkin tutkimuksen tulosten perusteella), jolloin tutkimuksen loppumisen ja hoitoprotokollan toteuttamisen alkamisen erottelu voi olla käytännössä vaikeaa.

Tutkimuksen erottaminen hoidosta on kuitenkin oikeudellisesti tärkeää, koska terveydenhuollon ammattihenkilölle kuuluu asemansa perusteella vain oikeus hoitaa potilaita. Tutkimuksen tekeminen on taas *aina riippuvaista potilaan ni-*

---

[361] Ks. Hybel 1998, s. 31–42.

menomaisesta suostumuksesta osallistua tutkimukseen taikka erillisestä tutkimusta varten hankitusta luvasta. Luvaton tutkiminen voi – toisin kuin luvaton hoitaminen – olla myös rangaistavaa terveydenhuollon ammattihenkilölle (tutkimuslaki 27 §).

Erillisen luvan hankkiminen tutkimukselle on tärkeää, koska tutkimukseen kuuluva toiminta poikkeaa potilaslain hyvän hoidon vaatimuksesta. Hyvän hoidon sisältönähän on, että terveydenhuollon ammattihenkilö toteuttaa vain sitä hoitoa, mikä olemassa olevan tiedon perusteella tiedetään kyseiselle potilaalle parhaaksi. Tutkimustoiminnan lähtökohtana taas on tietämättömyys, jossa potilas tai koehenkilö joutuu toimenpiteiden kohteeksi, joiden tarpeellisuudesta ei vallitse varmuutta, mutta jotka saattavat auttaa tämän varmuuden lisäämisessä. Kun epävarmuus merkitsee riskiä, tulee toiminnan perustua tutkittavan henkilön hyvin nimenomaiseen suostumukseen taikka tämän suostumuksen korvaavaan sellaiseen lupaan, joka varmistaa tutkimuksen toteuttamisen hyväksyttävyyden.

Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta (3 §) edellyttääkin, että ennen lääketieteelliseen tutkimukseen ryhtymistä on tutkimussuunnitelmasta saatava erillinen eettisen toimikunnan myönteinen lausunto. Lain tarkoittamia eettisiä toimikuntia ovat sairaanhoitopiireihin tutkimuslain perusteella perustetut eettiset toimikunnat sekä valtakunnallisesta terveydenhuollon eettisestä neuvottelukunnasta annetun asetuksen (A 494/1998) mukaisen eettisen neuvottelukunnan lääketieteellinen tutkimuseettinen jaosto (TUKIJA). Voidaankin siis todeta, että eettisen toimikunnan myönteinen lausunto on edellytys tutkimussuhteen perustamiselle. Lisäksi tutkimuslain 5 §:n mukaan lääketieteelliseen tutkimukseen saa ryhtyä vain, kun tutkimuksesta vastaa lääkäri tai hammaslääkäri, jolla on asianmukainen ammatillinen ja tieteellinen pätevyys[362].

Terveen vapaaehtoisen tai potilaan mukaan ottaminen lääketieteelliseen tutkimukseen edellyttää tutkittavalta nimenomaista ja kirjallista suostumusta (tutkimuslaki 6 §). Kirjallinen suostumus on tarpeen, jotta riitatilanteissa voidaan osoittaa, että suostumus on annettu[363]. Kirjallisen suostumuksen vaatimuksesta voidaan poiketa ainoastaan tilanteissa, joissa suostumusta ei asian kiireellisyyden ja potilaan terveydentilan vuoksi voida saada. Tällaisia tilanteita voi syntyä esimerkiksi onnettomuuden uhrien hoidossa käytettävien hoitomenetelmien tutkimisessa[364]. Toimenpiteen on tällöin oltava lääketieteellisesti tarpeellinen ja sii-

---

[362] HE 229/1998 vp. (yksityiskohtaiset perustelut 5 §): ”Jokaisella ihmiseen kohdistuvalla tutkimuksella on oltava nimettynä yksi lääketieteellisen pätevyyden omaava henkilö, joka kantaa pääasiallisen vastuun tutkittavien turvallisuudesta. Tutkimuksesta vastaavan henkilön on myös huolehdittava esimerkiksi siitä, että tutkittavilta on pyydetty ja saatu suostumus siten, kuin tässä laissa edellytetään. Tutkimus on keskeytettävä heti, kun tutkittavien turvallisuus sitä edellyttää. Tutkimuksen keskeyttämisestä tulee ilmoittaa lausunnon antaneelle eettiselle toimikunnalle. Tutkimuksesta vastaava henkilö toimii ehdotuksen 23 §:n mukaan virkavastuulla.”

[363] HE 229/1998 vp. (yksityiskohtaiset perustelut 6 §).

[364] ibid.

tä tulee olla välitöntä hyötyä potilaan terveydelle. Tutkimus olisi tällaisissa tilanteissa sallittu vain, jos potilaan saaman hoidon tulos olisi oletettavasti sama tai parempi kuin sen hoidon, jonka potilas saisi, jos hän ei osallistuisi tutkimukseen. Pääsääntöisesti vaadittavan kirjallisen suostumuksen nimenomaisuutta korostaa lääketieteellisestä tutkimuksesta annetun asetuksen (A 986/1999) 3 §, jossa määritetään suostumusdokumentin sisältö[365].

Tutkimussuhteen syntymisen edellytyksenä on siis[366]:

- erillisen eettisen toimikunnan myönteinen lausunto tutkimuksesta
- asianmukaisen ammatillisen pätevyyden omaavan lääkärin tai hammaslääkärin mukanaolo vastaavana tutkijana
- tutkittavan henkilön kirjallinen suostumus

Tutkimukseen liittyy vastaavan tutkijan erityinen valvontavelvollisuus, koska hänen on koko ajan huolehdittava siitä, että tutkimuksen tuomat hyödyt ovat suuremmat kuin tutkimuksen mahdolliset haitat[367]. Näin esimerkiksi *muiden* tutkittavien kohdalla havaitut ongelmat saavat oikeusvaikutuksia vastaavan tutkijan ja tutkittavan välisessä oikeussuhteessa. Tutkijan huolehtimisvelvollisuus tutkimussuhteessa on siis selkeästi suurempi kuin tavallisessa hoitosuhteessa[368], jossa muiden potilaiden hoidossa tapahtuneet ongelmat (esimerkiksi, että lonkkaproteesileikkauksissa on tavallista enemmän komplikaatioita), eivät suoraan velvoita hoitohenkilökuntaa muuttamaan potilaan hoitoa, jos tavanomainen hyvän hoidon taso säilyy. Tutkimussuhteessa taas riskin välttämisvelvollisuus on suurempi

---

[365] Suostumusasiakirjan on sisällettävä:
- tutkittavan henkilötiedot
- selvitys onko tutkittava (oikeudellisesti) vajaakykyinen, alaikäinen, raskaana oleva tai imettävä nainen taikka vanki (ts. on mainittava, voidaanko tällainen henkilö ottaa mukaan tutkimukseen)
- selvitys tutkittavan oikeuksista
- selvitys tutkimuksen tarkoituksesta
- selvitys tutkimuksen luonteesta
- selvitys tutkimuksen menetelmistä
- selvitys mahdollisista riskeistä ja haitoista
- selvitys mistä tutkittavaa koskevia tietoja tullaan keräämään
- selvitys siitä, kenelle tutkimuksen aikana kerättyjä tietoja voidaan luovuttaa
- selvitys siitä, miten tutkimustietojen luottamuksellisuus on suojattu

Suostumusasiakirja on lisäksi päivättävä ja sen allekirjoittavat sekä suostumuksen antaja että vastaanottaja.

[366] Ks. edellä kappale 2.5. hoitosuhteen tunnusmerkit. Tutkimussuhteessa objektiivisesti todetun hoidon tarpeen korvaavat kyseiset kolme objektiivista kriteeriä eli eettisen toimikunnan myönteinen lausunto, vastaavan tutkijan olemassaolo sekä tutkittavan kirjallinen suostumus tutkimukseen (taikka sellaisten laissa erityisesti mainittujen edellytysten olemassaolo, jotka tilapäisesti siirtävät velvollisuutta ao. suostumuksen hankkimiseen).

[367] Tutkimustoimintaan liittyvästä ankarasta vastuusta ks. Deutsch 1999, s. 89–92.

[368] Yhdysvaltalaisesta käytännöstä tutkijan vastuun osalta ks. Cantrell 1994, s. 339–344.

kuin potilaan hoitamisvelvollisuus[369]. Lisäksi tutkimussuhteen olemassaolo perustuu spesifiin, kirjalliseen suostumukseen, jonka edellytyksenä on, että potilas on saanut oikean ja riittävän informaation. Puutteellinen informaatio johtaa tutkimussuhteessa suostumuksen pätemättömyyteen ja tekee tutkimuksen tekemisen kielletyksi[370].

2.6.4. Pakkohoitosuhde

Hallintotoiminnan tarkoitusperiä ei aina voida saavuttaa pelkästään sillä, että hallinnollisella määräyksellä, ohjeella tai muutoin osoitetaan, mitä henkilön on tehtävä tai jätettävä tekemättä. Sen mahdollisuuden varalta, ettei velvollisuuksia täytetä tulee julkisella viranomaisella olla myös keinoja tarpeen tullen pakottaa ”hallintoalamainen” hallintomääräysten ja -käskyjen tottelemiseen. Hallintopakon kyseessä ollessa julkisella viranomaisella on lakiin perustuva oikeus viime kädessä fyysistä pakkoa käyttäen toteuttaa hallinnon tarkoitusperiä[371]. Käytettävien pakkokeinojen ankaruus riippuu siitä, kuinka tärkeän intressin turvaamista hallintotoimella tavoitellaan[372]. Keskeisiä välillisiä pakkokeinoja terveydenhuollossa ovat erilaiset viranomaisen antamat kehotukset sekä henkilöön kohdistuvista välittömistä täytäntöönpanokeinoista tuottaminen ja lääkärintarkastuksen suorittaminen[373]. Rokotuksissa ja hoitolaitokseen eristämisessä hallintopakko on hallintotoimen olennaisena sisältönä[374].

Kun edellä kuvattu tutkimussuhde perustui kaikilta osiltaan potilaan nimen-

---

[369] Ks. tutkimuslaki 4 §: Lääketieteellisessä tutkimuksessa tutkittavan etu ja hyvinvointi on aina asetettava tieteen ja yhteiskunnan etujen edelle. Tutkittavalle mahdollisesti aiheutuvat riskit ja haitat on pyrittävä ehkäisemään.

Tutkittavan saa asettaa alttiiksi vain sellaisille toimenpiteille, joista odotettavissa oleva terveydellinen tai tieteellinen hyöty on selvästi suurempi kuin tutkittavalle mahdollisesti aiheutuvat riskit ja haitat.

[370] Jos potilas ei tiedä osallistuvansa tutkimukseen, on hän oikeutettu olettamaan saavansa ammattistandardin mukaista hyvää hoitoa. Tämän hoidon antamisen laiminlyöminen taas voi aiheuttaa vahingonkorvausvelvollisuuden.

[371] Ks. Kulla 1984, s. 16–18.

[372] Ks. pakkokeinojen oikeutuksesta ja hallinnon suhteellisuusperiaatteesta esim. Merikoski 1968, s. 68–69 ja Mäenpää 2000, s. 165–166.

[373] Merikoski (1976b, s. 206) on erottanut hallintopakossa täytäntöönpanon ja hallintopakon muut muodot. Hallinnollisessa täytäntöönpanossa pakkokeinot esiintyvät liitännäisinä ja niiden käyttäminen edellyttää toimeenpantavan hallintopäätöksen olemassaoloa. Muuhun hallintopakkoon taas kuuluvat toimenpiteet, joissa pakonalaisuus on asian olennaisena ja varsinaisena sisällyksenä eikä vain apukeinona. Esimerkiksi uhkasakko on tyypillisesti täytäntöönpanokeino, kun taas tarttuvaan tautiin sairastuneen potilaan eristäminen hoitotarkoituksessa ei ole mikään liitännäinen toimenpide, vaan sillä on oma itsenäinen tarkoituksensa (henkilön parantaminen tai ainakin hänen ympäristönsä suojaaminen).

Hallintopakkoa koskevissa esityksissä on usein erotettu myös välillinen ja välitön pakko (Merikoski 1976b, s. 231). Välittömistä pakkokeinoista on edelleen erotettu esineisiin ja henkilöön kohdistuvat pakkotoimet.

[374] Ahtee 1950, s. 49–50.

omaiseen suostumukseen, perustuu pakkohoitosuhde suostumuksen korvaavaan lainsäädökseen. Pakkohoitosuhteessa objektiivisesti osoitettavissa olevan hoidon tarpeen osoittaa nimenomainen hallintopäätös pakkohoidon toteuttamisesta. Fyysisen itsemääräämisoikeuden rajoittamisen lisäksi (tahdonvastaiset hoitotoimenpiteet) pakkohoitosäännökset oikeuttavat puuttumaan myös potilaan muuhun yksityisyyteen (esimerkiksi sukupuolitaudin infektiolähteen selvittämiseksi taikka tartuntavaarallisten henkilöiden rekisteröimiseksi). Puuttumisen muuhun yksityisyyteen on kuitenkin aina perusteltava joko selkeään hoidolliseen intressiin taikka tärkeään yleiseen etuun (väestön hengen ja terveyden suojeluun) ja tällaista puuttumista rajoittavat hallinnon yleiset oikeusperiaatteet, kuten tarkoitussidonnaisuusperiaate ja suhteellisuusperiaate. Lisäksi potilaslain säännöksiä mm. potilaan informoimisesta sovelletaan myös pakkohoitosuhteeseen[375]. Suomen oikeusjärjestyksen hyväksymät pakkohoitosuhdetilanteet on määritelty joukossa erillislakeja, joita käsitellään tarkemmin seuraavassa.

2.6.4.1. Tartuntataudit

2.6.4.1.1. Pakkohoitosuhteen perustaminen

Tarttuvien tautien estämiseen pyrkivät sosiaaliset normit ovat hyvin vanhaa perua. Primitiivisessä yhteisössä sellaiseen tautiin sairastunut henkilö, joka pystyttiin tunnistamaan ja joka kokemuksen mukaan yleensä johti kuolemaan, eristettiin yhteisöstä. Sairaalla on samanaikaisesti kaksi rasitusta: biologinen sairaus ja sosiaalinen eristäminen eli sairauden ilmi tuominen johti paitsi fyysisen hyvinvoinnin heikkenemiseen myös sairastuneen henkilön sosiaalisten suhteiden tuhoutumiseen (eli voimakkaaseen puuttumiseen henkilön yksityiselämään)[376]. Juutalais-kristillisen moraalin omaksuneissa yhteisöissä sairautta alettiin pitää toisaalta synnin rangaistuksena ja toisaalta hengellisesti jalostavana tilana[377].

[375] Ks. HE 185/1991vp. (luku 1.2.2.): Potilaslakia on noudatettava, jollei lailla toisin säädetä. Potilaan oikeuksia rajoittavia säännöksiä ovat mielenterveyslain, kehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain ja päihdehuoltolain tahdosta riippumatta annettavaa hoitoa koskevat säännökset sekä tartuntatautilain erityissäännökset. Mielenterveyslain 28 §:stä ilmenee itsemääräämisoikeuden rajoitusten periaate: tarkkailuun otetun tai hoitoon määrätyn itsemääräämisoikeutta saa mielenterveyslain nojalla rajoittaa ja häneen kohdistaa pakkoa vain siinä määrin kuin sairauden hoito tai hänen turvallisuutensa taikka toisen henkilön turvallisuus välttämättä vaatii.

[376] Vuori 1979, s. 300.

[377] Erittäin hyvin tarttuvia tauteja koskevia keskiaikaisia normeja kuvaa suhtautuminen *Mycobacterium leprae* -bakteerin aiheuttamaan pitaalitautiin eli lepraan. Keskiajalla kirkko otti itselleen eräänlaisen ylivalvojan tehtävän lepran suhteen, koska sen ajan lääketiede oli taudin edessä voimaton. Kirkko sovelsi Vanhan Testamentin ohjeita, joiden merkittävät piirteet olivat oikean diagnoosin merkityksen korostaminen sekä eristämisen käyttäminen ainoana hoitokeinona. Lepraa sairastavien tuli ilmoittautua viranomaisille tai, jos he eivät sitä itse tehneet, muiden tuli ilmoittaa heidät. Tämän jälkeen heidät tutkittiin tarkoin. Tähän ei riittänyt yksi lääkäri, vaan tutkimuksen suoritti lääkäriryhmä.

Lepra-diagnoosin suunnaton sosiaalinen merkitys potilaalle osattiin selvästi ottaa huomioon. Tämän päivän terminologiaa käyttäen heidän oikeusturvansa pyrittiin takaamaan. Italiassa tutki-

Vaikka tarttuvia tauteja koskevat normit ovat hyvin vanhoja, heräsi lainsäätäjän kiinnostus näiden tautien ehkäisemiseen pyrkiviin säännöksiin vasta merkantilistisen talousjärjestelmän aikana, kun terveydenhuoltoa alettiin järjestää työvoiman hyvinvoinnin turvaamiseksi ja maksimaalisen tuottavuuden takaamiseksi[378]. Keinoina tautien vastustamiseksi, sairastuneiden eristämisen lisäksi, Suomessa otettiin 1800-luvulla käyttöön karanteenit ulkomailta saapuville (koleraepidemioiden estämiseksi)[379] sekä perustettiin erityisiä kulkutautisairaaloita[380]. Rokotukset oli maassamme aloitettu isorokkorokotuksilla jo vuonna 1802[381]. Lisäksi todellisina kansantauteina esiintyvien sukupuolitautien leviämistä pyrittiin estämään säätämällä erityisiä ”ohjesääntöjä” prostituution valvomiseksi[382]. Nämä ohjesäännöt kumottiin periaatteessa vuonna 1907, mutta prostituutioitujen valvonnasta huolehtivat ns. terveystoimistot lakkautettiin vasta vuoden 1939 sukupuolitautilain (L 8/1939) tullessa voimaan[383]. Tarttuvien tautien vastustamista koskevaa lainsäädäntöä, jossa yksityisen kansalaisen oikeuksille asetetaan rajoituksia tai hänet velvoitetaan alistumaan hoitoon, on säädetty merkittävässä määrin vasta 1920–1930 -luvulta alkaen[384].

Vaikka tarttuvaan tautiin sairastuneen eristämiseen sisältyy eristetyn käsittely hoitamis- ja parantamistarkoituksessa, on tarttuvien tautien vastustamisen edellyttämien henkilökohtaiseen vapauteen kajoavien toimenpiteiden *varsinaisena*

---

muksen suorittajiin lisättiin usein lakimies. Lääkärit ja potilas toimivat valan velvoittamina. Lääkäreitä kehotettiin pitämään koko ajan mielessään lepran todelliset oireet ja punnitsemaan niitä. Heidän ei tullut luottaa yhteen oireeseen, vaan ainoastaan oireiden yhdistelmään. Heidän tuli olla eritäin varovaisia ja huolellisia diagnoosinsa julistamisessa. Potilaalle selitettiin, että sairaus merkitsi sielun vapahdusta. ”Kristus ei hylkäisi sairaita, vaikka ihmisten yhteiskunta heidät hylkäisikin.” Ks. Vuori 1979, s. 300–312.

Mikäli diagnoosi oli epävarma, sairaat eristettiin Vanhan Testamentin ohjeiden mukaisesti syrjäiseen paikkaan määräajaksi, jonka jälkeen heidät tutkittiin uudestaan. Kun diagnoosia pidettiin varmana, lepratautinen eristettiin koko loppuiäkseen. Häneltä riistettiin kansalaisoikeus. Hän oli entisen elämänpiirinsä ja yhteisönsä silmissä kuollut.

[378] Vuori 1979, s. 304.

[379] Wickström 1970, s. 110.

[380] Ibid, s. 90.

Suomeen perustettiin vuonna 1622 Seilin saarelle Nauvoon leprosaario. Sen toiminta lopetettiin vasta tämän vuosisadan alussa, jolloin silloiset n. 60 potilasta siirrettiin Oriveden leprasairaalaan. Tämä suljettiin 1950-luvulla, koska harvat jäljellä olevat potilaat voitiin hoitaa kotona tai muissa laitoksissa. Vielä niin myöhään kuin vuonna 1945 annettiin kuitenkin erillinen pitaalitautilaki (638/1945). Tätä lakia koskevan hallituksen esityksen (HE 15/1945 vp.) perusteluissa todettiin, että syynä esityksen antamiseen oli eräs pitaalitautipotilas, joka oli kieltäytynyt menemästä leprasairaalaan ja jota ei voitu asunnossaan sopivasti eristää. Tärkeimpien asiaa koskevien säännösten antaminen lain muodossa perusteltiin osaksi asianmukaisuudella, osaksi tällaisen menettelyn tarpeellisuudella. Lakia ei liene myöhemmin sovellettu ja se kumottiin v. 1982 (L 688/1982).

[381] Peltola 1983, s. 75.

[382] Lassus 1979, s. 19.

[383] ibid.

[384] Tuberkuloosi oli keskeinen kansanterveysongelma itsenäisyyden alkuvuosina ja taudin leviämistä pyrittiin rajoittamaan nimenomaan eristämällä sairastuneet tuberkuloosiparantoloihin.

tarkoituksena kuitenkin ympäristön suojeleminen estämällä tartunnan levittäminen muihin henkilöihin[385]. Koska näillä toimenpiteillä on vahva poliisioikeudellinen leima, eli ne tapahtuvat yleisen järjestyksen ja turvallisuuden suojaamiseksi, ei niiden toteuttamisen oikeudellisten edellytysten tulkinta voi olla yhtä tiukkaa, kuin jos henkilön tahdon vastaisia toimia perusteltaisiin vain henkilön omalla edulla. Tartunnan leviämisen estämiseksi voidaan vapauden rajoitusta merkitseviä toimenpiteitä kohdistaa sellaisiinkin henkilöihin, jotka eivät varsinaista hoitoa tarvitse[386].

Tartuntataudilla tarkoitetaan tartuntatautilain (L 70/1999) 2 §:n mukaan sairautta, jonka aiheuttavat elimistössä lisääntyvät pieneliöt (mikrobit) tai niiden osat taikka loiset taikka niiden erittämät myrkyt. Tartuntataudit on lain 4 §:ssä jaettu lähinnä niiden vaarallisuuden mukaan kolmeen eri ryhmään yleisvaarallisiin, ilmoitettaviin ja muihin tartuntatauteihin[387]. Yleisvaaralliset ja ilmoitettavat tartuntataudit on erikseen lueteltu tartuntatautiasetuksen (A 786/1986) 2 §:ssä. Tartuntatautien vaarallisuuteen perustuva jaottelu poikkeaa selkeästi esimerkiksi siitä tavasta, millä mielenterveyslain pakkohoidon edellytykset on määritelty. Kun mielenterveyslaissa pakkohoidon edellytyksenä on paitsi hoidon tarve, myös henkilön vaarallisuus itselleen tai muille, ei tartuntatautilaissa tällaista erillistä vaarallisuusedellytystä ole asetettu vaan yleisvaaralliseen tartuntatautiin sairastuminen on sinänsä osoitus henkilön ”vaarallisuudesta”. Tartuntatautilain 17 §:n mukaan yleisvaaralliseen tartuntatautiin sairastunut voidaan eristää sairaanhoitolaitokseen, jos taudin leviämisen vaara on ilmeinen ja jos taudin leviämistä ei voida estää muilla toimenpiteillä taikka henkilö ei voi tai halua alistua muihin taudin leviämisen estämisen kannalta tarpeellisiin toimenpiteisiin.

Pakkohoitosuhteen perustamisen keskeinen edellytys on siis tartuntataudin ”yleisvaarallisuus”[388]. Yleisvaaralliset tartuntataudit taas on määritelty asetustasoisessa normissa. Todellisuudessa kuitenkin tällainen luokittelu on jossain määrin keinotekoinen, koska taudin todellisen vaarallisuuden siihen sairastuneelle määrittää paitsi sen aiheuttava mikrobi, myös mikrobin erilliset ominaisuudet (esim. antibioottiresistenssi) sekä sairastuneen henkilön omat ominaisuudet (esim. vastustuskyvyttömyys). Moni ns. tavanomainen bakteeri, joka on vastustuskykyinen antimikrobilääkkeille, aiheuttaa itse asiassa yhtä vaarallisia infektioita kuin yleisvaarallisten tartuntatautien aiheuttajat. Eniten keskustelua tartuntataudin vaarallisuusluokittelusta on viime vuosina käyty human immunodeficiency virus (HIV) – infektion osalta. Suomessa HIV-infektio luokitellaan ilmoitettavaksi tartuntataudiksi ja HIV-positiiviseen henkilön ei siis voida kohdistaa

---

385 Ks. Ahtee 1950, s. 302.
386 Ks. HE 44/1986 vp., s. 10–11.
387 Ibid.
388 Eskola et al 1993, s. 632–635.

tartuntatautilain mukaisia pakkotoimenpiteitä[389]. Perusteena tälle on ollut lähinnä se, että HIV-infektio ei sinänsä tartu kovin helposti ja että infektioon liittyvän sosiaalisen stigman takia pakkohoitomahdollisuus saattaisi vähentää halua hakeutua HIV-testeihin ja siten itse asiassa huonontaa taudin havaitsemista ja hoidettavuutta[390]. Kuitenkin esimerkiksi Ruotsissa tartuntaa levittävät HIV-positiiviset henkilöt voidaan eristää[391].

Yksilöön kohdistuvista toimenpiteistä päättäminen kuuluu vastaavan terveyskeskuslääkärin ja kunnan terveyslautakunnan päätösvaltaan. Toimenpiteiden edellytysten toteamisessa on lääketieteellisillä näkökohdilla sikäli ratkaiseva merkitys, ettei kenenkään oikeus- tai vapauspiiriin puuttuviin toimiin voida ryhtyä, ellei ole lääketieteellistä perustetta ainakin epäilyyn tartuntataudin saamisesta[392]. On selvää, että mitä vaarallisemmasta tartuntataudista on kysymys, sitä tehokkaammat ja ankarammat varotoimenpiteet ovat tarpeen tartunnan leviämisen estämiseksi. Jo suhteellisen pieni peruste epäilylle erittäin vaarallisen tartuntataudin esiintymisestä, antaa oikeutuksen toimenpiteisiin ryhtymiselle. Hallinnon tarkoitussidonnaisuuden periaate edellyttää toki, että epäselvissäkin tilanteissa terveydenhoitoviranomaisten on pyrittävä varmistamaan tartuntatautitapauksen olemassaolo. Toimenpiteet on myös purettava, jos ilmenee, ettei perustetta niihin ryhtymiselle ollut. Toimenpidemääräystä on kuitenkin yleensä pidettävä laillisena, jos sanottu määräys sen antamisaikaan oli perusteltu, vaikka epäily myöhemmin osoittautuisikin aiheettomaksi[393].

---

[389] Tuomioistuimet sen sijaan ovat pitäneet HIV-infektion tartuttamista jopa tapon yrityksenä taikka kuolemantuottamuksena (kun tartunnan saanut henkilö on kuollut), jolloin HIV-infektiota tartuttanut henkilö on pakkohoidon sijasta päätynyt vankilaan HHO 10.12.1993 ja KKO 1993:92, 8.6.1993 T 2244. Vrt. kuitenkin KKO 1999:102, 29.9.1999 T 2598: Ks. myös Matikkala 1995, s. 167–198.

Tartuntataudin levittämisestä rankaiseminen *tuottamuksellisena rikoksena* avaa kuitenkin mahdollisuuden tuomita rangaistuksia paitsi HIV:n, myös muiden tartuntatautien levittäjille. Infektioiden seurauksena kuolee Suomessa joka vuosi useita tuhansia henkilöitä. Näin esimerkiksi sikotaudin toiseen henkilön tartuttanut syyllistyisi ruumiinvamman tuottamukseen, joka olisi törkeä, jos taudista seuraa miehelle esimerkiksi suvunjatkamiskyvyn menetys (pysyvä ruumiinvamma). Myös tuhkarokko on hengenvaarallinen tauti henkilölle, jonka oma vastustuskyky on heikentynyt. Kuitenkaan näiden sairauksien tartuttamisesta ei ole koskaan tuomittu rangaistuksia. Taudin tuottamuksellisen tartuttamisen rikosoikeudellinen rankaiseminen – jos tartuttamiseen ei selkeästi liity sen leviämisen rajoittamiseksi annettujen viranomaisohjeiden noudattamatta jättäminen – tuntuukin huonosti perustellulta, kun toisaalla terveydenhuollon erityislainsäädännöllä on nimenomaan pyritty asettamaan normeja, jotka määrittävät sairastuneen yksilön hyväksyttävän käyttäytymisen ja yksilöön kohdistettavan julkisoikeudellisen pakon suhdetta.

[390] Ks. Raitimo et al. 1997, s. 1197–1202.
Kun HIV-infektio kuitenkin on suhteellisen tavallinen suonensisäisiä huumausaineita käyttävien henkilöiden keskuudessa, joiden käytös on usein vaikeasti kontrolloitavissa, voidaan perustellusti kysyä, voidaanko tällaisen potilasryhmän osalta saavuttaa hoitotuloksia ilman pakkotoimenpiteitä. Ks. Leinikki 2000, s. 55–60.

[391] Alexius et al.1995, s. 491–493.

[392] Ks. Ahtee 1950, s. 304-305.

[393] Tämä käytäntö oli voimassa jo ennen terveydensuojelulain (L 763/1994) säätämistä. Ks. Salo 1968, s. 11.

Tartuntatautilain 11–12 § säätelevät tartuntatautien ehkäisemiseksi järjestettäviä rokotuksia. Rokotukseen osallistuminen on Suomessa vapaaehtoista[394]. Poikkeuksena ovat eräisiin ammatteihin opiskelevat ja niitä harjoittavat sekä puolustusvoimien alokkaat, joiden rokotukset valtioneuvosto on määrännyt pakollisiksi vuosittain puolustusvoimien ylilääkärin esityksestä[395]. Tartuntatautilain 12 §:n nojalla voi valtioneuvosto määrätä pakollisen rokotuksen toimeenpantavaksi sellaisen tartuntataudin ehkäisemiseksi, joka voi saada aikaan huomattava vahinkoa väestön tai sen osan terveydelle taikka muusta terveydenhoidollisesti tärkeästä syystä. Kiireellisissä tapauksissa sosiaali- ja terveysministeriöllä on oikeus antaa rokotuksen järjestämiseksi väliaikaisia määräyksiä.

2.6.4.1.2. Pakkohoidon sisällöstä päättäminen

Tarttuvaan tautiin sairastunut tai siitä epäilty voidaan terveyskeskuksen vastaavan lääkärin toimesta velvoittaa alistumaan tutkimukseen. Tartuntatautilain (L 583/1986) 16 §:ssä mainitun tutkimuksen on katsottava tarkoittavan nimenomaan lääketieteellistä tutkimusta ja tutkimuksesta ja hoidosta voi näin päättää vain lääkäri[396]. Tutkimuksen suorittamiseen kuuluu tavallisesti potilaan kliinisen tutkimisen lisäksi myös erilaisten näytteiden ottaminen ja tutkiminen. Yksilön perusoikeuksia rajoittavan lainsäädännön suppean tulkinnan takia ei tutkimus henkilön sitä vastustaessa saa ulottua laajemmalle, kuin mitä on välttämätöntä diagnoosiin pääsemiseksi. Tutkimustoimen tarpeellisuus diagnoosin varmistamiseksi on arvioitava lääketieteellisin perustein. Henkilöllä, joka on velvollinen alistumaan tutkimukseen, on potilaslain 5 §:ään perustuvan itsemääräämisoikeutensa perusteella oikeus ensisijaisesti itse valita se lääkäri, jonka tutkittavaksi hän menee. Henkilön itsemäärämisoikeutta tässä suhteessa ilmentää tartuntatautilain 17 §, jonka mukaan pakkohoidon edellytyksenä on, että henkilö ei voi tai halua alistua muihin taudin leviämisen estämisen kannalta tarpeellisiin toimenpiteisiin. Vasta toissijaisesti, jos henkilö ei tutkimukseen itse hakeudu, voi terveydenhoitoviranomainen hänet pakkokeinoin siihen velvoittaa[397]. Vastaavasti mikäli henkilö ohjeista huolimatta vaarantaa muita, voidaan hänet hoitoa varten eristää sairaanhoitolaitokseen. Yksittäiseen henkilöön/henkilöihin kohdistuvien toimenpiteiden lisäksi lääninhallitus voi määrätä järjestettäväksi yleisiä terveystarkastuksia yleisvaarallisen tartuntataudin leviämisen estämiseksi. Ympäristön suojelemista koskevat yksilöidyt määräykset ja ohjeet antaa kuitenkin kunnan terveyslautakunta.

---

[394] Kumotun rokotuslain (L 361/1951) 12 §:n perusteella toisen henkilön rokottaminen ilman laillista määräystä ja ilman rokotettavan tai hänen holhoojansa suostumusta oli rangaistava teko. Tämä lienee ollut ainoa erillissäännös Suomen lainsäädännössä, jonka perusteella on voitu rikoksena rangaista (preventiivisen) hoitotoimenpiteen pelkkä suorittaminen ilman potilaan suostumusta. Ks. HE 174/1950, s. 3.

[395] Peltola 1983, s. 75.

[396] HE 44/1986 vp., s. 10–11. Ks. myös HE 42/1994 vp. (yksityiskohtaiset perustelut 39 §).

[397] ibid.

Hallinnon suhteellisuusperiaatteen mukaan hallintotoimen ankaruusaste on sopeutettava toimen laadun ja kulloinkin kyseessä olevan intressin tärkeyden mukaiseksi. Käytetyn pakon ankaruuden tulee olla kohtuullisessa ja järkevässä suhteessa siihen, mitä hallintotoimella tavoitellaan[398]. Tarttuvien tautien vastustamisen yhteydessä hallinnon suhteellisuusperiaate merkitsee kahta asiaa: Ensiksikin, että kansalaiselta vaadittavien vapauden rajoitusten tulee olla suhteessa rajoituksen avulla suojattavaan intressin ja myös intressiin kohdistuvan uhan suuruuteen. Sekä toiseksi, että myös vapauden rajoitusten toteuttamiseksi tarpeelliset pakkokeinot ovat suhteessa vapauden rajoituksen välttämättömyyteen ja ankaruuteen. Terveydenhoitoviranomaisten taudin leviämisen estämiseksi antamat määräykset eivät siis saa olla ankarampia, kuin mitä tämän tarkoituksen saavuttamiseksi on välttämätöntä. Hallinnon tarkoitussidonnaisuuden periaate edellyttää, että nämä määräykset ovat lääketieteellisesti perusteltuja[399], eli käytännössä viranomaiset joutuvat noudattamaan potilasta hoitavien lääkäreiden mielipidettä. Terveydenhoitoviranomaisen mahdollisuus hoitomääräysten antamiseen jää sikäli periaatteelliselle tasolle, että yleensä potilas, ja ainakin hoitolaitokseen määrätty potilas, noudattaa lääkärin ohjeita taudista parantuakseen.

Terveydenhoidollisen eristämisen käsitteeseen sisältyvät kaikki ne toimenpiteet, jotka tähtäävät sairaiden tai tartuttavien henkilöiden liikuntavapauden supistamiseen niin, etteivät he voisi tartuttaa ympäristöään[400]. Suppeammassa merkityksessä eristäminen tarkoittaa sellaista vapauden rajoitusta, jossa asianosaiselta kielletään työssä käymisen lisäksi mahdollisimman tarkoin kaikki ulkopuolisiin suuntautuva kanssakäyminen ja sellaisten aineiden tai esineiden käsittely, joiden välityksellä tauti voisi levitä[401]. Tiukkaan eristämiseen oikeuttava säädös on vain tartuntatautilain 17 §:ssä: Eristämisestä päättää terveyslautakunta, vaikka kiireellisissä tapauksissa myös vastaava terveyskeskuslääkäri voi päättää eristämisestä. Se seikka, että lopullinen päätösvalta on annettu monijäseniselle, pääsääntöisesti muista kuin lääkäreistä koostuvalle kunnalliselle toimielimelle, osoittaa kuitenkin, että päätettäessä edellytysten olemassaolosta yksilöön puuttuviin toimenpiteisiin ryhtymiselle, voidaan ottaa huomioon myös muita kuin puhtaasti lääketieteellisiä näkökohtia. Tyypillisesti tällaisia näkökohtia voi olla mm. henkilön sosiaalinen tilanne ja asumisolosuhteet (esim. päätettäessä asuntolassa asuvan tartuntavaarallista tuberkuloosia sairastavan alkoholistin eristämisestä sairaanhoitolaitokseen, kunnes tartuntavaara on poistunut).

Tartuntatautiin sairastuneen henkilön eristämisaika on terveydensuojelulain 18 §:ssä rajoitettu enintään kahteen kuukauteen, mutta hallinto-oikeus voi terveyslautakunnan esityksestä jatkaa eristämistä enintään kolmella kuukaudella.

---

398 Merikoski 1968, s. 68–69.
399 Ks. ibid., s. 61–66.
400 Wickström 1970, s. 89.
401 Salo 1968, s. 111.

2.6.4.1.3. Tartunnan lähteen selvittäminen

Tartuntatautien lähteen ja mahdollisesti tartunnan saaneiden henkilöiden tunnistaminen perustuu tartuntatautilain erityissäännöksiin (tartuntatautilain 22 §). Yleisvaaralliseen ja ilmoitettavaan tartuntatautiin sairastunut ja sairastuneeksi epäilty on velvollinen tiedusteltaessa ilmoittamaan hoitavalle lääkärille käsityksensä todennäköisestä tartunnan kulusta[402]. Henkilö, jota tämän perusteella epäillään taudin kantajaksi tai sairastuneeksi, on jälleen velvollinen saapumaan tutkimuksiin ja hoitoon edellä esitetyn mukaisesti. On ymmärrettävää, että esimerkiksi kuppatautia sairastavan henkilön sosiaaliset suhteet kärsivät huomattavasti tällaisesta selvitys- ja ilmoitusmenettelystä. Nämä hoitoon liittymättömät yksityisyyden suoja loukkaukset ovat kuitenkin vahvasti perusteltavissa yleisen turvallisuuden vaatimuksilla.

Tartunnan lähteen selvittämiseen kuuluu tartuntatautipotilaiden rekisteröiminen Kansanterveyslaitoksen toimesta[403] ja tartuntatautitapauksista ilmoittaminen sairaanhoitopiirin vastaavalle lääkärille taikka terveyskeskuksen vastaavalle lääkärille, kun tartuntatautitauksia kyseisellä alueella esiintyy[404]. On huomattava, että potilaiden rekisteröinti ja heistä ilmoittaminen ei rajoitu vain varsinaisiin tartuntatauteihin, vaan että Kansanterveyslaitos ylläpitää erillistä rekisteriä myös lääkkeille erittäin vastustuskykyisten mikrobien kantajista. Tällaisista mikrobeista tyypillisin on ns. MRSA (methicillin resistant Staphylococcus aureus) -bakteeri, joka on ihon tavallisen stafylokokki-bakteerin vastustuskykyinen muoto. Vaikka kyseinen bakteeri yleensä aiheuttaa tauteja vain potilaille, joilla on erityinen alttius sairastua stafylokokki-infektioihin (esimerkiksi palovammapotilaat), on mikrobia kantavien potilaiden rekisteröinnin tarkoituksena ennen kaikkea estää kyseisen bakteerin pesiytyminen terveydenhuollon toimintayksiköihin[405]. Henkilön joutuminen tällaisen bakteerin kantajaksi ja päätyminen vastustuskykyisten mikrobien kantajien rekisteriin saattaa kuitenkin sisältää arvaamattomia seurauksia, sillä terveydenhuollon toimintayksiköt saattavat kieltäytyä hoitopaikan antamisesta tällaiselle potilaalle tartuntavaaraan vedoten. Näiden potilaiden hoito on monin paikoin (tavallistenkin tautien kyseessä ollessa) em. syystä pyritty keskittämään erityisyksikköihin. Terveydenhuollon ammattihenkilölle tällaisen bakteerin kantajaksi joutuminen taas merkitse käytännössä ammatinvaihdosta, sillä vastustuskykyinen stafylokokki iholle kerran pesiydyttyään ei

---

[402] Eskola ja Ruuttu 2000, s. 215.

[403] Kansanterveyslaitos saa tiedot tartuntatautitapauksista paitsi potilailta hoitavilta lääkäreiltä, myös tartuntatautidiagnostiikka tekeviltä laboratorioilta. Tässä suhteessa ilmoitusmenettely ei vastaa EU:n tietosuojadirektiivin vaatimuksia, koska säännönmukaisten tietojen luovutuksesta tulisi aina informoida potilasta ennen tietojen antoa (ts. ennen esimerkiksi laboratoriokokeen suorittamista).

[404] HE 231/1998 vp. (luku 1 ja 23 §).

[405] Sivonen 1993, s. 221.

yleensä ole eradikoitavissa. Vastustuskykyisten bakteerien kantajien oikeusturvaongelmia ei kuitenkaan ole tartuntatautilain muutoksen yhteydessä lainkaan tarkasteltu[406].

2.6.4.2.Mielisairaat

2.6.4.2.1. Pakkohoitosuhteen perustaminen

Voimassa oleva mielisairaanhoitojärjestelmä perustuu vuodelta 1990 olevaan mielenterveyslakiin (L 1116/1990). Lain tärkeänä tavoitteena oli mm. laitosvaltaisuuden vähentäminen ja hoitokeinojen monipuolistaminen mielisairaanhoidossa[407]. Pyrkimyksenä oli saattaa psyykkisistä sairauksista kärsivät potilaat mahdollisimman samanarvoiseen asemaan muiden sairaiden kanssa[408]. Erityistä huomiota kiinnitettiin myös psykiatrisen potilaan – ja varsinkin tahdostaan riippumatta mielisairaalaan hoidettavaksi otetun – oikeusturvan kohentamiseen.

Psykiatrisen pakkohoidon kriteerit ovatkin tiukentuneet viimeisen 50 vuoden aikana[409]. Vuoden 1952 mielisairaslain säännösten mukaan potilas saatettiin ottaa vastoin tahtoaan mielisairaalaan mielentilan tutkimiseksi tai hoitotarkoituksessa[410]. Edellytyksenä henkilön toimittamiseksi mielisairaalaan mielentilan tutkimista varten oli, että henkilö ilmeisesti oli vaarallinen yleiselle turvallisuudelle tai itselleen. Hoitotarkoituksessa tapahtuvan vapaudenriiston periaatteellisena edellytyksenä taas oli, että henkilö oli mielisairas ja mielisairaanhoidon tarpeessa (L 187/1952, 2. luku)[411]. Lisäksi edellytettiin toisen henkilön tekemää hakemusta potilaan ottamiseksi sairaalaan - henkilön peruuttaessa hakemuksensa oli potilas poistettava sairaalasta, ellei hän ollut vaarallinen yleiselle turvallisuudelle tai itselleen (eli elleivät edellytykset henkilön mielentilan tutkimiseksi olleet olemassa). Vuoden 1952 mielisairaslain säännökset henkilön ottamisesta mielisairaalaan olivat sisällöltään identtiset aiemman, vuoden 1937 mielisairaslain (L 286/1937) vastaavien säännösten kanssa. Vuoden 1977 mielisairaslain osittaisuudistus tiukensi vastoin potilaan tahtoa tapahtuvan mielisairaalahoidon edellytyksiä[412]. Lain (521/1977) 16a §:n mukaan potilaan tuli olla välittömän mielisairaalahoidon tarpeessa tai erityisen vahingollinen itselleen tai muille, jotta hänet voitaisiin vastoin tahtoaan ottaa mielisairaalaan hoidettavaksi.

Nykyisen mielenterveyslain 8 §:n mukaan henkilö voidaan määrätä tahdostaan riippumatta psykiatriseen hoitoon vain, jos hänen todetaan olevan mielisairas, jos hän mielisairautensa vuoksi on hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toi-

---

406 HE 231/1998 vp.
407 HE 201/1989, s. 3–5, ks. myös HE 85/1976, s. 3.
408 ks. HE 85/1976, s. 1.
409 Pylkkänen 2000b, s. 710–711.
410 Ahtee 1950, s. 280–301.
411 ibid, s. 291 ja Lääkintöhallitus 1983, s. 8.
412 HE 85/1976, s. 9.

mittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vaarantaisi hänen terveyttään ja turvallisuuttaan taikka muiden henkilöiden terveyttä ja turvallisuutta *ja* jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäväksi taikka ovat riittämättömiä.

Mielisairaus-käsitettä on vaikea määritellä tarkasti. Psykiatrisissa epidemiologisissa tutkimuksissa on esitetty, että lähes 20 %:lla suomalaisesta työikäisestä väestöstä on jokin psykiatrinen häiriö.[413]. Vanhempaan aineistoon perustuvassa toisessa tutkimuksessa todettiin, että 8 % maamme työikäisestä väestöstä olisi selvästi psykiatrisen hoidon tarpeessa ja edelleen 21 % hyötyisi psykiatrisesta hoidosta tai selvittelystä eli olisi ”psykiatrin huomion” tarpeessa – 11 % tutkituista olikin psyykkisten häiriöitten vuoksi todellisuudessa aikaisemmin kääntynytkin jonkun ammattihenkilön puoleen[414].

Erilaisissa väestötutkimuksissa on psyykkisesti terveiksi siis todettu 4–56 % tutkituista. Erot johtuvat lähes täysin käytettyjen terveyden kriteerien eroavuuksista. Raja neuroottistyyppisten psykiatristen häiriöiden ja normaalin välillä on liukuva. Tästä johtuen, ja koska psyykkisten sairauksien taudinkuvat ja syntymekanismit ovat vaihtelevia, on pidetty vaikeana tai jopa mahdottomana määritellä, minkälaisiin mielisairaisiin voidaan kohdistaa tahdonvastaisia hoitomenetelmiä[415]. Mielenterveyslaissa ei ole edes pyritty tarkemmin määrittelemään minkälaisiin psykiatrisiin potilaisiin tahdonvastaista hoitoa voidaan soveltaa, vaan tämä perustuu lääketieteelliseen arvioon kussakin yksittäistapauksessa. Lääketieteellisen arvioinnin oikeudellisuus voidaan toki saattaa tuomioistuimen arvioitavaksi[416].

---

[413] Lehtinen et al. 1991, s. 112–165.

[414] Lehtinen V. 1975, s. 277 –278.

[415] Pylkkänen 2000a, s. 222: Mielisairaudella tarkoitetaan sellaista vakavaa mielenterveyshäiriötä, johon liittyy selvä todellisuudentajun häiriintyminen ja jota voidaan pitää psykoosina. Nykyisen tautiluokituksen mukaan tällaisina tiloina voidaan pitää seuraavien diagnoosiryhmien kriteerit täyttäviä häiriöitä:

- deliriumtilat
- skitsofrenian eri muodot
- elimelliset ja muut harhaluuloisuustilat
- vakavat masennustilat
- kaksisuuntaiset mielialahäiriöt
- dementian vaikea-asteiset ilmenemismuodot
- muut psykoosit

Mielisairas-käsitteen oikeudellisesta arvioinnista ks. myös Lönnqvist 1985, s. 718–720 ja Lehtonen 1986b, s. 249–253.

[416] KHO 13.2.1980 T 841: Mieshenkilö valitti Turun ja Porin LO:lle Turun psykiatrian klinikan ylilääkärin päätöksestä, jolla hänet otettiin sairaalaan tahdostaan riippumatta. Tarkkailulausunnon mukaan henkilöllä oli avioliittoaan koskevia harhaluuloja. Diagnoosia ei esitetty, vaan todettiin ainoastaan, ”että henkilö kokee olevansa varjostettu” jne. Harhaluulot esiintyivät vain rajatusti avioliiton alueella ja työnsä henkilö hoiti hyvin. Puolisoilla oli avioero vireillä, koska vaimolla oli miesystävä. KHO pysytti LO:n päätöksen, jolla valitus oli hylätty. Eri mieltä ollut KHO:n jäsen katsoi, ettei valittaja ollut mielisairaslain 16a §:n tarkoittama henkilö, minkä vuoksi kumosi LO:n päätöksen ja vastuunalaisen lääkärin päätöksen.

Uusittukin mielisairaslainsäädäntö mahdollistaa varsin pitkälle menevän hoidon potilaan tahdosta riippumatta (lain 2. luku) ja siis pakkohoitosuhteen perustamisen mielenterveyspotilaita hoitavien terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja potilaan välille. Lainsäädännössä on kuitenkin nyt entistä selvemmin korostettu yksilön henkilökohtaista vapausintressiä vastakkainasettelussa yksilön huoltotarpeeseen ja yhteiskunnan suojeluun nähden[417]. Aiemmankin lainsäädännön lähtökohtana oli, että hoitolaitoksessa suostumuksensa perusteella taikka vastoin tahtoaan olevalle mielisairaalle oli pyrittävä järjestämään niin suuri vapaus kuin mahdollista tuottamatta vaaraa hänelle itselleen tai muille (ns. *no restraint* -periaate)[418]. Jo vuoden 1977 uudistuksen yhteydessä täsmennettiin, että pakkokeinoja psykiatrisen hoidon antamisessa voidaan käyttää vain mielisairaalassa tahdostaan riippumatta pidettävään potilaaseen ja ainoastaan siinä määrin, kuin mitä hoito tai ympäristön turvallisuus välttämättä vaatii[419].

Kun mielenterveyslaki sallii varsin laajan mielisairaskäsitteen tulkinnan, on potilaan tahdon vastaisen mielisairaalaan ottamisen muiden edellytysten tulkinnan oltava tiukkaa[420]. Näin on asia senkin johdosta, että mielisairaanhoidollisen vapaudenriiston muiden edellytysten arvostelussa on lääketieteellisten kriteerien rinnalla huomattava merkitys myös yksilön hoidontarpeen ja huollontarpeen sekä vapausvaateen suhteen juridisella arvioinnilla[421]. Myös se seikka, onko henkilö mielisairautensa vuoksi hoidon tarpeessa tai paheneeko hänen tilansa, mikäli hoito laiminlyödään, ratkaistaan lääketieteellisin perustein, jotka voidaan ottaa oikeudellisen arvioin kohteeksi.[422]. Potilaan terveys ja turvallisuus vaarantuu esi-

---

[417] Ks. myös Ahtee 1950, s. 272.

[418] Ahtee 1950, s. 273.

[419] Mielisairaslaki 37 §. Vastaava säännös sisältyy mielenterveyslain 28 §:ään.

[420] Ks. AOA DNo 1052/2/96, 31.12.1997: Apulaisoikeusasiamiehen käsityksen mukaan se, että vakavan mielenterveydenhäiriön määrittely laissa on vaikeaa, asettaa korkeat vaatimukset vakavan mielenterveyden häiriön toteamista koskevalle menettelylle ja korostaa potilaan oikeusturvan merkitystä. Potilaan kuulemista koskevia säännöksiä on mm. mielenterveyslaissa ja laissa potilaan asemasta ja oikeuksista. Apulaisoikeusasiamiehen käsityksen mukaan potilaan ja hänen omaistensa kuulemista sekä potilaan hoitoa ja oikeuksia koskevaan tiedonsaantiin liittyviä menettelyjä saattaisi kuitenkin olla aihetta kehittää nykyisestä.

[421] Ks. Ahtee 1950, s. 279.

[422] KHO DNo 6414/34/84, 28.3.1986: Lääk.lis. R havaitsi toimiessaan yksityislääkärinä vuosina 1982–84 itsessään, perheessään ja eräissä potilaissaan oireita, joita aiheuttavasta taudista ei ollut selvyyttä. Hän tutki näitä oireita erityisesti keväällä 1984. Epäilyksiensä vuoksi R oli aluksi yhteydessä kaupungin terveyskeskuksen johtavaan lääkäriin T:een ja kaupungineläinlääkäriin. Hän jätti myös ilmoituksen Pieksämäen nimismiespiiriin kaupungin alueen, ilman ja vesien saastuneisuuden tutkimiseksi. T neuvotteli mielisairaanhoitopiirin lääkärien J:n ja A:n kanssa R:n mielenterveydestä ja pyysi lääkintöhallitusta (LKH) selvittämään R:n kykenevyyden harjoittaa lääkärintointa. LKH antoi R:n tilan selvittämisen A:n tehtäväksi ja katsoi, että pakkohoitoon ryhtyminen on paikallisten viranomaisten asia.

T ja A päätyivät kesäkuussa 1984 siihen, että R tuli toimittaa tahdostaan riippumatta mielisairaanhoitoon M:n sairaalaan. A totesi lähetteessään (MT I) mm., että R:n epäilyt ympäristörikoksista ovat herättäneet laajaa hämminkiä paikkakunnalla, että R kokee ympäristöterveydenhuollosta vastuullisten lääkärien vainoavan häntä ja että R:n tapa puhua potilailleen omasta terveydentilas-

taan ja ympäristön tilasta osoittaa puuttuvaa arvostelukykyä. M:n sairaalan osastonlääkäri totesi R:sta antamassaan tarkkailulausunnossa, että R oli tarkkailuaikana ollut rauhallinen ja alakuloinen. Lausunnon mukaan R pystyi kronologisesti kertomaan tapahtumista, hänen ajattelukykynsä oli järjestäytynyttä, orientaatio oli normaalia eikä harhoja ollut. R oli kuitenkin hämmentynyt sairaalaan toimittamisestaan, eikä hänellä ollut minkäänlaista sairaudentuntoa, vaan hän epäili sairaalaan toimittamisen syyksi kollegojen pelkoa ympäristörikosten paljastumisesta. M:n sairaalan vastuunalainen lääkäri J teki tämän lausunnon perusteella päätöksen tahdonvastaiseen mielisairaanhoitoon ottamisesta (MT II) katsoen R:n olevan sekä välittömän mielisairaanhoidon tarpeessa että vaarallinen itselleen ja muille.

R valitti ko. päätöksestä Mikkelin lääninoikeuteen (LO) ja kanteli pakkohoitoon toimittamisestaan oikeuskanslerille. Hänet oli kuitenkin jo ennen asian ratkaisemista siirretty LKH:n kehotuksesta tutkittavaksi HYKS:n psykiatrian klinikalle, josta hän oli päässyt kotiin jo neljän päivän hoidon jälkeen. Valituksessaan R katsoi, ettei hän ollut MSL 16a § 1 mom:ssa tarkoitetulla tavalla mielisairautensa vuoksi välittömän mielisairaanhoidon tarpeessa taikka erityisen vahingollinen itselleen tai muille. M:n sairaalan vastuunalainen lääkäri viittasi valitukseen johdosta antamassaan lausunnossa sairaalassa tekemiinsä havaintoihin ja katsoi niiden perusteella, että R oli ollut erityisen vahingollinen itselleen, koska saattoi käyttäytymisellään vahingoittaa työmahdollisuuksiaan lääkärinä, sekä erityisen vahingollinen muille, koska oli saanut käyttäytymisellään paikkakunnalla aikaan levottomuutta ja vaikeuttanut siten paikallista terveydenhuoltoa. LO hylkäsi valituksen äänin 2–1 ja katsoi, että saadun selvityksen perusteella R oli pakkohoitopäätöstä tehtäessä ollut mielisairautensa vuoksi välittömän mielisairaanhoidon tarpeessa. Lisäksi hän oli LO:n mukaan ollut erityisen vahingollinen itselleen kieltäytyessään useammasta yrityksestä huolimatta sairautensa vaatimasta hoidosta, mistä oli ollut seurauksena hänen tilansa huononeminen. Vastuunalaisen lääkärin päätös oli myös tehty säädetyssä järjestyksessä ja se oli perustunut säädetyllä tavalla ja riittävällä huolellisuudella tehtyihin havaintoihin.

KHO katsoi, etteivät ne asiakirjoista ilmenevät seikat, joiden vuoksi R on katsottu erityisen vahingolliseksi itselleen tai muille, ole MSL 16a § 1 mom:ssa tarkoitettuja sellaisia seikkoja, joiden perusteella hänet on voitu tahdostaan riippumatta ottaa mielisairaalaan. KHO vetosi tässä suhteessa MSL:n perusteluihin (HE 85/1976 vp.), joiden mukaan tahdonvastaisen mielisairaanhoidon edellytyksiä on uudistuksella pyritty tiukentamaan. MSL:n perusteluissa todetaan mm., että erityisen vahingollisena itselleen on pidettävä henkilöä, joka on yrittänyt itsemurhaa tai ilmaissut vakavan itsemurha-aikomuksen. Niin ikään on itselleen vahingollisena pidettävä henkilöä, joka huolimatta mielisairautensa vaikea-asteisuudesta ei puuttuvan sairaudentuntonsa vuoksi hakeudu hoitoon ja on näin menettämässä toimintakykynsä, joka mahdollisesti voitaisiin hoidolla palauttaa. Erityisen vahingollisena toiselle voidaan pitää henkilöä, joka mielisairautensa takia käyttäytyy väkivaltaisesti tai vakavissaan uhkaa toista väkivallalla. Tällaisena voidaan pitää myös henkilöä, joka mielisairautensa vuoksi aiheuttaa ympäristölleen pitkäaikaista vahinkoa tai haittaa, mikä voi ilmetä esim. oman perheen lasten kehityksen häiriintymisenä. Vuoden 1977 lakiuudistuksessa omaksuttu vahingollisuuskäsite on tarkoitettu sisällöltään laajemmaksi kuin aikaisemman lain vaarallisuuskriteeri. Toimenpiteisiin henkilön ottamiseksi hoitoon voidaan ryhtyä jo ennen kuin sairaus on edennyt niin pitkälle, että henkilö on osoittanut vaarallisuutensa itselleen tai muille. Toisaalta vahingollisuuskäsite on tarkoitettu koskemaan vain vahingollisuutta ihmisille (joko itselle tai muille) taikka toisen omaisuudelle. Kun erikseen on olemassa mahdollisuus asettaa omaisuuttaan tuhlaileva henkilö holhouksen alaiseksi (HolhL 368/1983 17 §), ei pelkkää henkilön omaisuuden (tai ammattiedun) varjelemista ole katsottu niin tärkeäksi intressiksi, että henkilö sen perusteella voitaisiin vastoin tahtoaan ottaa mielisairaalahoitoon.

Ratkaistessaan sitä kysymystä, onko R ollut välittömän mielisairaanhoidon tarpeessa KHO korosti, että henkilökohtaiseen vapauteen puuttumista merkitsevään toimenpiteeseen ryhtyminen edellyttää, että toimenpiteen lailliset edellytykset on riittävän selvästi todettu. KHO katsoi, ettei R:n käytöksestä tai muista seikoista, asiakirjoista saatavan selvityksen mukaan, ole käynyt toimenpiteen perusteeksi riittävällä tavalla ilmi, että R on ollut välittömän mielisairaanhoidon tarpeessa. Koska edellytyksiä R:n ottamiselle mielisairaalaan hänen tahdostaan riippumatta ei näin ole ollut, olivat M:n sairaalan vastuunalaisen lääkärin ja LO:n päätökset KHO:n mukaan lainvastaisia. Kun R:n mielisairaalaan ottaminen oli jo aiemmin päättynyt, enemmän lausunnon antaminen asiasta raukesi.

merkiksi silloin, kun hän ei oireilunsa takia kykene huolehtimaan itsestään (on esim. harhaileva taikka sekava). Myös riski joutua heitteille sekä kyvyttömyys selviytyä jokapäiväisen elämän vaatimuksista, kuten liikenteestä tai talvipakkasesta, saattavat vaarantaa henkilön turvallisuuden[423].

Muiden henkilöiden terveyttä ja turvallisuutta uhkaavana voidaan pitää henkilöä, joka mielisairautensa takia käyttäytyy väkivaltaisesti tai vakavissaan uhkaa toista väkivallalla. Tällaisena voidaan pitää myös henkilöä, joka mielisairautensa vuoksi aiheuttaa ympäristölleen pitkäaikaista vahinkoa tai haittaa, mikä voi ilmetä esim. oman perheen lasten kehityksen häiriintymisenä. Vaarallisuuskäsite on tarkoitettu koskemaan vain vahingollisuutta ihmisille (joko itselle tai muille) taikka toisen omaisuudelle. Pelkkää henkilön oman omaisuuden varjelemista ole katsottu niin tärkeäksi intressiksi, että henkilö sen perusteella voitaisiin vastoin tahtoaan ottaa mielisairaalahoitoon[424], vaikka käytännössä myös oman omaisuuden hävittäminen yhtenä mielisairauden oireena voi osaltaan johtaa tahdonvastaiseen mielisairaalahoitoon toimittamiseen[425]. Omaisuuden hukkaamistapauksissa ensisijainen keino suojata henkilön omaa etua on kuitenkin edunvalvojan määrääminen (laki holhoustoimesta, 442/1999, 8 §)[426].

Tahdosta riippumattomaan hoitoon määrääminen on äärimmäistä vallankäyttöä, jossa yksilöltä riistetään vapaus päättää omista asioistaan ja häneen voidaan soveltaa pakkohoitoa tarpeen mukaan. Tämä vapaudenriisto tehdään lääketieteellisen asiantuntijan arvion perusteella ”yksilön omaksi hyväksi”. Kun on kysymys ”mielisairaasta” – mieleltään sairaasta ihmisestä, joka ei ole vastuussa

---

[423] Pylkkänen 2000a, s. 222.

[424] ibid.

[425] Achté ja Hoppu 1983, s. 281: LKH 1978: Vaimo koetti saada maanisen ja taloudellisesti holtittoman aviomiehensä hoidettavaksi psykiatriseen sairaalaan mielenterveystoimiston kautta. Siellä lääkäri A kehotti vaimoa seuraamaan aviomiehensä tilaa viikonlopun ajan kotona. A kuitenkin neuvotteli myös potilaan työpaikkalääkärin B:n kanssa ja varasi potilaalle ajan B:n vastaanotolle. Sen jälkeen lääkärit päättivät yhdessä määrätä potilaalle kolmen viikon pituisen sairasloman, vaikka tämä vaimonsa kantelun mukaan olisi ollut sairaalahoidon tarpeessa. Kolmen viikon aikana potilas kulutti useita tuhansia markkoja rahaa ja karkasi, jolloin hänet jouduttiin etsimään poliisivoimin. Hänet toimitettiin X:n psykiatriseen sairaalaan vasta pitkän ajan kuluttua ja hänen vaimonsa piti lääkäreitä vastuussa tapahtuneesta vaatien heiltä korvausta vahingosta, jonka potilas oli sairautensa aikana tuottanut. Työterveyslääkäri B kertoi pitäneensä potilasta hypomaanisena ja katsoneensa avohoidon parhaaksi hänelle. Lääkäri A puolestaan totesi, ettei potilas ollut vaarallinen itselleen tai muille ja oli ollut vaikea päätellä, oliko hänen touhukkuutensa lisääntynyt. X:n psykiatrisen sairaalan johtava lääkäri totesi, että potilaan perhe oli varakas, joten potilaan toiminta ei ollut aiheuttanut taloudellista hätää. Potilas oli toimitettu sairaalaan sen jälkeen, kun avohoitomahdollisuutta oli ensin asiaankuuluvasti harkittu. LKH:n asiantuntijan mielestä lääkärien olisi pitänyt uskoa potilaan saattajia ja toimittaa potilas hoitoon. Lääkintöhallitus totesi, ettei tri B ollut menetellyt virheellisesti. Sen sijaan LKH huomautti tri A:lle vastaisen varalle siitä, että mielenterveystoimiston tulisi kyseisenlaisissa sairaustapauksissa varata aikaa potilaan tutkimiseen kiireellisenä ja seurata sairauden kehitystä tiiviisti siirtämättä hoitovastuuta kyseisiä erikoissairauksia vähemmän tuntevalle lääkärille.

[426] Ks. myös Kangas 1995, s. 528–532.

teoistaan eikä ymmärrä omaa parastaan – ei yksilön itsensä käsityksillä tilastaan ole suurtakaan juridista merkitystä. Kuitenkin mielisairaslainsäädännön takana olevan yhteiskuntapoliittisen ajattelun perustana on pyrkimys psykiatristen potilaiden ”parantamiseen”, heidän saattamisekseen takaisin yhteiskuntakelpoisiksi. Niinpä tahdonvastaisen hoidon edellytyksenä on lisäksi, että muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu potilaan hoitoon. Pakkohoidon toteuttaminen ei edellytä, että kaikkia vaihtoehtoisia mielenterveyspalveluja olisi käytännössä kokeiltu ennen pakkohoidon toteuttamista, vaan tämäkin arvio perustuu lääketieteelliseen käytännön kokemukseen siitä, mitä hyötyä jostain muusta tarjolla olevasta hoidosta saattaisi olla[427].

Mielenterveyslaki korostaa terveyskeskuksen ensisijaisuutta tutkimukseen ja hoitoon toimittamisessa[428]. Lain 29 §:n mukaan terveyskeskuksen vastaavan lääkärin tai hänen määräämänsä lääkärin on, saatuaan tietää terveyskeskuksen toimialueella asuvasta tai olevasta henkilöstä, jonka kohdalla tahdosta riippumattoman hoidon edellytykset täyttyvät, ryhdyttävä tarpeellisiin toimenpiteisiin hänen passittamisekseen mielisairaalaan (ts. laadittava asianomainen tarkkailulähete). Näin mielenterveyslaki madalsi terveyskeskuksen toimintavelvollisuuden kynnystä aiemmasta. Mielisairaanhoidon edellytysten olemassaolo selvitetään käytännössä siten, että lääkäri terveyskeskuksen sairaankuljetushenkilöstön kanssa tekee mielisairaaksi epäillyn henkilön luokse sairaskäynnin tai, jos edellä mainittu ei jostain syystä ole mahdollista, että sairaankuljetushenkilöstö (usein fyysistä pakkoakin käyttäen) noutaa henkilön terveyskeskukseen tutkimusta varten[429]. Jos kyseinen henkilö vastustaa toimenpiteitä siinä määrin, että voimakeinot ovat välttämättömiä, tulisi terveyskeskuslääkärin kuitenkin pyytää virka-apua poliisilta, koska sairaankuljetushenkilökunnalla ennen lääkärin tekemää arviota potilaan mielisairaudesta ei ole mitään oikeutta fyysisen pakon käyttöön[430]. Samoin on meneteltävä, jos henkilön käytös on uhkaavaa tai väkivaltais-

---

[427] Pylkkänen 2000a, s. 223.

[428] Ks. myös HE 85/1976, s. 10.

[429] Tarkkailulähetteen on kuitenkin perustuttava lääkärin henkilökohtaisesti tekemään tutkimukseen, eikä esim. pelkkään kuulopuheeseen.

[430] Ks. AOK DNo 801/1/89, 5.6.1990: *Kysymys poliisin oikeudesta kotietsinnän toimittamiseen annettaessa virka-apua tahdostaan riippumatta mielisairaalassa pidetyn henkilön palauttamiseksi sairaalaan*.

Poliisin menettelyä koskevan kantelukirjoituksen johdosta hankituista selvityksistä oli ilmennyt, että mielisairaalassa tahdostaan riippumatta pidetty henkilö oli luvatta poistunut sairaalasta. Päivystävän lääkärin määräyksestä oli samana päivänä tehty mielisairaslain 56 §:ssä tarkoitettu virka-apupyyntö poliisille hänen palauttamisekseen sairaalaan. Sairaalan taholta oli oltu myös myöhemmin yhteydessä poliisiin, koska potilaan palauttamista hoitoon oli pidetty välttämättömänä hänen sairaudentilansa vuoksi. Sairaalan taholta oli ilmoitettu, että potilas oleili joko omassa asunnossaan tai kantelijan asunnossa.

Nimismiespiirin päivystäjä oli määrännyt nuoremmat konstaapelit antamaan virka-apua potilaan palauttamiseksi sairaalaan. Poliisien todettua potilaan asunnon tyhjäksi he olivat menneet kantelijan asunnolle. Soitettuaan ovikelloa poliisit olivat kuulleet asunnosta äänen, mutta ovea ei ollut

ta. Poliisi on myös oma-aloitteisesti velvollinen ilmoittamaan tällaisesta henkilöstä terveyskeskukseen ja tarvittaessa toimittamaan hänet terveyskeskukseen tutkittavaksi (esimerkiksi löydettyään sekavan henkilön liikenteestä).

Ensimmäisen arvion potilaan hoidon tarpeesta tekee siis terveyskeskuslääkäri, jolla on suhteellisen huonot mahdollisuudet psykiatrisen potilaan hoitamiseen avohoidossa[431]. Aloite toimenpiteisiin ryhtymiseksi tulee yleensä ulkopuolisten, esimerkiksi poliisi- tai sosiaaliviranomaisten taikka potilaan omaisten tai naapurien taholta. Lääkärin ei edellytetä pystyvän tekemään diagnoosia ennen tarkkailulähetteen laatimista vaan jo pelkkä epäily hoitoa vaativasta mielisairaudesta riittää lähetteen perusteeksi[432]. Käytännössä potilas on tässä vaiheessa täysin lääkärin asiantuntemuksen armoilla ja joutuu tavallaan osoittamaan itsensä normaaliksi. Kuitenkin ainoastaan erittäin harvoissa tapauksissa on voitu todeta potilaan mielisairaalaan toimittaneen lääkärin menetelleen taitamattomasti taikka potilaan edun tai lain vastaisesti[433].

---

avattu. Päivystäjä oli tultuaan siihen tulokseen, että etsitty henkilö oli asunnossa, määrännyt asunnon tarkastettavaksi ja sen oven avattavaksi yleisavainta käyttäen. Kun poliisit olivat päässeet asuntoon, he olivat tavanneet kantelijan, mutta eivät etsimäänsä henkilöä.

Apulaisoikeuskansleri on kantelun johdosta antamassaan ratkaisussa todennut, että mielisairaslaissa ei ole säännöstä, jonka mukaan poliisi voisi asunnonhaltijan tahdosta riippumatta antaa mielisairaslain 56 §:ssä tarkoitettua virka-apua kotirauhan suojaamassa paikassa.

Eräs oikeusjärjestyksemme tunnustama periaate on se, että ihmisen hengelle ja terveydelle annetaan enemmän suojaa kuin omaisuudelle. Mielisairaslain 16 a §:n säännöksestä käy ilmi, että tahdostaan riippumatta mielisairaalassa hoidettavana voi olla vain henkilö, joka on mielisairautensa vuoksi välittömän mielisairaanhoidon tarpeessa tai erityisen vahingollinen itselleen tai muille. Poliisilain 19 §:n 1 ja 2 momentin säännökset oikeuttavat poliisin ottamaan kiinni henkilön hänen käyttäytymisensä johdosta yleisen turvallisuuden voimassa pitämiseksi ja hänen itsensä suojelemiseksi hänen henkeään tai terveyttään uhkaavalta välittömältä vaaralta.

Edellä olevan johdosta apulaisoikeuskansleri on katsonut, että poliisilla oli ollut oikeus poliisilain 19 §:n 1 ja 2 momentin säännösten nojalla ja virka-apusäännösten tarkoitus huomioon ottaen suojellessaan etsimänsä henkilön terveyttä ja yleistä turvallisuutta ottaa etsimänsä henkilö kiinni myös kotirauhan suojaamasta paikasta.

Vrt. kuitenkin AOA DNo 686/4/91, 17.9.1992: *Terveyskeskuslääkärille ilmoitettu käsitys mielenterveyslain vastaisesta menettelystä psyykkisesti sairaan kuljettamisessa.*

Terveyskeskuslääkäri oli pyytänyt poliisin virka-apua henkilön toimittamiseksi terveyskeskukseen mielenterveydellisistä syistä. Potilas ei ollut väkivaltainen eikä tapaus muutoinkaan erityisen kiireellinen.

Mielenterveyslain mukaan poliisi voi kuljettaa psyykkisesti sairaan terveyskeskukseen vain erittäin kiireellisessä tapauksessa. Potilaan kuljettamiseen edellytetään yleensä terveydenhuoltoalan ammattikoulutuksen saanutta henkilöä saattajaksi. Poliisin virka-avun tulee olla luonteeltaan avustavaa. Terveyskeskuslääkärille ilmoitettu käsitys mielenterveyslain vastaisesta menettelystä. Myös nimismiespiirin huomiota kiinnitetty lain noudattamiseen. Samoin AOA DNo 1790/4/92, 5.2.1993.

[431] Vrt. TaVM 1/1977, s. 3.

[432] Pylkkänen 2000a, s. 225.

[433] Lääkintöhallitus 1983, s. 41; Vrt. kuitenkin HS 18.7.1984: Mielenterveyden häiriöistä aiemmin kärsinyt ja pakkohoitoon toimittamismenettelyn hyvin tuntenut henkilö onnistui saamaan huonokuuloisen ja hieman originellin, mutta psyykkisesti terveen, naapurinsa passitetuksi mielisairaalaan. Naapuruksilla oli ollut aiemmin riitaa mm. auton pysäköinnistä ja erilaisten tavaroiden säilytyspaikoista taloyhtiön pihalla. Henkilö oli tehnyt naapuristaan ilmoituksen terveyskeskukseen,

Tahdosta riippumatomaan psykiatriseen hoitoon määrääminen on nelivaiheinen prosessi, jonka osina ovat tarkkailuun lähettäminen (M1-lomake), sairaalassa tarkkailuun ottaminen, tarkkailulausunto (M2-lomake) ja päätös (M3-lomake). Jokaisen vaiheen käynnistäminen ja siitä seuraavaan vaiheeseen siirtyminen ovat lääkärin ratkaistavia. Tahdonvastaisen psykiatrisen hoitosuhteen aloittamista edeltää näin neljän riippumattoman lääkäri arvio hoidon aiheiden täyttymisestä[434]. On huomattava, että tahdonvastaisesta hoidosta päättävä lääkäri ei ole prosessissa asianosaisen asemassa, eikä hän siis voi esimerkiksi valittaa hallinto-oikeuden päätöksestä, jossa katsotaan, ettei edellytyksiä tahdonvastaiselle hoidolle ole[435].

2.6.4.2.2. Pakkohoidon sisällöstä päättäminen

Aiempia mielipiteitä psykiatrisen potilaan asemasta kuvaa hyvin *Anttilan* käsitys, jonka mukaan mielisairaan tahdolle ei anneta oikeudellista merkitystä hänen sairautensa hoitoa koskevissa kysymyksissä. Suostumus mielisairaalle tehtäviin hoitotoimenpiteisiin olisi Anttilan mukaan pyydettävä holhoojalta, mikä käytännössä on vaikeaa, koska useimmille mielisairaille ei holhoojaa ole määrätty[436]. Tämä käsitys ei enää vastaa lainsäädännössä omaksuttuja pyrkimyksiä saattaa psyykkisistä sairauksista kärsivät potilaat mahdollisimman laajasti samanveroiseen asemaan muihin sairaisiin nähden[437]. Potilaan suostumuksen periaatetta tu-

---

jonne tämä oli viety kahdesti tutkimuksia varten. Ensimmäisellä kerralla mainittu mieshenkilö oli todettu terveeksi, mutta toisella kerralla terveyskeskuksessa sijaisena toiminut lääketieteen kandidaatti ei ollut huomannut potilaan huonokuuloisuutta, vaan oli pitänyt henkilön vastailemattomuutta merkkinä mielisairaudesta ja oli toimittanut miehen pakkohoitoon mielisairaalaan. Siellä hänet tarkkailuaikana kuitenkin todettiin terveeksi. Asian myöhemmässä oikeuskäsittelyssä Turun RO:ssa on yleinen syyttäjä syyttänyt ilmoituksen tehnyttä naapuria jatketusta vapaudenriistosta ja MT1-lähetteen kirjoittanutta lääkäriä virkavirheestä. Mainitun lääkärin puolustuksen tuomioistuimelle toimittamassa asiantuntijalausunnossa todetaan mm, että on luonnollista, että lääkäriä pystytään pettämään ja johtamaan harhaan, jos sitä tietoisesti yritetään.

434 Pylkkänen 2000a,s. 224.

435 KHO 1993 A 32: Niuvanniemen sairaalan ylilääkäri oli tehnyt mielenterveyslain 4. luvussa tarkoitetun potilaan hoidon jatkamista koskevan päätöksen mielenterveyslain 17 §:n 2 momentissa säädetyn 6 kuukauden määräajan jälkeen. Sosiaali- ja terveyshallitus jätti tämän vuoksi ylilääkärin päätöksen vahvistamatta ja palautti asian Niuvanniemen sairaalaan, jotta selvitettäisiin, oliko mahdollista ottaa potilas hänen tahdostaan riippumatta psykiatriseen sairaalahoitoon noudattaen mielenterveyslain 2. luvun säännöksiä. Sairaalan ylilääkärin jatkettua potilaan psykiatrista sairaalahoitoa mielenterveyslain 8 §:n ja 12 §:n 1 momentin nojalla ja alistettua päätöksensä lääninoikeuden vahvistettavaksi, lääninoikeus jätti alistuksen tutkimatta, koska potilas oli katsottava mielenterveyslain 4. luvussa tarkoitetuksi potilaaksi, eikä asian ratkaiseminen ottaen huomioon mielenterveyslain 4. luvun, erityisesti sen 22 §:n 1 momentin verrattuna 17 §:ään, kuulunut lääninoikeuden toimivaltaan. KHO jätti sairaalan ylilääkärin lääninoikeuden päätöksestä tekemän valituksen ja sosiaali- ja terveyshallituksen päätöksestä tekemän purkuhakemuksen puuttuvan puhevallan vuoksi tutkimatta. Samoin KHO 28.5.2001 T 1262.

436 Anttila 1946, s. 177.

437 Joissain tapauksissa olisi ajateltavissa, että potilaat terveinä olleessaan voisivat määrätä edusmiehen, joka heidän puolestaan ottaisi osaa hoidon sisältöä koskevaan päätöksentekoon, silloin kun potilas olisi itse siihen kykenemätön. Ks. Steinbrook and Lo 1984, s. 1598–1601.

lisi pääsääntöisesti soveltaa *kaikkiin* psykiatrisiin potilaisiin, toisin sanoen tahdonvastainenkaan sairaalaan toimittaminen ei saisi automaattisesti luvallistaa tahdosta riippumattomia yksittäisiä hoitotoimenpiteitä[438]. Mielenterveyslain 28 §:n mukaan tahdostaan riippumatta mielisairaanhoitolaitokseen otettuun henkilöön voidaan soveltaa vain sellaista pakkoa, kuin mitä sairauden hoito tai hoidettavan taikka toisen henkilön turvallisuus *välttämättä* vaatii[439]. Jos siis pakkohoidossa oleva potilas voidaan jollain sellaisella tavalla, johon potilas itse suostuu, hoitaa sairauden hoidon ja ympäristön turvallisuuden kannalta riittävän hyvällä tavalla, ei muun – lääkärin mielestä ehkä paremmankin – hoidon antaminen vastoin potilaan tahtoa ole oikeutettua. Tällainen hoitohan ei ole mielenterveyslain tarkoittamalla tavalla välttämätöntä.

> AOA DNo 1561/4/94, 16.1.1995: *Huomautus hoitavalle lääkärille potilaan eristämisestä: Kantelija arvosteli psykiatrisessa sairaalassa saamaansa hoitoa ja erityisesti häneen kohdistettuja eristämistoimenpiteitä. Kantelijan käsityksen mukaan häntä ei olisi saanut eristää HIV-infektioepäilyn vuoksi.*
>
> Potilasta koskevien alkuperäisten sairauskertomusten mukaan hänen eristämisensä pääasiallinen syy oli HIV-infektiota koskeva epäily, joka kahdessa tapauksessa oli perustunut poliisin hallussa olleisiin paikkansa pitämättömiin merkintöihin. Eristämistoimenpiteistä tehtyjen merkintöjen mukaan potilas poistettiin eristyksestä välittömästi, kun tieto negatiivisesta HIV-tuloksesta saatiin. Voimassa oleva lainsäädäntö ei oikeuta eristämään potilasta HIV-infektiota koskevan epäilyn vuoksi.
>
> Mielenterveyslain 28 §:n mukaan tarkkailuun otetun tai hoitoon määrätyn potilaan itsemääräämisoikeutta saa rajoittaa ja häneen kohdistaa pakkoa vain siinä määrin kuin sairauden hoito tai hänen turvallisuutensa tai toisen henkilön turvallisuus välttämättä vaatii. Tartuntalain 17 §:n mukaan yleisvaaralliseen tartuntatautiin sairastunut tai sairastuneeksi epäilty voidaan säädetyin edellytyksin eristää sairaanhoitolaitokseen. Päätöksen tekee lain 18 §:n mukaan terveyslautakunta tai kiireellisessä tapauksessa vastaava terveyskeskuslääkäri. Tartuntatautiasetuksen 2 §:n mukaan HIV-infektio ei ole yleisvaarallinen tartuntatauti.
>
> Apulaisoikeusasiamies antoi potilasta hoitaneelle lääkärille huomautuksen virheellisestä menettelystä.

Jos lääketieteellisesti hyväksyttäviä keinoja potilaan kannalta tarpeellisen hoidon toteuttamiseen on useita, on potilaalla oikeus valita niistä mieleisensä, vaikka potilas ei voikaan velvoittaa lääkäriä juuri tietyn hoidon antamiseen. Hoidon

---

[438] Lehtimaja 1983, s. 78.

[439] Mm. eduskunnan oikeusasiamies on toistuvasti kiinnittänyt huomiota siihen, että sekä pakon käytön edellytysten että hoidossa käytettävien pakkokeinojen tulee olla tarkkaan laissa määriteltyjä (Paunio 2000, s. 3461–3463). Sosiaali- ja terveysministeriö onkin valmistelemassa mielenterveyslain muutosta, jolla pakkokeinojen käyttöä hoidossa entisestään rajoitettaisiin. Ks. Suomen Lääkäriliitto 2001, s. 2075–2077.

sopivuuden tai sopimattomuuden potilaalle ratkaisee aina lääkäri. Useimmiten kuitenkaan suurta valinnanvaraa käytettävien hoitokeinojen suhteen ei ole. Esimerkiksi levoton tai aggressiivinen potilas on pakko tyynnyttää neuroleptisin lääkkein ennen kuin psykoterapia voidaan aloittaa. Antipsykoottinen lääkitys saattaa myös olla välttämätön potilaan itsemurhavaaran vähentämiseksi[440]. Toisaalta eristämiseen ja lepositeiden käyttöön turvaudutaan – paitsi hoidollisessa tarkoituksessa – myös turvallisuuden ja järjestyksen takaamiseksi osastolla, mihin tavoitteeseen pääsemiseksi ei juuri muita keinoja ole, jos potilaalle annetuista lääkkeistä ei ole ollut apua. Potilaan valinnanvapauden merkitys onkin korostetusti periaatteellinen; se osoittaa niitä rajoja, joiden puitteissa julkista valtaa käyttävän hoitohenkilökunnan on pysyttävä, ja tähdentää potilaan ihmisoikeuksia[441].

Vaikka lainsäädäntö oikeuttaa hoitamaan tahdostaan riippumatta mielisairaalaan otettua potilasta ilman tämän suostumusta, on lääkärin potilaslain 5 §:n nojalla pyrittävä antamaan potilaalle riittävä informaatio hoidon sisällöstä, mm. tiedot hoitoon liittyvistä kivuista, epämukavuuksista, sivuvaikutuksista ja riskeistä[442]. Ainoastaan, jos selvityksestä olisi vakavaa vaaraa potilaan terveydelle, voidaan informoinnista luopua. Puutteellinen informaatio on eräs kanteluiden ja valitusten tavallisin aiheuttaja ja mielenterveyspotilaat ovat merkittävä kantelijoiden ryhmä[443]. Jos potilaaseen kohdistuva hoitotoimenpide on epätavallinen tai vaarallinen, tulee potilaan tai hänen omaistensa suostumus nimenomaisesti hankkia[444]. Pelkkä mielisairaus (tai vajaavaltaisuus) ei toisaalta tee potilasta kykenemättömäksi suostumuksen antamiseen – asia on arvioitava kussakin yksitäistapauksessa ottaen huomioon potilaan harkintakyvyn ja toimenpiteen laadun[445]. Jos potilas ei kykene ymmärtämään toimenpiteen merkitystä, on suostumus potilaslain 6 §:n 2 momentin mukaan hankittava potilaan lailliselta edustajalta tai lähiomaiselta. Huomattava kuitenkin on, että alaikäisen potilaan omainen ei voi kieltää suorittamasta potilaan henkeä tai terveyttä uhkaavan vaaran torjumiseksi tarpeellista toimenpidettä[446].

Tyypillistä psykiatriselle hoitotoimenpiteille on, että niillä voidaan suuresti muuttaa yksilön integriteettiä. Vastoin potilaan tahtoa annettavaan hoitoon kuuluvat usein psyykenlääkkeet, eristäminen ja ns. lepositeet. Myös ns. shokkihoitoja (sähköshokki, insuliinishokki) käytetään vaikeiden masennustilojen hoidossa.

---

[440] Ks. itsemurhavaarassa olevan potilaan hyvästä hoitokäytännöstä potilasvahinkolain kannalta Kaivola ja Lehtonen 2001a, s. 693–697.
[441] Paunio 2000, s. 3461–3463.
[442] Lehtimaja 1983, s. 78–79.
[443] Ks. jo Fagerström 1983, s. 276 .
[444] Ilveskivi 1997b, s. 782–791. Vrt. Oesch 1977, s. 38.
Ks. myös OKK 1973, 88.
[445] Vrt. Lahti 1971, s. 453.
[446] Potilaslaki 9 § 4 mom.

Laitosmaisissa olosuhteissa yksilön käyttäytymistä koskevalla ohjauksella (ohjeet ulkoilu-, syömis-, pesu- ja nukkumisajoista) voidaan yksilö myös altistaa psykologisiin tilanteisiin, joilla saattaa olla hänen integriteettiään heikentävä vaikutus. Tämän takia hyvään psykiatriseen hoitoon kuuluu myös tietoinen pyrkimys laitostumisen estämineen ja avohoidon suosimiseen.

Kaikkien tahdonvastaistenkin toimenpiteiden tulee olla lääketieteen vallitsevan kannan hyväksymiä, eikä niihin saa sisältyä kohtuuttomia riskejä[447]. Mitään erityisiä määräyksiä tai ohjeita siitä, minkälaisissa tilanteissa ja minkälaiseen hoitoon potilas voidaan mielisairaalassa pakottaa, ei toistaiseksi kuitenkaan ole olemassa, vaan yksitäisten hoitotoimenpiteiden hyväksyttävyyttä joudutaan käytännössä tavallisimmin arvioimaan lääkärin taitovirhettä ja vahingonkorvausvastuuta koskevien kysymysten yhteydessä. Tällöin tuottamuksen konstruoi lääkärintoimintaa koskevien lainsäännösten tai vallitsevan lääketieteellisen käsityksen ts. *hyvän hoitokäytännön* vastainen menettely[448]. Käytännössä kuitenkin juuri esim. hoitohenkilökunnan niukkuus voi levottomia potilaita hoitavilla osastoilla johtaa lääketieteellisesti huonosti perusteltaviin käytäntöihin (esim. suuriin neuroleptiannoksiin ja sedatiivisten lääkkeiden liikakäyttöön, jotka voivat jopa pahentaa potilaan perustautia)[449]. Mielenterveyslain 10 §:n mukaisena tarkkailuaikana ei pitkävaikutteista lääkitystä tulisikaan aloittaa potilaan tahdosta riippumatta[450], vaikka sairaalaan tarkkailtavaksi otetulle henkilölle on muutoin annettava tarpeellinen hoito.

Mielisairaalaan tahdostaan riippumatta otetun potilaan pakkohoitopäätös tehdään edellä lueteltujen lääkärinlausuntojen nojalla, mistä lääkärinlausunnoista tulee käydä ilmi, ovatko pakkohoidon edellytykset olemassa. *Sen sijaan hoitopäätökseen ei nykyisten säännösten perusteella tarvitse liittää minkäänlaista hoitosuunnitelmaa*. Näin ollen potilaan varsinainen hoito kokonaisuudessaan jää tosiasiallisena hallintotoimintana valitusmahdollisuuden ulkopuolelle ja pääasialliseksi oikeusturvakeinoksi hoidon sisällön osalta jää hallintokantelu[451]. Kuitenkin hoitoon ottaminen ja varsinainen hoito muodostavat kokonaisuuden, jossa hoitoon ottamiseen liittyy aina ajatus potilaan tulevan hoidon sisällöstä.[452].

Tahdostaan riippumatta hoitoon otettuun potilaaseen saadaan kohdistaa pakkoa vain hoidollisessa tai turvallisuuden säilyttämisen tarkoituksessa. Mitään laillista oikeutta puuttua esim. potilaan varainkäyttöön ei hoitohenkilökunnalla

---

[447] Lehtimaja 1983, s. 79. Ks. myös HE 113/2001 vp.: Tahdonvastaisten toimenpiteiden käytön edellytykset ollaan kirjaamassa mielenterveyslain 4a. lukuun.
[448] Kaivola ja Lehtonen 2001a, s. 693–697.
[449] Ks. Suomen Lääkäriliitto 2001, s. 2075–2077.
[450] Achté ja Hoppu 1983, s. 15.
[451] Ks. Rosas 1980, s. 205.
[452] Ragnemalm 1981, s. 35. Päätöksenteon ja tosiasiallisen toiminnan erottamisen vaikeutta kuvaa esimerkiksi Ruotsin hallintomenettelylain (Förvaltningslag SFS 1971:290) 3 §, jonka mukaan sairaanhoitoa koskevasta alimman hallintoasteen päätöksestä ei saa valittaa. Syynä valituskieltoon on juuri vaikeus erottaa sairaanhoidossa tosiasiallinen toiminta ja hallintoasian käsittely.

tai terveysviranomaisilla ole. Pelkkä omaisuuden hukkaaminenhan ei edes ole riittävä peruste tahdonvastaiselle mielisairaalahoidolle[453]. Hoidon onnistumisen ja ympäristön turvallisuuden takaamiseksi on mielisairaalan ylilääkärillä tai muulla vastaavalla oikeus tarkastaa tai tarkistuttaa sekä pidättää sairaalaan hoidettavaksi tai tarkkailtavaksi otetulle henkilölle saapuneet kirjeet ja muut lähetykset (mielenterveyslaki 28 § 2 mom.) esimerkiksi, jos niiden epäillään sisältävän päihteitä taikka huumausaineita. Sairaalaa valvovien viranomaisten, lainkäyttöviranomaisten taikka oikeusavustajan potilaalle lähettämät lähetykset on kuitenkin aina toimitettava tarkastamattomana perille.

AOA DNo 1459/4/88, 28.12.1990: *Mielisairaalassa olevan potilaan kirjeenvaihto- ja tapaamisoikeus: Käsitys mielisairaalassa olevan henkilön kirjeenvaihdon tarkastamisesta ja mielentilatutkimuksessa olevan potilaan oikeudesta tavata mm. omaisiaan saatettu sairaalan johtavan lääkärin tietoon.*

Sairaalassa potilaille saapuneet kirjeet oli tarkastettu säännönmukaisesti ja mielentilatutkimuksessa olevien henkilöiden tapaaminen oli haastemiehiä ja asianajajia lukuun ottamatta kielletty.

Mielentilatutkimuksessa olevan potilaan kantelun johdosta todettu, että mielisairaslain 38 §:n 1 momentin mukaan ainoastaan saapuvien kirjeiden ja muiden lähetysten tarkastaminen oli sallittua ja sekin vain silloin, kun siihen oli jokin laissa mainittu erityinen syy. Tapaamisten järjestämisestä ja puhelimen käytöstä katsottu, että myös mielentilatutkimuksessa olevalla henkilöllä tulisi olla mahdollisuus tapaamisiin ja puhelimen käyttöön, ellei kieltämiseen ole jotakin erityistä syytä[454].

---

[453] Ks. KHO 24.4.1978 T 1847: Mielisairaalaa ylläpitävän kuntainliiton liittohallitus oli hyväksynyt sairaalan henkilökuntaa varten ohjeet potilaiden yksityisvarojen hoidosta, ostosten suorittamisesta ja potilaiden yksityisvarojen tilityksestä. Näiden ohjeiden mukaan oli muun ohella potilaan tullessa sairaalaan hänen mukanaan olleet käyttövarat, säästökirjat ja arvopaperit luovutettava kuittia vastaan sairaalan osastosihteerille ja käyttövarat oli kokonaisuudessaan tilitettävä sairaalan taloustoimistoon käyttötilille talletettavaksi. Potilaan viikoittain nostama rahamäärä sai olla eräitä poikkeuksia lukuun ottamatta enintään 25 markkaa. Hankittaessa potilaalle vaatteita ja muita käyttöesineitä oli tämän tapahduttava velaksi ja toivottavana pidettiin, että tavarat myynyt liike merkitsi laskuun potilaan nimen tai hänen tunnuksensa. Lääninoikeus oli kuntainliiton jäsenkunnista olevien potilaiden valituksesta kumonnut liittohallituksen päätöksen ja palauttanut asian liittohallitukselle uudelleen käsiteltäväksi. Liittohallitus haki muutosta lääninoikeuden päätökseen. KHO katsoi, että liittohallituksen hyväksymissä ohjeissa oli sairaalan kaikkien potilaiden varainkäyttö asetettu samanlaisten rajoitusten alaiseksi. Liittohallituksella ei kuitenkaan ollut, kun otettiin huomioon mielisairaslain 37 § 2 mom:n säännökset, sellaisina kuin ne olivat 2.5.1952 annetussa laissa, oikeutta antamiensa yleisten ohjeiden mukaisesti ilman potilaan suostumusta rajoittaa hänen varojensa käyttämistä, jollei sairaalan vastuunalainen lääkäri katsonut sairaan tilan, hänelle annettavan hoidon tai hänen ympäristönsä turvallisuuden sitä välttämättä vaativan.

[454] Ks. myös AOA DNo 800/4/96, 16.6.1998. *Potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittaminen psykiatrisessa sairaalassa:*

Potilaan lakimies arvosteli muun muassa potilaaseen mielisairaalassa kohdistettuja itsemääräämisoikeuden rajoituksia. Saadun selvityksen mukaan erilaistumatonta jakomielitautia sairastava potilas oli ollut sairaalassa hoidettavana yhtäjaksoisesti marraskuusta 1992 lähtien. Hänen hoitoaan oli selvityksen mukaan toteutettu hänen vaikea psyykkinen sairautensa huomioon ottaen

Pakkokeinoja ei periaatteessa voida – hoidollisessa tarkoituksessa – ollenkaan käyttää vapaaehtoisesti sairaalassa hoidettavana olevaa potilasta kohtaan[455]. Sairaalan säännöissä on kuitenkin yleensä kielletty potilaalta sellaiset toiminnat,

---

mahdollisimman paljon vapauksia antaen. Selvityksestä ilmeni, että sairaalan henkilökunnalle oli annettu ohje olla yhdistämättä potilaalle hänen lakimiehensä puheluja. Nämä puhelut tuli ohjeen mukaan yhdistää sairaalan silloiselle ylilääkärille. Annetun ohjeen mukaisesti potilaan lakimiehen kaksi puhelua potilaalle yhdistettiin kesällä 1994 sairaalan ylilääkärille eikä potilaalle.

Sairaalan silloisen ylilääkärin antaman selvityksen mukaan puhelimen käyttöä joudutaan rajoittamaan vapautta rajoittavissa laitoksissa käytännön syistä esimerkiksi puhelujen keston vuoksi tai muusta syystä (esim. yhteydenpito rikolliseen toimintaan) tai potilaan psyykkisen tilan vuoksi. Ylilääkäri totesi edelleen, että potilaan vastaanottaessa puhelun huonossa psyykkisessä tilassa saattaa syntyä oleellisia väärin ymmärryksiä, jotka voivat ahdistaa potilasta ja huonontaa hänen tilaansa. Ylilääkäri kertoo selvittäneensä kyseiselle lakimiehelle edellä mainittuja hoidollisia näkökulmia puhelimitse tapahtuvassa yhteydenpidossa haluamatta vähimmässäkään määrin loukata potilaan oikeusturvaa.

AOA totesi, että itsemääräämisoikeuden rajoituksista säädetään mielenterveyslain 28 §:ssä ja että säännös koskee psykiatrista sairaalahoitoa ja siis myös valtion mielisairaalassa annettavaa hoitoa. AOA:n mukaan mielenterveyslain 28 §:n 3 momentissa korostetaan valvovien viranomaisten, lainkäyttöviranomaisten ja oikeusavustajien erityisasemaa itsemääräämisoikeuksia rajoitettaessa. Vaikka tarkkailuun otetulle tai hoitoon määrätylle saapuvat kirjeet tai muut lähetykset voidaan pykälän 2 momentissa säädetyin edellytyksin tarkastaa ja pidättää sairaalassa, pykälän 3 momentissa mainittujen tahojen osoittamat lähetykset on kuitenkin aina toimitettava viipymättä tarkastamattomina perille. Sanamuotonsa mukaisesti pykälän 3 momentti suojaa tarkkailuun otetulle tai hoitoon määrätylle osoitetut kirjeet tai muut lähetykset.

Euroopan ihmisoikeussopimuksen 8 artiklan mukaan kirjeenvaihtoon artiklan tarkoittamassa mielessä kuuluu myös viestintä puhelimitse. Mielenterveyslain säännöstä tuleekin AOA:n käsityksen mukaan tulkita siten, että se kattaa myös erityisasemassa olevien mainittujen tahojen puhelimitse tapahtuvan yhteydenoton tarkkailuun otettuun tai hoitoon määrättyyn. Näin ollen hänen käsityksensä mukaan tällaista yhteydenottoa ei saa rajoittaa. Sairaalan silloinen ylilääkäri oli AOA:n käsityksen mukaan toiminut virheellisesti rajoittaessaan potilaan lakimiehen puhelimitse tapahtuneita yhteydenottoja. Ylilääkäri ilmoitti selvityksessään perustelleensa rajoittamispäätöksiään edellä mainituilla hoidollisilla näkökohdilla. Näitä näkökohtia ylilääkäri ei kuitenkaan pystynyt yksilöimään, varsinkaan kun hän ei ollut merkinnyt niitä potilaan sairauskertomukseen, mikäli olisi AOA:n käsityksen mukaan ollut tarpeellista. Sairaalan nykyisen johtavan lääkärin antamien kirjallisten, yksiselitteisten ohjeiden mukaan asianajajan ja lakimiehen puhelinsoitot yhdistetään aina potilaalle. Nämä ohjeet ovat AOA:n mielestä sopusoinnussa Euroopan ihmisoikeussopimuksen 8 artiklan ja mielenterveyslain 28 §:n 3 momentin sekä tapahtumisen jälkeen voimaan tulleen hallitusmuodon 8 §:n kanssa.

Uudet perusoikeussäännökset huomioon ottaen mielenterveyslain 28 §:ssä säädetään AOA:n käsityksen mukaan puutteellisesti itsemääräämisoikeuden rajoittamisesta. Perusoikeuksien rajoittamisen tulee perustua lakiin. Koska mielenterveyslain 28 §:n säännöksiä itsemääräämisoikeuden rajoittamisesta ei AOA:n mielestä voida pitää perusoikeuksien rajoittamisen oikeudellisia edellytyksiä täyttävänä, hän oli jo erään toisen kanteluratkaisun yhteydessä esittänyt sosiaali- ja terveysministeriölle (AOA DNo 2704/2/97, 30.12.1997), että se ryhtyisi toimenpiteisiin säännöksen muuttamiseksi niin, että siitä ilmenisi selkeästi kyseisen perusoikeuden rajoituksen laajuus ja sen täsmälliset edellytykset. Hän totesi tässä yhteydessä, että kyseistä säädösmuutosta valmistellessaan ministeriö ottanee huomioon myös tarpeen säätää mielenterveyslain 28 §:n 3 momentissa mainittujen erityisasemassa olevien tahojen puhelimitse tapahtuvasta yhteydenotosta tarkkailuun otettuun tai hoitoon määrättyyn.

AOA esitti sairaalan silloiselle ylilääkärille käsityksensä tämän virheellisestä menettelystä.

[455] HE 85/1976, s. 15.

jotka häiritsevät sairaalan toimintaa ja muita potilaita (esim. kovaääninen radiolaitteiden käyttö yöaikaan, omien alkoholijuomien tuominen osastolle tms.) ja näiden sääntöjen oikeudellinen sitovuus on samanlainen kuin muidenkin kunnallisten järjestyssääntöjen. Monissa sairaaloissa järjestystä valvovat vartiointiliikkeet tai erilliset vartijat, jotka eivät ole terveydenhuollon ammattihenkilöitä eivätkä varsinaisesti osallistu potilaiden hoitoon.

2.6.4.3 Kehitysvammaiset

2.6.4.3.1. Pakkohoitosuhteen perustaminen

Vammalla tarkoitetaan psyykkistä tai fyysistä vioittumaa[456]. Kehitysvammaisella taas tarkoitetaan kehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain (kehitysvammalaki, L 519/1977)) 1 §:n mukaan henkilöä, jonka kehitys tai henkinen toiminta on estynyt tai häiriintynyt synnynnäisen tai kehitysiässä saadun sairauden, vian tai vamman vuoksi[457].

Termi kehitysvammainen otettiin käyttöön 1960-luvun puolivälin tienoilla vajaamielisnimikkeen korvaamiseksi toisella, vähemmän negatiivista painolastia sisältävällä nimikkeellä[458]. Samalla haluttiin luoda käsite, jonka piiriin kuuluisi muitakin ihmisryhmiä kuin varsinaiset vajaamieliset. Kehitysvammakomitean vuonna 1970 laatimassa kehitysvammalain ehdotusluonnoksessa termi kehitysvammainen ulotettiinkin koskemaan useita vammaisryhmiä[459]. Lain piiriin pyrittiin saamaan kaikki psyykkisesti tai fyysisesti vammautuneet tai sairaat kehitysikäiset, jotka erityishuoltopalveluja tarvitsisivat, sekä myös kaikki ne henkilöt, joiden kohdalla edellä mainittu tila jatkuu kehitysiän päätyttyä. Komitea oletti, että aiemman vajaamielislain tarkoittamien vajaamielisten ohella suurimpia ryhmiä, joihin kehitysvammalakia tultaisiin soveltamaan, olisivat näkö- ja kuulovammaiset, vajaaliikkeiset aivovauriolapset sekä epileptikot[460].

Kehitysvammakomitean näkemys kehitysvammaisen käsitteestä herätti aikanaan vilkasta keskustelua[461]. Käsitettä oli jo totuttu käyttämään käytännössä vajaamielisen käsitteen synonyyminä[462]. Kehitysvammalakia edeltäneessä vajaamielislaissa (L 107/1958) vajaamielinen oli määritelty henkilöksi, joka pääasiallisesti älyllisten toimintojensa kehittymättömyyden johdosta on tai tulee olemaan jatkuvan hoidon, erityisopetuksen, huollon tai ohjauksen tarpeessa. Vajaamielislaki oli kuitenkin alunperin tarkoitettu koskemaan vain syvästi vajaamieli-

---

456 Talousneuvosto 1972, s. 74.
457 Autio et al. 1985, s. 12–13.
458 Jussila 1970, s. 493–494.
459 KM 1970 A 12, s. 17–19.
460 Ibid, s. 19.
461 Ks. esim. Ristimäki 1970, s. 492.
462 Jussila 1970, s. 494.

siä, ja sen ulkopuolelle jäivät lievästi vajaamieliset[463]. Nykyään älyllisesti jälkeenjääneistä henkilöistä käytetään useimmiten nimitystä psyykkisesti kehitysvammaiset.

Kehitysvammalain mukaista erityishuoltoa voidaan antaa vain henkilölle, joka on edellä kuvatulla tavalla kehitysvammainen. Vaikka laissa omaksuttu kehitysvammaisen käsite on laajempi kuin aiempi vajaamielisen käsite, on kehitysvammalain soveltamisalan ulkopuolelle lain lopullisessa muodossa jätetty henkilöt, joilla on mahdollisuus jonkin muun lain nojalla saada erityishuoltoa vastaavia palveluja (kehitysvammalaki 1 § 1 mom.)[464]. Lähinnä tällöin tarkoitetaan vammaispalvelulain (L 380/1987) soveltamisalaan kuuluvia henkilöitä. Vammaispalvelulain mukaisella vammaisella tarkoitetaan taas vammaispalvelulain 2 §:n mukaan henkilöä, jolla vamman tai sairauden johdosta on pitkäaikaisesti erityisiä vaikeuksia suoriutua tavanomaisen elämän toiminnoista. Mainittakoon, että vammaispalvelulaissa ei ole mitään säännöksiä, jotka oikeuttaisivat antamaan pakkohuoltoa vastoin henkilön omaa tahtoa, mutta vammaisen henkilön sosiaalihuollon tarve voidaan toki selvittää sosiaalihuoltolain 41 §:n nojalla ilman henkilön omaa suostumusta ja hänelle voidaan tarvittaessa määrätä edunvalvoja.

Käytännössä kehitysvammalakia sovelletaan lähes pelkästään psyykkisesti kehitysvammaisten huollon järjestämiseen[465]. Tällaisen huollon tarpeessa (psyykkisen kehitysvammaisuuden vuoksi) on maassamme arvioitu olevan n. 25 000 henkilöä eli 0,5 % väestöstä[466], joista 1/5:n on katsottu tarvitsevan pysyvää laitoshoitoa. Erityishoitopaikkojen puutteen takia psyykkisesti kehitysvammaisia jouduttiin varsinkin aiemmin usein sijoittamaan moniin sellaisiin hoitopaikkoihin, esimerkiksi mielisairaaloihin, jossa he eivät ole saaneet häiriönsä luonnetta vastaavaa hoitoa[467]. Nyttemmin kehitysvammaisten hoidossa on enenevässä määrin pyritty irti keskuslaitoksista ja omatoimisten potilaiden siirtämiseen pienempiin palveluyksikköihin[468]. Kaiken kaikkiaan psyykkisen kehitysvammaisuuden esiintymistiheyden maassamme on arvioitu olevan 1 % väestöstä[469].

Vaikka erityishuollon antaminen pääsääntöisesti perustuu vapaaehtoisuuteen, on eräissä erityistapauksissa välttämätöntä järjestää henkilölle erityishuoltoa

---

[463] HE 102/1976 vp., s. 2. Ks. Achté et al. 1981, s. 453–454 ja siinä esitetty WHO:n älyllisen jälkeenjääneisyyden tautiluokitus. Vrt. nykyinen kehitysvammaisuuden luokittelu, esim. Wilska ja Kaski 2001, s. 2902–2907.

[464] Ks. myös HE 102/1976 vp., s. 3.

[465] Ks. myös Turunen 1978, s. 245.

[466] Achté et al. 1981, s. 455; Vrt. Turunen 1978, s. 239: Erityishuollon tarpeessa olevien määrän on arvioitu olevan n. 0,7 % väestöstä eli 35 000.

[467] Achté et al. 1981, s. 472. Varsinkin ikääntyvät psyykkisesti kehitysvammaiset soveltuvat kuitenkin hyvin myös avohoidon mielenterveyspalvelujen tukitoimien asiakkaiksi. Ks. Raitasuo 1999.

[468] Matikka 1998, s. 3005–3008.

[469] Turunen 1978, s. 239.

vastoin henkilön omaa tai hänen huoltajansa tahtoa[470]. Kehitysvammalain 32 §:n mukaan erityishuoltoa voidaan antaa vastoin tahtoa, jollei lastensuojelulain säännöksistä muuta johdu, henkilölle, jonka huoltoa ei muutoin voida järjestää ja jonka on syytä olettaa ilman huoltoa joutuvan vakavaan hengen- tai terveydenvaaraan tai jonka käytöksestä tai muista seikoista käy ilmi, että hän on vammaisuutensa vuoksi vaarallinen toisen henkilön turvallisuudelle ja välittömän erityishuollon tarpeessa. Viittauksella lastensuojelulakiin on tahdottu saattaa alaikäisen erityishuollon järjestäminen vastoin vanhempien tahtoa määräytymään lastensuojelulain säännösten mukaisesti[471].

Koska osa kehitysvammaisista ei pysty omaa tahtoaan riittävän selvästi ilmaisemaan, saattaa huollon tahdonvastaisuus monissa tapauksissa olla vaikeasti pääteltävissä[472]. Kehitysvammakomitea olettikin, että pääosa tahdonvastaisen erityishuollon toimeenpanosta tulisi tapahtumaan nimenomaan vastoin kehitysvammaisen huoltajan tahtoa[473]. Kun lopullisen kehitysvammalain mukaan alaikäisen kehitysvammaisen tahdonvastainen huolto määräytyy lastensuojelulain mukaan, tulee kehitysvammalain 32 §:n mukainen huolto vastoin edunvalvojan tahtoa kysymykseen ainoastaan, jos kehitysvammainen on todettu vajaavaltaiseksi ja edunvalvoja vastustaa huoltotoimenpiteitä. Vastoin tahtoa henkilölle annettavan kehitysvammaishuollon edellytyksenä on muun muassa, että henkilön huoltoa ei muutoin voida järjestää ja että henkilö ilman huoltoa joutuu vakavaan hengen- tai terveydenvaaraan. Lain sanamuoto (kehitysvammalain 32 § 1 mom.) poikkeaa kehitysvammakomitean laatiman lakiluonnoksen 22 §:stä[474] ja edellyttää henkilölle huollon puutteesta aiheutuvan vaaran lääketieteellistä arviointia. Tätä osoittanee sekin, että tahdonvastaisen huollon antamisesta päättävässä erityishuollon johtoryhmässä tulee kehitysvammalain 23 §:n mukaan olla edustettuna myös lääketieteellistä asiantuntemusta[475].

Lääketieteellisiä indikaatioita tahdonvastaisen erityishuollon antamiselle tai henkilön lähettämiselle laitoshoitoon on vaikea asettaa[476]. Yleensä jos vammainen on perheelleen suureksi rasitukseksi, suostuvat omaiset laitokseen lähettämiseen helposti. Joskus vanhemmat omistautuvat vammaisen lapsensa hoidolle niin voimakkaasti, että perheen muiden lasten emotionaaliset tarpeet laiminlyödään[477]. Periaatteessa potilaan laitossijoitus olisi tällöinkin aiheellinen, mutta vanhempien suostumusta siihen voi olla vaikea saada. Kehitysvammaiseen itseensä ei myöskään tällä perusteella voida kohdistaa pakkotoimia, koska vastoin

---

470 Ks. HE 102/1976 vp., s. 13.
471 ibid.
472 KM 1970 A 12, s. 34.
473 ibid.
474 KM 1970 A 12, s. 46.
475 Ks. HE 102/1976 vp, s. 11.
476 Achté et al. 1981, s. 472.
477 ibid.

huoltajien tahtoa tapahtuvan laitoshoidon edellytyksenä on nimenomaan vammaiselle henkilölle itselleen huollon puutteesta aiheutuva vaara.

Kehitysvammaisen henkilön tahdonvastainen hoito on mahdollista myös, jos henkilön käytöksestä ja muista seikoista käy ilmi, että hän on vammaisuutensa vuoksi vaarallinen toisen henkilön turvallisuudelle ja välittömän erityishuollon tarpeessa[478]. Näissä tapauksissa tahdonvastaisen erityishuollon antamiselle ei edellytetä lääketieteellisiä indikaatioita[479]. Mainitut edellytykset kiireellisellekin laitossijoitukselle täyttyvät esimerkiksi tilanteessa, jossa potilas alkaa osoittaa asosiaalisia piirteitä käyttäytymisessään ja vanhemmat eivät pysty niitä hallitsemaan[480]. Erityistapauksena tähän ryhmään kuuluvat ne kehitysvammaiset, joiden on oikeusistuimessa todettu syyllistyneen rangaistavaan tekoon, mutta jätetty täyttä ymmärrystä vailla olevina rangaistukseen tuomitsematta tai jotka samasta syystä on jätetty syytteeseen panematta[481]. Useimmat psyykkisesti kehitysvammaisten tekemistä rikoksista ovat reaktiivisia, pettymysten aiheuttamia pahoinpitelyjä tai nopeaa mielihyvää tavoittelevia näpistyksiä. Näitä rikoksia tehdään tavallisimmin nuorella iällä, ja tilastoista ilmenevä vajaamielisten yliedustus johtuu osittain juuri rikosten impulsiivisuudesta ja huonosta suunnittelusta, jolloin tekijä joutuu helposti kiinni. Aikuisten vajaamielisten rikollisuus ei sen sijaan sanottavasti poikkea normaaliälyisten rikosfrekvenssistä[482].

On muistettava, että vaikka psyykkisesti kehitysvammaisten keskimääräinen elinikä on alhaisempi kuin normaaliväestön, suuri osa kehitysvammaisista saavuttaa aikuisiän, ja että lapsuudessa aloitettu laitoshoito saattaa kestää ensin lastensuojelulain mukaisena huoltona ja sitten kehitysvammalain mukaisena erityishuoltona yhteensä useita kymmeniä vuosia[483]. Kehitysvammaisten erityishuollon tarkoituksena on kuitenkin edistää henkilön sopeutumista muuhun yhteiskuntaan, hänen omintakeista toimeentuloaan ja suoriutumista päivittäisistä toiminnoista mm. järjestämällä hänen tarvitsemansa opetus, hoito ja muu huolenpito[484]. Tämän ns. *normalisointiperiaatteen* lähtökohtana on toteamus, että vammaisetkin ovat yhteiskunnan jäseniä, joten heille kuuluvat kaikki kansalaisoikeudet, oikeus hoitoon, huoltoon, koulutukseen ja taloudelliseen turvallisuuteen ja suojeluun ihmisoikeuksien loukkauksilta[485]. Sekä kehitysvammaisen hen-

---

[478] Ks. HE 102/1976 vp, s. 13 ja KM 1970 A 12, s. 34.
[479] Ks. kuitenkin KHO 25.3.1999 T 582: Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksella oli siitä huolimatta, ettei rikoksesta syytetyn kehitysvammaisen tahdosta riippumattoman hoidon jatkamisesta ollut erikseen säädetty, erityishuollon johtoryhmän esitettyä erityishuollon lopettamista, toimivalta määrätä potilas edelleen hoitoon, kun se vastoin erityishuollon johtoryhmän esitystä katsoi, että edellytykset vastoin tahtoa annettavaan erityishuoltoon olivat edelleen olemassa.
[480] Achté et al. 1981, s. 472.
[481] Ks. KM 1970 A 12, s. 34.
[482] Achté et al. 1981, s. 478.
[483] Paaja ja Iivanainen 1998, s. 1795–1799.
[484] HE 102/1976 vp, s. 5.
[485] Achté et al. 1981, s. 466; Ks. myös KM 1984:14, s. 79.

kilön laitoshoitoon että varsinkin tahdonvastaiseen hoitoon on siis kehitysvammalain tavoitteiden valossa suhtauduttava varsin pidättyvästi[486]. On kuitenkin huomattava, että perusoikeusnäkökulmasta 1970-luvun alussa valmisteltu kehitysvammalaki on jo selvästi vanhentunut.

2.6.4.3.2. Pakkohoidon sisällöstä päättäminen

Kehitysvammalain 2 §:n mukaan erityishuoltoon kuuluvia palveluksia ovat muun muassa tutkimus, joka käsittää erityishuollon yksilöllisen suunnittelun ja toteuttamisen edellyttämät lääketieteelliset, psykologiset ja sosiaaliset selvitykset sekä soveltuvuuskokeet, terveydenhuolto, henkilökohtaisten apuneuvojen ja apuvälineiden järjestäminen, yksilöllinen hoito ja muu huolenpito sekä kehityshäiriöiden ehkäisy. Erityishuollon sisällöstä ei kehitysvammalakiin kuitenkaan ole otettu kuin yleiset suuntaviivat. Huollon sisällön yksityiskohtaisempi luonnehdinta on jätetty kullekin kehitysvammaiselle laadittavan erityishuolto-ohjelman varaan[487].

Myöskään erityishuollossa olevaan henkilöön kohdistettavien tahdonvastaisten toimien sisältöä ei ole tarkkaan määrätty[488]. Kehitysvammalain 42 §:n mukaan saadaan erityishuollossa olevaan henkilöön soveltaa pakkoa kuitenkin vain siinä määrin kuin erityishuollon järjestäminen tai toisen henkilön turvallisuus välttämättä vaatii. Tämän säädöksen soveltamisala on selkeästi laajempi kuin mielenterveyslain vastaavan säädöksen, koska sitä voidaan säännöksen sanamuodon perusteella soveltaa keneen hyväänsä henkilöön, jolle erityishuoltoa on päätetty antaa joko alunperin henkilön oman suostumuksen perusteella taikka siitä riippumatta[489]. Tosin kehitysvammalain esitöissä korostetaan, että lähtökohtana kehitysvammalain 42 §:n soveltamiselle tulisi olla mahdollisimman suppea tulkinta[490].

---

[486] Ks. myös KM 1970 A 12, s. 34.
[487] Ks. HE 102/1976 vp, s. 7.
[488] HE 102/1976 vp, s. 14.
[489] Vrt. HE 85/1976 vp., s. 15.
[490] HE 102/1976 vp., s. 14. Ks. myös. AOA DNo 2127/2/94, 3.1.1995: Apulaisoikeusasiamiehen erityishuoltopiirin kuntayhtymän suorittamassa tarkastuksessa ilmeni, että keskuslaitoksessa oli tehty vuoden 1994 aikana runsaat 44 päätöstä pakkotoimenpiteiden käytöstä. Osa pakkotoimenpiteiden käytöstä laadituista tarkkailukaavakkeista oli jätetty täyttämättä tai täytetty epätäydellisesti. Muu henkilökuntaan kuuluva henkilö kuin lääkäri oli pääsääntöisesti tehnyt pakon käyttämistä koskevat päätökset. Eristämistä oli tarkkailukaavakkeisiin tehtyjen merkintöjen perusteella ilmeisesti käytetty rankaisutoimenpiteenä. Eräissä tapauksissa eristäminen oli jatkunut jopa vuorokaudesta kolmeen vuorokauteen.

Erityishuoltopiirin kuntayhtymän hallitus oli apulaisoikeusasiamiehelle antamassaan selvityksessä myöntänyt pakon käytöstä yksittäistapauksissa vastuussa olleiden henkilöiden menetelleen virheellisesti tarkkailulomakkeiden täyttämisessä. Kuntayhtymän hallitus ilmoitti päättäneensä uusia pakon käyttämistä koskevan tarkkailukaavakkeen. Hallitus ilmoitti myös ryhtyvänsä toimenpiteisiin vähentääkseen väkivaltaisesta käyttäytymisestä johtuvia pitkiä eristämisiä ja selkiinnyttääkseen eristämiskäytäntöä.

Kehitysvammaiselle annettavalle sairaanhoidolle on kuitenkin potilaan suostumuksen puuttuminen huomattavasti tyypillisempää kuin hoidon tapahtuminen vastoin potilaan nimenomaista tahdonilmaisua. Monet kehitysvammaiset (joiden vajaamielisyys on lievää vaikeampi) eivät pysty suostumustaan pätevästi ollenkaan ilmaisemaan, ja toisaalta normaalitoimenpiteisiin – kuten kehitysvammaisen henkilön hammashoitoon – ei käytännössä erikseen hankita suostumusta laitoksen ulkopuolelta potilaan omaisilta tai edunvalvojalta[491]. Potilaan suostumuksen periaatetta tulisi kuitenkin potilaslain 6 §:n mukaisesti soveltaa myös kehitysvammaisten erityishuoltoon kuuluvaan lääketieteelliseen hoitoon.

Apulaisoikeusasiamies totesi päätöksessään, että kehitysvammalain (519/77) 42 §:n mukaan voidaan erityishuollossa olevaan henkilöön soveltaa pakkoa vain siinä määrin, kuin erityishuollon järjestäminen tai toisen henkilön turvallisuus välttämättä vaatii. Vaikka säännöksessä ei ollut tarkempia pakon käyttöä koskevia rajoituksia, sitä tulee tulkita suppeasti. Apulaisoikeusasiamies saattoi erityishuoltopiirin kuntayhtymän hallituksen tiedoksi käsityksensä asiassa. Kuntayhtymän tuli ilmoittaa apulaisoikeusasiamiehelle niistä toimenpiteistä, joihin kuntayhtymän hallitus ryhtyi apulaisoikeusasiamiehen tarkastuksessa tehtyjen havaintojen johdosta.

[491] Ks. esim. EOA DNo 624/77, 23.11.1978, OAK 1978, s. 102–103**:** Lääkärille annettu huomautus siitä, että hän oli poistaessaan kehitysvammaisen potilaan hampaiston laiminlyönyt suorittaa potilaan terveydentilan vuoksi hampaiston poiston kannalta tarpeellisena pidettävän röntgenkuvauksen ennen sanotun toimenpiteen suorittamista.

Kouvolan kaupungista oleva I.N. oli EOA:lle lähettämässään kirjoituksessa kertonut, että hänen kehitysvammainen poikansa K.N. oli vuonna 1975 ollut hoidettavana Kotkan keskussairaalassa, jossa oli ollut tarkoituksena poistaa K.N:ltä kaikki hampaat. Toimenpide oli suoritettu, mutta myöhemmin oli ilmennyt, että yksi hammas oli jäänyt poistamatta, mistä oli K.N:lle aiheutunut kovia tuskia. Vastineessaan K.N:ää hoitanut hammaskirurgi P.A. kertoi mm, että K.N:ltä oli vaikean ientulehduksen vuoksi poistettu 21 hammasta. Joitakin päiviä myöhemmin I.N. oli soittanut P.A:lle ja kertonut, että K.N:llä oli ollut kovaa särkyä hampaissa ja että yksi hammas oli tullut näkyviin. P.A:n mielestä oli ollut luonnollista, että K.N:llä oli ollut särkyä 21 hampaan poiston jälkeen ja että särky ei voinut johtua yhdestä poistamattomasta hampaasta. P.A:n mielestä jäljelle jääneen hampaan poistoa olisi ollut parempi lykätä, kunnes ikenet olisivat edellisen toimenpiteen jäljiltä jonkin verran parantuneet, mutta oli I.N:n vaatimuksesta suostunut poistamaan ko. hampaan. Koska toimenpiteet olivat olleet erittäin hankalat, hampaat voimakkaiden puruliikkeiden vuoksi osittain ikeniä myöten kuluneet ja ikenet vertavuotavat ja paksut, ei P.A. jättäessään röntgenkuvat ottamatta katsonut tehneensä mitään virhettä asiassa. Kotkan keskussairaalan johtavan lääkärin lausunnossa todettiin lisäksi, että kysymyksessä oli ollut poikkeuksellisen vaikeissa olosuhteissa tehty suukirurginen toimenpide potilaalle, jonka tutkiminen tämän henkisen tilan vuoksi oli ollut erittäin vaikeaa. Näin ollen esimerkiksi hammasröntgentutkimukset eivät olisi olleet mahdollisia ilman narkoosia, joka taas olisi merkinnyt kohtuutonta riskiä potilaan terveydelle. Johtavan lääkärin mielestä mainitun, osittain retinoituneen hampaan jääminen poistamatta vaikean toimenpiteen yhteydessä ei ollut huolimattomuutta tai taitovirhe. LKH katsoi lausunnoissaan, että K.N:n hampaisto olisi tullut röntgenkuvata ennen täydellisen hampaiden poiston suorittamista. Hänen tapauksessaan röntgenkuvauksen suorittamatta jättämisestä oli aiheutunut se, että häneltä jäi poistamatta retinoituneita (leukaluun sisällä olevia puhkeamattomia) hampaita. Kehitysvammaisen potilaan kohdalla kyseistä röntgentutkimusta voitiin LKH:n käsityksen mukaan pitää tavallista tarpeellisempana, koska kehitysvammaisilla potilailla oli usein ylilukuisia hampaita. EOA antoi P.A:lle vastaisen varalle huomautuksen hänen virheellisestä menettelystään ja tämän johdosta sekä huomioon ottaen, mitä asiassa muutoin oli ilmennyt, lähetti po. päätöksen jäljennöksen vahingonkorvauslain säännöksiin viitaten tiedoksi myös Kotkan keskussairaalan liittohallitukselle asianmukaisia toimenpiteitä varten.

Tavallisinta psyykkisesti kehitysvammaiselle erityishuollon yhteydessä annettavaa sairaanhoitoa on erilainen lääkehoito, jolla pyritään yleensä levottomuuden tai aggressiivisuuden vähentämiseen[492]. On kuitenkin muistettava, että lääkinnällisen hoidon tarkoituksena on aina kehitysvammaisen henkilön terveydentilan kohentaminen taikka ylläpito. Muiden päämäärien (esim. järjestyksenpidon) saavuttamiseksi suoritettuja lääkinnällisiä toimenpiteitä ei voidakaan pitää hyväksyttävinä[493]. Kehitysvammalain tavoitteiden (mm. normalisointi ja kehitysvammaisen ihmisen oikeuksien turvaaminen) perusteella erityishuollon yhteydessä annetun lääkinnällisen hoidon hyväksyttävyyttä on lisäksi arvioitava samoin kriteerein kuin kenen hyvänsä muun kansalaisen kohdalla[494]. Äidin kehitysvammaisuus voi aborttilain (L 239/1970) 1 §:n 6-kohdan mukaan kuitenkin olla erityisperuste raskauden keskeyttämiselle ja periaatteessa raskauden keskeyttämishakemus voi olla erityishuoltoa, vaikka useimmin hakijana onkin vajaavaltaisen potilaan edunvalvoja[495].

Erityisen ongelmallisia tilanteita voi syntyä erityishuoltoa saavan psyykkisesti kehitysvammaisen potilaan terminaalihoidossa. Terminaalihoidolla tarkoitetaan hoitoa, jota annetaan potilaalle sairauden siinä vaiheessa, kun käytettävissä olevilla hoitomenetelmillä ei enää ole mahdollista parantaa potilaan sairauden ennustetta, sekä hoitoa kuoleman lähestyessä[496]. Potilaan ennusteen määrittäminen ei kuitenkaan ole koskaan yksiselitteistä ja se riippuu aina käytettävissä olevista sairaanhoidon resursseista. Vaikeasti sairaan kehitysvammaisen potilaan kohdalla saatetaankin tyytyä tavallista helpommin oireenmukaiseen hoitoon radikaalien toimenpiteiden sijasta[497]. Potilaslain 6 §:n mukaan kuitenkin on myös kehitysvammaista potilasta, joka ei itse pysty päättämään hoidostaan, hoidettava tavalla, jota voidaan pitää hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisena. Lisäksi potilaan laillista edustajaa taikka lähiomaista tai muuta läheistä on ennen tärkeän hoitopäätöksen tekemistä kuultava sen selvittämiseksi, millainen hoito parhaiten vastaisi potilaan tahtoa. Koska ainakin pitkään laitoshoidossa olleen potilaan ja hänen omaistensa suhde saattaa olla etäinen, voi potilaan sukulaisten mielipiteen noudattaminen terminaalivaiheen hoitoratkaisuja tehtäessä voi joskus olla arveluttavaa[498]. Hoidosta luopumispäätöksiin saattaa joskus liittyä suoranaisia taloudellisia intressejä esimerkiksi perinnön taikka perintöosuuksien suhteen. Potilaalle annettava hoito, sen aloittaminen ja lopettaminen, tulisikin pääsääntöisesti ratkaista yksilöllisten sairaanhoidollisten näkökohtien ja nimenomaan sen hetki-

---

[492] Achté et al. 1981, s. 471.
[493] Ks. Lehtimaja 1983, s. 79. Ks. myös EOA DNo 624/77, 23.11.1978, OAK 1978, 102-103.
[494] KM 1970 A 12, s. 7.
[495] Ämmälä 2000, s. 424.
[496] LKH:n ohjekirje DNo 3024/02/80, s. 2.
[497] Ks. Achté et al. 1981, s. 477.
[498] Vrt. kuitenkin jäljempänä kohdassa 2.6.4.4. viitatut yhdysvaltalaiset *Baby Doe* ja *Baby Andrew -tapaukset*.

sen hoitoa vaativan taudin normaalin ennusteen perusteella[499]. Potilaslain 3 § edellyttää, että jokaisella on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon. Niinpä potilaan älyllisen tason alhaisuus taikka hänen kyvyttömyytensä ilmaista itseään ei saisikaan huonontaa hänen terveydenhuollossa saamansa hoidon tasoa ja tehoa[500].

2.6.4.4. Pakkohoito ja lastensuojelu

Perustuslain 10 §:n mukainen yksityiselämän suoja on monelta osin juuri perheelämän ja siihen liittyvien yksityisasioiden suojaa. Kun vanhemmat vastaavat lastensa kasvatuksesta, on heillä oikeus myös tehdä päätöksiä lapsensa puolesta[501]. Tyypillisesti tällaisia päätöksiä tehdään terveyden- ja sairaanhoidon yhteydessä. Harva lapsi pitää lääkärissä käyntiä miellyttävänä. Sairauksien diagnostiikkaan ja hoitoon liittyy toisaalta usein toimenpiteitä, joista aiheutuu kipua ja epämukavuutta. Niinpä monen lapsen välttämätönkin hoito jäisi toteuttamatta, jos vanhemmilla ei olisi oikeutta pakottaa lastaan hoitoon. Jotta vanhemmilla olisi myös tosiasiallisesti mahdollisuus vaikuttaa lastensa hoitoon, on heillä oltava myös riittävät tiedot lapsensa terveydentilasta ja hoitomahdollisuuksista. Potilaslain 7 ja 9 § takaavatkin alaikäisen potilaan huoltajille oikeuden saada tietoja lapsensa terveydentilasta ja osallistua hoidosta päättämiseen. Pääsääntöisesti kuitenkin myös alaikäisen potilaan tahtoa on kunnioitettava hoitopäätöksiä tehtäessä, mikäli hän ikänsä ja kehitystasonsa perusteella kykenee päättämään hoidostaan.

Lastensuojelulaki ei sisällä erityisiä säännöksiä lapsipotilaan pakkohoidosta, vaan ainoastaan huostaanotosta terveysvaaran perusteella. Mielenterveyslaki, kehitysvammalaki ja tartuntatautilaki soveltuvat yhtä lailla alaikäisen potilaan kuin täysi-ikäisen potilaankin pakkohoidosta päättämiseen ja mielenterveyslaissa on erityissäännöksiä alaikäisen potilaan tahdonvastaisesta hoidosta[502]. Alaikäisen potilaan pakkohoitoon määrääminen em. lakien perusteella ei edellytä huoltajien suostumusta, joskin heitä tulee (mielenterveyslain 11 §:n mukaisesti) kuulla. Heillä on myös itsenäinen oikeus valittaa pakkohoitopäätöksestä (mielenterveyslaki 24 § 4 momentti)[503]. Esimerkiksi vaikea-asteinen itsetuhoisuus taikka päihteiden väärinkäyttö, johon liittyy selkeästi tunnistettavissa oleva mie-

---

499 Norri 1972, s. 420.

500 Yhdenkin kansalaisryhmän kohdalla tapahtuva poikkeaminen ihmisoikeuksista saattaa johtaa lopulta laajaan ihmisarvon halveksuntaan ja jopa tietoiseen poikkeavien ihmisryhmien hävittämiseen, kuten tapahtui aikanaan Natsi-Saksassa, jossa alunperin alettiin toteuttaa aktiivista eutanasiaa ”yhteiskunnallisesti hyödyttömän elämän” ongelman ratkaisemiseksi. Terveydenhuollon laitokset hyödynsivät tilannetta mm. hankalahoitoisten potilaiden osalta. Forsell 1995, s. 2861–2864.

501 Mattila 1981, 89–90.

502 Pylkkänen 2000a, s. 223.

503 Ibid. s. 224.

lenterveyden häiriö, voivat oikeuttaa mielenterveyslain mukaiseen pakkohoitoon[504]. On huomattava, että olosuhteet, jotka uhkaavat vakavasti vaarantaa lapsen terveyttä ja kehitystä taikka *lapsen* päihteiden käyttö[505], oikeuttavat myös lastensuojelulain (L 683/1983) 16 §:n mukaan lapsen huostaanoton[506]. Lastensuojelulain säännökset eivät kuitenkaan syrjäytä potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain säännöksiä potilaan itsemääräämisoikeudesta eivätkä mahdollista *lapsen* tahdon vastaisia lääketieteellisiä toimenpiteitä, mikäli hänen ikänsä ja kehitystasonsa puolesta pystyy niistä päättämään. Sen sijaan lastensuojelulain ja potilaslain 9 § 4 momentin säännökset oikeuttavat lapsen huoltajan tahdon syrjäyttämiseen, mikäli tämä yrittää kieltää henkeä tai terveyttä uhkaavan vaaran torjumiseksi annettavan tarpeellisen hoidon[507].

Tyyppitilanteena vanhempien tahdon ja lääketieteellisesti välttämättömän hoidon ristiriitatilanteesta on tilanne, jossa Jehovan todistajiin kuuluvat vanhemmat kieltävät alaikäiselle lapselle tarpeelliset verensiirrot[508].

> KHO 10.3.2000 T 530: Sosiaali- ja terveyslautakunta oli ottanut Jehovan todistajien imusolmukesyöpää sairastavan lapsen, jonka hoito vaati verituotteiden antamista, huostaansa ja sijoittanut hänet sairaalaan ja kotiin. Vanhemmat valittivat asiasta lääninoikeuteen ja lausuivat muun muassa, että potilaan oikeuksista ja asemasta annetun lain 9 §:n 4 momentti valtuuttaa lääkärin hoitotoimenpiteisiin ilman huostaanottoakin. Vanhemmat halusivat lastaan hoidettavan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla ilman verituotteita. Lääninoikeus hylkäsi vanhempien valituksen ja vahvisti huostaanoton. Edellä mainitun säännöksen ja lastensuojelulain 16 §:n suhteesta tässä tapauksessa lääninoikeus totesi seuraavaa: Potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 9 §:n 4 momentin nojalla voidaan puuttua tilanteisiin, joissa alaikäisen potilaan huoltaja tai muu laillinen edustaja on kieltänyt potilaan henkeä tai terveyttä uhkaavan vaaran torjumiseksi annettavan tarpeellisen hoidon. Säännöksen mukaan alaikäisen potilaan edustajalla ei ole rajatonta valtaa päättää hoitoon ryhtymisestä tai hoidosta luopumisesta. Lapsen hoidossa ei kuitenkaan ole kyse vain kertaluontoisesta päätöksestä tai tilanteesta, vaan hänen hoidontarpeensa tulee kestämään ainakin kaksi vuotta. Sairaalajakson jälkeen lapsen hoitoa on jatkettu kotoa käsin tapahtuvilla päivittäisillä sairaalakäynneillä, joiden toteu-

---

504 Koskinen et al. 1985, s. 368–373.

505 Vanhempien päihteiden käyttö ei sinänsä oikeuta huostaanottoon, jolleivät puutteet lapsen huolenpidossa tai kodin olosuhteet muutoin uhkaa vakavasti vaarantaa lapsen terveyttä taikka kehitystä.

506 Seppä 2000, s. 255.

507 Lastensuojelulain säännökset koskevat kuitenkin vai lasta. Ne eivät oikeuta raskaana olevan naisen pakkohoitoon, vaikka usein huostaanottopäätöksiä tehdäänkin jo synnytyslaitoksella. Esim. KHO 1977 A II 120 ja KHO 1978 A II 159. Euroopan Ihmisoikeustuomioistuin on kuitenkin katsonut Suomen loukanneen perhe-elämän suojaa salliessaan tällaiset huostaanotot ilman myöhempää pyrkimystä perheen yhdistämiseen. EIT 12.7.2001, *K. ja T. vs. Finland -tapaus*.

Raskaana olevan naisen pakkohoidosta esim. Brahams 1992, s. 1029–1030 ja Nelson and Milliken 1988, s. 1060–1066.

508 Ks. Achté et al. 1982, s. 272; Ks. myös Waltz and Inbau 1971, s. 172–173.

tumisen turvaaminen on lapsen sairauden hoitamiseksi välttämätöntä.

Edellä mainitun johdosta lääninoikeus katsoo, että puutteet lapsen huolenpidossa uhkaavat vakavasti vaarantaa lapsen terveyttä, koska vanhemmat ovat kieltäneet lapsensa sairauden hoidossa tarpeellisten verituotteiden käyttämisen eikä näin ollen ole varmuutta siitä, että vanhemmat suostuvat tuomaan lapsen kotoa sairaalaan verituotteiden antamista varten. Avohuollon tukitoimet eivät tässä tilanteessa ole tarkoituksenmukaisia ja sijaishuolto on lapsen edun mukaista. Lautakunnan on tullut lastensuojelulain 16 §:n nojalla ottaa lapsi sosiaali- ja terveyslautakunnan huostaan ja järjestää hänelle sijaishuolto osittain kotona ja osittain sairaalassa.

Korkein hallinto-oikeus hankki asiassa vielä terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen lausunnon ja lausui, ettei ollut syytä muuttaa lääninoikeuden päätöksen lopputulosta, kun saadun selvityksen mukaan lapsen sairauden hoitoon ei ollut käytettävissä muuta lääketieteellisesti hyväksyttävää hoitomuotoa kuin tapauksessa valittu, jota lapsen vanhemmat eivät olleet hyväksyneet.

Yllä esitetyssä tapauksessa KHO katsoi, että lapsen etu ja lastensuojelulain säännökset syrjäyttää tällaisessa tilanteessa kokonaan muut perusoikeudet. On kuitenkin huomattava, että lapsen huoltajan subjektiivisena tarkoituksena on kyseisessä tilanteessakin toimia lapsen parhaaksi oman vakaumuksensa mukaisesti[509] ja toisaalta perusoikeudet turvaavat myös oikeuden uskonnonvapauteen ja omaan kulttuuriin. Näin ollen ei mielestäni ole syytä kokonaan kiistää lapsen huoltajan tahdonilmaisun merkitystä vain sillä perusteella, ettei se vastaa yleistä näkemystä lapsen edusta. Tilanne on enemminkin nähtävä eri perusoikeuksien optimointiongelmana (uskonnonvapaus ja perheen yksityiselämä vs. hengen suoja ja lapsen etu), jossa olisi ainakin jossain määrin pyrittävä turvaamaan kaikki kyseiset intressit[510]. Se, että tosiasiallisesti hyväksytään esimerkiksi sairaan lapsen hoitaminen vanhempien tahdosta riippumatta, johtuu siitä, että lapsen henki ja terveys katsotaan suuremmaksi intressiksi kuin holhoojan oikeus päättää lapsensa asioista (intressien järjestys on toinen, kun on kyse täysivaltai-

---

[509] Yhdysvalloissa on ajoittain käyty kiivastakin keskustelua vanhempien oikeudesta luopua vammaiselle lapselle välttämättömän hoidon hankkimisesta (esim. ns. *Baby Doe* ja *Baby Andrew -tapaukset*) (Ks. Angell 1983, s. 659–661 sekä Weir 1983, s. 661–663). Keskustelussa on todettu muun muassa, että lapsen vanhemmat ovat yleensä se taho, joka parhaiten pitää silmällä lapsen etua, ja että tilanteet, joissa vanhemmat haluavat luopua lapselle annettavasta hoidosta ovat hyvin poikkeuksellisia (Angell 1983, s. 660). Yhdysvaltalaiset tuomioistuimet ovat yleensä määränneet tällaisissa tapauksissa, että lasta tulee hoitaa vanhempien päätöksestä huolimatta. Mainitussa *Baby Doe -tapauksessa* vanhemmilla katsottiin kuitenkin olleen oikeus luopua vammaiselle lapselleen annettavasta hoidosta (Weir 1983, s. 661), mm. juuri koska vanhempien tarkoituksena oli toimia lapsen parhaaksi. Syntyneen keskustelun seurauksena Yhdysvaltain senaatissa laadittiin the Child Abuse Prevention and Treatment Act -lain muutos, jonka mukaan huonoa lapsen kohtelua on mm. hengenvaarassa olevan vammaisen lapsen lääketieteellisesti perustellusta hoidosta luopuminen. Velvollisuutta tällaisen hoidon hankkimiseen ei kuitenkaan ole, jos hoito olisi ilmeisen turhaa tai jos hoito ei pystyisi parantamaan tai korjaamaan kaikkia niitä syitä, josta lapsen hengenvaara aiheutuu. Ks. Baughman 1997, s. 375–384.

[510] Vrt. kuitenkin EOA DNo 1664/4/97, 30.11.1999 ja EOA DNo 462/4/99, 30.11.1999.

sen henkilön oikeudesta päättää omista asioistaan). Kyse on siis pakkotilasta, jossa suuremman intressin turvaamiseksi uhrataan pienempi, mutta tämäkin intressiuhraus tulisi tehdä suhteellisuusperiaatetta noudattaen ja pyrkimällä turvaamaan myös muiden perusoikeuksien toteutuminen.

Onkin kyseenalaista, onko lääketieteellisten pakkohoitotoimenpiteiden suorittaminen ollenkaan mahdollista, mikäli sellainen alaikäinen potilas, joka kykenee itse päättämään hoidostaan, kieltää tällaisten toimenpiteiden suorittamisen[511]. Potilaslain 7 §:n säädös siitä, että myös alaikäinen potilas voi kieltäytyä hoidosta olisi näet kokonaan merkityksetön, jos lastensuojelulain 16 §:n huostaanottosäännöksen katsottaisiin merkitsevän kunnan sosiaalilautakunnalle oikeutta päättää myös tällaiselle potilaalle annettavasta lääketieteellisestä hoidosta[512].

2.6.4.5. Pakkohoito päihdehuoltolain perusteella

Päihdehuoltolain (L 41/1986) mukaisen tahdosta riippumattoman hoidon perusteena voi olla joko päihteiden käytöstä johtuva terveysvaara taikka väkivaltaisuus. Lain 10 §:n mukaan pakkohoidon edellytyksenä olevan terveysvaaran tulee olla *välitön* eli että ilman päihteiden käytön keskeyttämistä ja asianmukaista hoitoa henkilölle aiheutuisi välittömästi sairaus tai vamma, joka aiheuttaisi hengenvaaran taikka kiireellistä hoitoa vaativan vakavan terveysvaurion. Päätöksen terveysvaaran perusteella annettavasta päihdehuoltolain mukaisesta pakkohoidosta tekee terveyskeskuksen vastaava lääkäri taikka sairaalan asianomainen ylilääkäri toisen lääkärin lausunnon perusteella. Pakkohoitoa voidaan terveysvaaran takia antaa enintään viisi vuorokautta.

Päihdehuoltolain mukaisessa pakkohoidossa on kyse ns. katkaisuhoidosta, jossa useimmiten lääkkein estetään vierotusoireiden taikka juoppohulluuden (delirium tremens) ilmaantuminen ja huolehditaan päihteitä väärinkäyttäneen yleiskunnosta (ravitsemus sekä B-vitamiinin anto alkoholin aiheuttaman neuropatian estoon). Päihdehuoltolaki ei mahdollista tahdonvastaista huume- tai alkoholiriippuvaisten seulontaa (esim. koulujen huumetestejä)[513]. Toisaalta tulokset sekä alkoholiaddiktien että narkomaanien pakkohoidosta ovat pääosin huonot[514] ja pitkäaikaistulosten kannalta henkilön oma motivaatio päästä eroon riippuvuudestaan onkin keskeinen edellytys onnistumiselle.

---

[511] Esimerkiksi jos 15-vuotias imusolmukesyöpää sairastava, Jehovan todistajiin kuuluva potilas on samaa mieltä kuin vanhempansa verensiirtojen turmiollisuudesta. Ks. Brahams 1991, s. 564–565. Vrt. kuitenkin Nuutinen ja Kouvalainen 1992, s. 1268.

[512] Ks. Hannuniemi 1997, s. 836–841.

[513] Ks. EOA DNo 1097/4/98 ja EOA DNo 2413/4/99.
Yhdysvalloissa myös raskaana oleville naiselle luvatta tehtäviä huumetestejä on pidetty perustuslain 4:n lisäyksen vastaisina. U.S. Supreme Court 121 U.S. 1281 (2001), *Ferguson vs. City of Charleston***.** Ks. Annas 2001a, s. 1729–1732.

[514] Seppä 2000, s. 254.

Päihdehuoltolain perusteella annettu pakkohoito ei kuitenkaan oikeuta ohittamaan henkilön itsemääräämisoikeutta täydellisesti. Hoitoa järjestettäessä on kyseiselle henkilölle järjestettävä mahdollisuus osallistua hoidon suunnitteluun, toimenpiteiden valintaan ja hoitoyhteisön toimintaan (päihdehuoltolaki 16 §). Toisaalta päihdehuoltolaissa on selkeitä poliisioikeudellisia piirteitä ja se mahdollistaa voimakkaidenkin fyysisten pakkokeinojen käytön, kuten henkilön eristämisen, turvallisuutta vaarantavien aineiden ja esineiden takavarikon sekä henkilötarkastukset. Myös pakkohoidossa olevalle henkilölle tulevat lähetykset voidaan tarkastaa.

Päihdehuoltolain mukainen pakkohoito on lopetettava, kun hoidon edellytyksiä ei enää ole tai kun pakkohoidon aikamäärä on kulunut umpeen.

2.6.4.6. Virka-avun perusteella toteutettu pakkohoito

Kansanterveyslain 14 §:n mukaan kunta on velvollinen määräämään terveyskeskuksen lääkärin antamaan poliisille virka-apua oikeuslääkeopillisen tutkimuksen suorittamiseksi elävän henkilön kliinisen tutkimuksen ja vainajan ulkonaisen ruumiintarkastuksen osalta. Poliisilain (L 493/1995) 41 §:n nojalla toisen viranomaisen on muutoinkin annettava poliisille tarpeellista virka-apua päällystöön kuuluvan poliisimiehen pyynnöstä. Tällaisen virka-apupyynnön tekeminen kuuluu poliisin yleistoimivaltaan[515]. Lisäksi lainsäädännössä on useita erillisiä säännöksiä, jotka koskevat julkisen terveydenhuoltohenkilökunnan antamaa virka-apua poliisille.

Päihtyneiden käsittelystä annetun lain (L 461/1973) 6 §:n mukaan kiinniotetun päihtyneen on alistuttava sellaiseen lääkinnälliseen tutkimukseen ja hoitoon, jota pidetään päihtymysasteen ja terveydentilan takia tarpeellisena. Tutkimuksen ja hoidon tarpeellisuudesta yksittäisen päihtyneen osalta päättää kuitenkin lääkäri, ei poliisi (laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 22 §). Pakon käyttö kiinniotettua päihtynyttä kohtaan on mahdollista, jos henkilö vastustaa tarpeelliseksi katsottua tutkimusta ja hoitoa ja toimenpiteet on tarkoitettu kiinniotetun itsensä suojaamiseksi terveysvaaralta[516].

Sen sijaan turvallisuustarkastusten (poliisilain 22 §) ja rikostutkinnan yhteydessä käytettävien henkilöön kohdistuvien pakkokeinojen (pakkokeinolain 5. luvun 10–11 §) edellytyksenä ei ole tutkittavaan itseensä kohdistuvan vaaran torjuminen, vaan yleisen turvallisuuden varmistaminen ja rikosten ehkäisy ja selvittäminen[517]. Tavallisimmin lääketieteellistä virka-apua tarvitaan pakkokeinolain 11 §:n mukaisen henkilönkatsastuksen suorittamiseen, sillä henkilökatsastus tehdään yleensä terveydenhuoltohenkilöstön toimesta ja lain 12 §:n mu-

---

[515] Helminen et al. 2000, s. 257.
[516] Ks. poliisilain 11 § sekä Helminen et al. 2000, s. 175–178.
[517] Helminen et al. 2000, s. 93.

kaan lääketieteellistä asiantuntemusta vaativan tutkimuksen saa suorittaa vain lääkäri. Tavallisin virka-apuna suoritettava tutkimus on verinäytteen otto veren alkoholipitoisuuden määrittämiseksi rattijuopumusepäilyn yhteydessä[518]. Kuitenkin henkilökatsastus voidaan tehdä minkä muun tahansa rikoksen takia, josta voi seurata enemmän kuin 6 kuukautta vankeutta, ja se voi pitää sisällään mitä hyvänsä sellaisia lääketieteellisiä toimenpiteitä, joista ei aiheudu tutkittavalle sanottavaa haittaa[519]. Tutkittavana voi olla yhtä hyvin uhri (esim. raiskaustapauksessa) kuin epäiltykin. Henkilöön käypään katsastukseen sovelletaan kotietsintää koskevia säännöksiä, joten siitä päättää pidättämiseen oikeutettu virkamies (ts. poliisipäällystö, syyttäjä, tullipäällystö taikka rajavartiolaitoksen päällystö)[520]. Käytännössä kuitenkin esim. rattijuopumusepäilyn yhteydessä päätöksen verinäytteen tarpeellisuudesta tekee henkilön kiinni ottanut poliisimies Alcometer-lukeman perusteella.

KKO:2000:90, 26.9.2000 T 2104. *Poliisimies oli otattanut huumausaineri-koksesta epäillyltä A:lta virtsanäytteen virtsaputken kautta katetroimalla. A oli potkimalla vastustanut toimenpidettä. Vaikka poliisimiehellä ei ollut ilman pidättämiseen oikeutetun virkamiehen määräystä oikeutta päättää toimenpi-teestä, toimenpide ei kuitenkaan ollut niin selvästi poliisimiehen toimivaltaan kuulumaton virkatoimi, että A:lla sen vuoksi olisi ollut oikeus vastustaa sitä. A tuomittiin haitanteosta virkamiehelle***.***

A:n syyksi on luettu, että hän oli tahallaan, väkivaltaa kuitenkaan käyttämättä tahi uhkaamatta, tehnyt haittaa virantoimituksessa oleville poliisimiehille vastustamalla huumausaineiden nauttimisen selvittämiseksi tehtävää virtsakokeen ottoa potkimalla niin, että hänelle oli pitänyt laittaa jalkaraudat toimenpiteen suorittamiseksi. Asiassa on riidatonta, että A:ta oli epäilty huumausaineiden käyttämisestä, että poliisimies oli tehnyt päätöksen henkilönkatsastuksen toimittamisesta ja että virtsanäyte oli otettu A:lta väkisin virtsarakosta virtsaputken kautta katetroimalla.

Pakkokeinolain 5. luvun 3 §:n ja 12 §:n 1 momentin mukaan henkilöön kohdistuvasta etsinnästä päättää pidättämiseen oikeutettu virkamies. Poliisimies saa kuitenkin ilman määräystä suorittaa etsinnän, jos asia ei siedä viivytystä. Asiassa on selvitetty, että poliisimiehet olivat toimittaneet A:n Lieksan terveyskeskukseen muun muassa virtsanäytteen ottamista varten ja että välittömästi tämän jälkeen A oli tuotu Lieksan poliisiasemalle, jossa hänet oli otettu kiinni apulaispoliisimestarin määräyksestä. Korkein oikeus katsoo, että poliisimiehet olisivat voineet edellä mainituissa olosuhteissa rikostutkinnan siitä kärsimättä jättää virtsanäytteen ottamisesta päättämisen pidättämiseen oikeutetulle virkamiehelle. Kysymyksessä ei siis ole ollut laissa tarkoitettu kiireellinen tilanne, joka olisi oikeuttanut poliisimiehen määräyksettä toimittamaan henkilönkatsastuksen.

---

[518] Laaksonen 2000, s. 249–251.

[519] Vaarallisten aineiden ja esineiden löytämiseksi on joskus esim. tarpeellista tehdä lääketieteellisiä kuvantamistutkimuksia (esim. suolistoon piilotettujen huumepussien löytämiseksi).

[520] Ks. PKL 6 §, Tullilaki (L 1466/1994) 15 §.

Pakkokeinolain 5. luvun 11 §:n 2 momentissa säädetään, että henkilönkatsastuksen yhteydessä tehtävästä tutkimuksesta ei saa aiheutua tutkittavalle sanottavaa haittaa. Terveydenhuollon oikeusturvakeskus on lausunnossa urologian professori asiantuntijalausuntoon yhtyen todennut, että virtsanäytteen otto väkisin katetroimalla voi aiheuttaa terveydellistä haittaa. Haitta voi olla joko tulehduksellinen tai mekaanisesti katetrilla aiheutettu virtsaputken vaurio taikka niiden yhdistelmä. Tulehdusriskiä voidaan pitää vähäisenä. Sitä vastoin mekaanisesti aiheutetun virtsaputken vaurion riski on huomattavasti suurempi, varsinkin jos katetroitavan tajunnantila on sellainen, että hän pystyy aktiivisesti vastustamaan toimenpidettä esimerkiksi ulkoista, tahdonalaista sulkijalihasta supistamalla. Virtsaputken seinämän rikkoutuminen voi aiheuttaa kivun lisäksi verenvuotoa, virtsaputken ulkopuolisen verenpurkauman ja siihen liittyvän tulehduksen ja märkäkertymän sekä pahimmassa tapauksessa kirurgisiakin toimenpiteitä vaativan arpiahtauman. Lausunnon mukaan virtsanäytteen ottaminen katetroimalla voidaan rinnastaa pakkokeinolain 5. luvun 9 §:ssä mainittuihin muihin toimenpiteisiin, esimerkiksi verinäytteen ottamiseen. Kuitenkin on otettava huomioon väkisin suoritettuun katetrointiin liittyvät riskit, jotka ovat selvästi suuremmat kuin verinäytettä otettaessa.

Virtsanäytteen ottaminen on sellaisenaan pakkokeinolain mukainen laillinen tutkimus. Vaikka poliisimies ei ilman pidättämiseen oikeutetun virkamiehen määräystä olisi saanut otattaa A:lta virtsanäytettä, ei sanottu toimenpide kuitenkaan ole ollut niin selvästi poliisimiehen toimivaltaan kuulumaton virkatoimi, että A:lla sen vuoksi on ollut oikeus vastustaa sitä. Asiassa esitetty selvitys ei osoita, että virtsanäytteen ottaminen katetroimalla henkilöltä, joka sallii kyseisen toimenpiteen, vaarantaisi hänen terveyttään siten, että siitä voitaisiin katsoa aiheutuvan hänelle sanottavaa haittaa. Vastustaessaan käräjäoikeuden tuomiossa kerrotulla tavalla virtsanäytteen ottamista A on välittömästi syyllistynyt rikoslain 16 luvun 2 §:ssä, sellaisena kuin lainkohta oli alkuperäisessä muodossaan, tarkoitettuun haitantekoon virkamiehelle. Korkein oikeus yhtyy hovioikeuden näkemykseen siinä, ettei virtsanäytteen ottaminen katetroimalla ole ollut epäinhimillistä eikä halventavaa.

Lääketieteellisen virka-avun antaminen poliisille ja muille pidättämiseen oikeutetuille viranomaisille on oma erityinen pakkohoidon muotonsa. Kun se kuitenkin on terveydenhuollon ammattihenkilöiden toteuttamaa terveydenhuoltoa, koskevat sitä samat vaatimukset ammattistandardin noudattamisesta kuin muutakin terveydenhoitoa. Esimerkiksi pakkokeinolain 5. luvun 12 §:n vaatimus siitä, että lääketieteellistä asiantuntemusta vaativan tutkimuksen saa suorittaa vain lääkäri, osoittaa selvästi, että tutkimuksen suorittamisedellytyksiä ja tutkimuksen suorittamisen teknistä asianmukaisuutta (esim. gynekologinen sisätutkimus raiskausepäilyn yhteydessä) arvioidaan lääketieteellisin kriteerein[521]. Niinpä sellaisten lääketieteellisten tutkimusten suorittaminen, joilla ei voida joko saavuttaa rikostutkinnan kannalta valideja tietoja taikka jotka aiheuttavat ”sanottavaa”

[521] Esimerkiksi tavanomaisen verinäytteen ottaminen antikoagulanttihoitoa saavalta potilaalta tämän sitä vastustellessa voi olla lääketieteellisesti vasta-aiheista.

haittaa tutkittavalle, ei ole terveydenhuollon ammattihenkilölle hyväksyttävää toimintaa. Ammattistandardin vastainen menettely voi tällöinkin johtaa potilasvahinkolain mukaiseen vahingonkorvausvastuuseen taikka rikosoikeudelliseen vastuuseen ruumiinvamman tuottamuksesta.

3. Hoitosuhteen oikeusvaikutukset

3.1. POTILAAN OIKEUDET

3.1.1. Yleistä

Edellä esitetty lainsäädäntö synnyttää oikeuksia ja velvollisuuksia sekä hoidettaville että hoitaville. Nämä oikeudet ja velvollisuudet ja niiden toteuttaminen oikeusistuimissa taikka hallinnossa antavat hoitosuhteelle sen oikeudellisen sisällön. Seuraavassa käydään lyhyesti läpi keskeisten oikeuksien ja velvollisuuksien suhdetta. Ainoastaan hoidettavan oikeus terveydentila- ja sairaudentilatietojen korostettuun suojaan tullaan jäljempänä ottamaan erillistarkasteluun.

Potilaan asemasta ja oikeuksista on Suomessa oma erillinen lakinsa, jossa korostetaan potilaan itsemääräämisoikeutta, tiedonsaantia sekä terveystietojen salassapitoa. Potilaan oikeudet ovatkin – ainakin teoriassa – huomattavan laajat, varsinkin kun otetaan huomioon muiden lainsäännösten vaikutus potilaan oikeusasemaan. Allekirjoittaneen erottelun mukaan Suomen lainsäädännössä on tunnistettavissa yhdeksän potilaan oikeutta[522], joista jokainen voi olla olemassa toisistaan riippumatta. Nämä oikeudet ovat:

- Oikeus saada hoitoa
- Oikeus asianmukaiseen kohteluun
- Oikeus saada tietoa omasta terveydentilasta ja sen hoitomahdollisuuksista
- Oikeus kieltäytyä hoitotoimenpiteestä (hoitosuhteen katkeamatta)
- Oikeus terveyden- ja sairaudentilatietojen korostettuun suojaan
- Oikeus sairausasiakirjojen virheen korjaamiseen
- Oikeus kieltää arkaluonteisten (terveydentila)tietojen luovutus ja käyttö
- Oikeus vahingonkorvaukseen
- Oikeus oikeusturvakeinojen käyttöön

3.1.2. Oikeus saada hoitoa

Perustuslain 19 §:n säädös oikeudesta riittäviin terveyden- ja sairaanhoidon palveluihin velvoittaa julkisyhteisön huolehtimaan ao. hallinnonalan peruspalvelu-

[522] Vrt. Sverne E ja Sverne T, 1997, jotka ovat tarkastelleet luettelonomaisesti potilaan oikeuksia Ruotsin lainsäädännön perusteella. Heidän erottelussaan potilaalla katsotaan olevan oikeus hoitoon, oikeus salassapitoon, oikeus tiedonsaantiin sairausasiakirjoista, oikeus saada lääkärintodistuksia, oikeus oikeusturvaan ja oikeus vahingonkorvaukseen.

jen saatavuudesta[523], muttei anna kansalaiselle subjektiivista oikeutta vaatia tiettyjen spesifioitujen palveluiden suorittamista[524]. Perusoikeuden faktisen toteuttamisen kannalta oleellisen kysymyksen muodostaa se, mikä on terveyden- ja sairaanhoidon peruspalvelu ja milloin yksittäinen henkilö voi vaatia, että palveluja järjestävän julkisyhteisön on toteutettava järjestämisvelvollisuutensa[525]. Kysymys on tietyssä määrin analoginen sille kysymykselle, mitä kuuluu ns. perusturvaan[526]. Peruspalvelun ja perusturvan käsitteitä käytetään vilkkaasti poliittisessa keskustelussa ilman yritystäkään sisällön konkretisoimiseksi. Joitain kriteereitä sille, millainen terveyden- ja sairaanhoito on sellaista välttämätöntä sosiaaliturvaa, että sen puuttuminen loukkaa perustuslain takaamaa oikeutta riittävään terveyden- ja sairaanhoitoon, on kuitenkin ehkä mahdollista asettaa[527]:

Välttämättömyys: Jotta julkisen vallan tuottama palvelu kuuluisi kansalaisen perusturvaan, on ilmeistä, että palvelun on oltava sitä tarvitsevan kannalta välttämätön ts. jollei palvelua ole tarjolla, on sitä tarvitsevan elämä inhimillisesti katsoen sietämätöntä[528], mitä ei modernin hyvinvointivaltion tavoitteiden ja perusarvojen kannalta voi pitää hyväksyttävänä (esim. että hoidettavissa oleva sairaus jätetään hoitamatta ja tuotetaan näin tarpeettomasti kärsimystä potilaalle)[529].

Kohtuullisuus: ”Riittävän” palvelun käsitteellisen sisällön kannalta on ilmeistä myös, että palvelun taso ei yleensä edusta sitä korkeinta tasoa, mihin ajankoh-

---

[523] KM 1992:3, s. 339–346.

[524] Ks. Kauppinen 2000, s. 74–77 ja Lohiniva 2001, s. 46–49.

[525] Ks. Tuori 1999c, s. 1877–1881.

[526] Käytännössä Suomessa oli 1990-luvun alussa käytössä perusturvan reduktiokielto, kun VJ 66a § 3 mom mahdollisti perusturvaa leikkaavien lakien lepäämäänjättämisen. Selkeitä kriteereitä sille, mikä on perusturvaa tai peruspalvelu, ei onnistuttu luomaan eikä näin voida edes väestötasolla yksityiskohtaisesti määrittää, mikä on riittävää terveyden- ja sairaanhoitoa. Ks. PeVM 7/1992 vp. s. 5–7 sekä SosVL 4/1992 vp., s. 2, HE 234/1991 vp.

[527] Vrt. Hidén 1992, s. 3: Ajatus siitä, että käsitteiden ”*toimeentulon perusturva*” taikka ”*peruspalvelu*” sisällöt riippuisivat vain yhteiskunnan kulloisistakin käsityksistä, merkitsisi käytännössä sitä, että ao. perusoikeudella ei olisi mitään konkreettista ja pysyvää sisältöä ja että eduskunnan kulloinenkin enemmistö voisi vapaasti määritellä, mikä on yksilön kannalta riittävä toimeentulon tai turvallisuuden taso.

Ks. myös edellä perusoikeussäännöksen standardivaikutuksesta. Perustuslaissa esiintyvä perusturvan tai peruspalvelun käsite ei myöskään voi tarkoittaa yksinomaan perustuslainsäännöksen säätämisajankohtana taattua vähimmäistoimeentulon tasoa (Jyränki 1992).

[528] Klassisten vapausoikeuksien tarpeellisuutta koskevat ideologiset perustelut Amerikan Yhdysvaltain itsenäisyysjulistuksessa ja Ranskan suuren vallankumouksen ihmisoikeuksien julistuksessa sopivat perusteiksi myös sosiaalisten perusoikeuksien välttämättömyydelle.

[529] Käsitellessään keväällä 1992 hallituksen esitystä alle 3-vuotiaiden lasten korotetun lapsilisän poistamisesta, Eduskunnan perustuslakivaliokunta katsoi ao. lakiesityksen huonontavan kansalaisen perusturvaa. Kyseinen ns. ”vaippalisä” ei ollut välttämätön kaikkien sitä saavien perheiden sosiaaliselle turvallisuudelle, mutta sillä saattoi lama-aikana toisaalta olla suuri merkitys joidenkin perheiden taloudelle. On siis ilmeistä, että jonkin palvelun kuulumiselle kansalaisen perusturvaan riittää, että palvelu on välttämätön joillekin, vaikkei kaikille, sitä tarvitseville. Ks. PeVL 13/1992 vp., HE 86/1992 vp.

dan tekninen tieto pystyy ja mikä käytössä olevalla rajattomalla rahamäärällä voidaan saavuttaa. Perusoikeuskomitean ehdotuksen mukaan terveyden- ja sairaanhoitopalvelujen tulee tyydyttää kansalaisten kohtuulliset tarpeet[530], vaikkakaan arvio jonkun palvelun tarpeellisuudesta ei voi perustua yksinomaan kansalaisen subjektiiviseen käsitykseen sen tarpeesta. Kohtuullisuuden käsite on siis vahvasti sidoksissa siihen, mitä jonain tiettynä ajankohtana pidetään tavanomaisena ja tarkoituksenmukaisena ts. kohtuullinen palvelu ei vaadi oleellisia erityisponnistuksia palveluja tuottavalta järjestelmältä. Yksilötason kohtuullisuusarvioinnin lisäksi on voitava huomioida myös palvelun yhteiskunnallinen kohtuullisuus: palvelun tuottamisen on oltava yhteiskunnan resurssien käytön kannalta tarkoituksenmukaista.

Turvaavuus: Peruspalvelun tarkoituksena on antaa kansalaisille mahdollisuus sosiaalisesti turvattuun elämään. Palvelun tarkoituksena tulee siis olla jonkin nimenomaisen sosiaalisen uhan torjuminen (kuten sairaus, asunnottomuus, työttömyys). Palvelut, jotka pyrkivät yleisesti lisäämään kansalaisten hyvinvointia, mutta joilta puuttuu turvaamistehtävä, eivät näin ollen kuulu perusturvan käsitteen piiriin (esim. erilainen virkistystoiminta, esteettinen kirurgia yms.)

Jotta siis yhteiskunnan tuottama palvelu kuuluisi kansalaisen perusturvan piiriin, voidaan siltä edellyttää, että se on kansalaisen kannalta välttämätön, mitoitukseltaan kohtuullinen ja pyrkii antamaan turvaa jotain sosiaalista uhkaa vastaan. Terveyden- ja sairaanhoitopalvelujen osalta voidaan sanoa, että kohtuullisuuskriteeri on merkittävin sen seikan selvittämisessä, onko jokin nimenomainen hoitopalvelu perusturvaa vaiko ei – muut kaksi kriteeriä yleensä täyttyvät. Kohtuullisuutta on voitava kuitenkin arvioida myös sen perusteella, millaisia vaihtoehtoja palvelua tarvitsevalle jää, jos julkinen valta ei palvelua tuota. Esim. jos jotain hoitomuotoa ei voida järjestää sen korkeiden kustannusten takia, tulisi muun sosiaaliturvan taata elämisen perusedellytykset niille, joiden toimintakyky hoidotta jäämisen takia huononee[531]. Ts. oikeuden faktisen toteuttamisen osalta oikeusturva ei välttämättä merkitsisi juuri tietyn oikeuden fyysistä toteuttamista vaan sitä, että yhteiskunta tarjoaa vaihtoehtoisen mahdollisuuden tietyn sosiaalisen uhan torjumiselle tilanteessa, jossa jonkin nimenomaisen palvelun tuottaminen kuluttaisi kohtuuttomasti yhteiskunnan resursseja. Käytännössä tällaista oikeutta ei kuitenkaan hoitoa tarvitsevalla ole. Vaihtoehtoiseen hoitopaikkaan hakeutuminen, kun hoito muutoin jäisi saamatta julkisen terveydenhuollon puuttuvien resurssien takia, ja siitä aiheutuneet kustannukset eivät nykyisen käytännön

---

[530] KM 1992:3, s. 345.

[531] Eduskunnan oikeusasiamies on eräässä kanteluasiassa antamassaan ratkaisussa todennut nimenomaisesti, että ei ole ihmisten yhdenvertaisen kohtelun kannalta hyväksyttävää, että lääkärin määräämiä potilaalle välttämättömiä terveydenhoidon kustannuksia ei joissakin yksittäisissä tapauksissa korvattaisi lainkaan potilaalle hänestä riippumattomista palvelujen järjestelyihin liittyvistä syistä. Ks. AOA DNo 1132/4/96, 21.19.1998.

mukaan ole edes sellainen ”vahinko”, josta voisi potilasvahinkolain perusteella saada vahingonkorvausta[532].

PVLtk DNo P 673/93, 10.6.1994: *Hoidon saamatta jäämisestä aiheutunut vahinko*.

Esitiedot
Potilas oli hakeutunut hoidettavaksi ortopediseen sairaalaan akuuttien selkäkipujen vuoksi. Hänelle tehtiin selkäleikkaus, jonka jälkeen hän oli sairaalahoidossa.

Potilas toimitti seuraavana vuonna asiamiehensä välityksellä Potilasvakuutusyhdistykselle vahinkoilmoituksen siitä, että kaupungin sairaalan ylilääkäri oli samana vuonna tekemällään hoitopäätöksellä kieltäytynyt antamasta takautuvaa maksusitoumusta ortopedisessä sairaalassa annetusta hoidosta. Potilasvakuutusyhdistys totesi tekemässään korvauspäätöksessä, että ilmoitettu vahinko ei selvityksen mukaan ollut potilasvahinkolain 1 §:n 1 momentissa tarkoitettu henkilövahinko, jolla tarkoitetaan kuolemaa, ruumiinvammaa tai jatkuvaa sairaustilaa. Yhdistys ilmoitti, ettei se maksa korvausta vahingosta eikä myöskään voi ottaa kantaa maksusitoumusasiaan.

Kaupungin sairaalan puolesta johtava lääkäri ja kaupungin puolesta terveydenhuollon johtaja pyysivät lautakunnan lausuntoa asiasta. Lausuntopyynnössä on todettu muun muassa, että asiassa on olennaisesti kysymys siitä, onko potilaan henkilövahinko aiheutunut tutkimuksen tai hoidon laiminlyönnistä potilasvahinkolain 2 §:n 1 momentin 1-kohdan mukaisessa merkityksessä. Lausuntopyynnön mukaan nyt on esillä sekä sosiaali- ja terveyskeskuksen että sairaalan toimenpiteiden arviointi. Jälkiarviointina on nähtävissä, että hoito on sinänsä ollut tarpeellista ja jopa estänyt kriittisen tilan muodostumisen. Arvioitaessa sairaalan hoitovastuuta ja toisaalta terveyskeskuksen vastuuta on lausuntopyynnön mukaan otettava terveyskeskuksen osalta lukuun se, missä määrin ensiapua on annettu, missä määrin ei, ja missä määrin sairaalassa olisi hoitoa ja tutkimusta pitänyt antaa joko kiireellisenä tai muuten.

Potilasvakuutusyhdistys on antanut lautakunnalle vastineen, jossa on todettu, että potilaan kirjeestä terveyslautakunnalle käy ilmi, että hän vaatii korvausta hänelle ortopedisessä sairaalassa aiheutuneista hoitokuluista sen perusteella, ettei hän saanut maksusitoumusta kaupungin sairaalasta. Mistään hoitovirheestä saati sitten henkilövahingosta hän ei ole valittanut. Siinä vaiheessa, kun maksusitoumuspyyntö oli esitetty, potilas oli jo saanut asianmukaista hoitoa. Yhdistyksen käsityksen mukaan kyseessä on riita kunnan velvollisuudesta huolehtia sairaalahoidon järjestämisestä, johon yhdistys ei voi ottaa kantaa, ellei ole aiheutunut potilasvahinkona korvattavaa henkilövahinkoa.

Potilasvahinkolautakunnan ratkaisun pääpiirteet
Potilasvahinkolain 11 §:n 1 momentin mukaan potilasvahinkolautakunnan tehtävänä on antaa potilasvahinkojen korvaamisesta ratkaisusuosituksia sille, joka vaatii tai jolta vaaditaan korvausta potilasvahingosta, sekä sille, jolla on oltava vakuutus potilasvahinkolain mukaisen vastuun varalta. Potilasvahin-

[532] Ks. erityisesti Kaivola ja Lehtonen 2000c, s. 4301–4304.

golla tarkoitetaan potilasvahinko lain 1 §:n 1 momentin mukaan terveyden- ja sairaanhoidon yhteydessä potilaalle aiheutunutta henkilövahinkoa.

Potilaan lautakunnalle toimittamasta vastineesta käy ilmi, ettei hänelle ole kysymyksessä olevassa asiassa aiheutunut terveyden- ja sairaanhoidon yhteydessä henkilövahinkoa. Tämän vuoksi lautakunta katsoo, että asiassa ei ole lainkaan kysymys potilasvahinkolaissa tarkoitetun potilasvahingon korvattavuudesta. Lautakunnan toimivaltaan ei kuulu ottaa kantaa potilaan ja kunnan tai sairaalan väliseen kiistaan maksusitoumuksen antamisesta. Lautakunnan toimivaltaan ei myöskään kuulu antaa yleisluontoista lausuntoa terveyskeskuksen tai sairaalan hoitovastuusta, mikäli asiassa ei lainkaan ole kysymys henkilövahingosta.

Oikeuteen saada hoitoa liittyy läheisesti oikeus saada tukea hoidon kustannusten korvaamiseen. On huomattava, että vaikka julkinen valta on velvollinen järjestämään jokaiselle riittävän terveyden- ja sairaanhoidon, tapahtuu suuri osa hoidosta kuitenkin käytännössä terveydenhuollon toimipisteiden ulkopuolella. Hoidon toteutus edellyttää usein tutkimusten suorittamista, lääkityksen aloittamista taikka esimerkiksi kuntoutusta. Hyvätkään terveydenhuollon ammattihenkilöt eivät pysty paljoa auttamaan potilasta, jos tarpeelliset toimenpiteet jäävät potilaalta suorittamatta siitä yksinkertaisesta syystä, ettei niihin ole varaa. Perustuslain 19 § takaa periaatteessa jokaiselle oikeuden perustoimeentulon edellyttämään turvaan sekä ihmisarvoisen elämän edellyttämään välttämättömään huolenpitoon. Erityislainsäädäntö saattaa kuitenkin joskus jopa estää julkisen terveydenhuollon toimipisteitä toteuttamasta potilaalle tarpeellista hoitoa[533].

Hoidon kustannusten korvaamiseksi on olemassa useita erillislakeja, kuten sairausvakuutuslaki (L 364/1963), kuntoutusrahalaki (L 611/1991), vammaistukilaki (L 124/1988), laki lapsen hoitotuesta (L 444/1969) jne., joiden yksityiskohtaiseen sisältöön ei tässä tarkastelussa syvennytä[534]. On kuitenkin merkittävää huomata, että hoidettavan riippuvuus sosiaaliturvan taloudellisesta tuesta merkitsee hoitaville velvollisuuksia huolehtia myös hoidon taloudellisten edellytysten järjestämisestä (esim. erilaiset todistukset ja hakemukset).

Käytännössä hoidon toteuttamisen taloudellisten edellytysten arviointi nykyisellään on erittäin monimutkainen prosessi, jossa yksittäinen potilas joutuu asioimaan useiden rinnakkaisten tukijärjestelmien edustajien kanssa[535]. Hoidon taloudellisen tukemisen edellytykset arvioidaan yleensä kyseisen viranomaisen

---

[533] Apteekkilainsäädäntö antaa lääkejakelun apteekkien monopoliksi ja niinpä esim. yritykset lääkejakelun järjestämiseksi terveyskeskuksista Ruotsin tapaan ovat ajoittain aiheuttaneet tunnekuohuntaa apteekkarien taholla. Lääkevalvontaviranomaiset ovat tältä osin voimakkaasti tukeneet apteekkilaitosta perustellen lääkejakelumonopolin välttämättömyyttä alueellisen tasa-arvon turvaamisella. Vähemmän huomiota on kiinnitetty siihen, että järjestelmä ei millään tavoin turvaa lääkkeiden toimittamista varattomille ihmisille niilläkään alueella, joilla lääkkeiden alueellinen saatavuus on turvattu.

[534] Lakien sisällön osalta ks. esim. Tuori 2000b, s.255–276.

[535] Ks. esim. AOA DNo 1132/4/96.

sisäisten ohjeiden mukaan, joiden sisältö on pääsääntöisesti tuntematon sekä hoidettavalle että hoitaville ja jotka seuraavat enemmän viranomaisen budjettisuunnitelmaa kuin lääketieteellistä tarkoituksenmukaisuutta, vaikka potilaalla tulisi olla oikeus hyvään ja asianmukaiseen hoitoon[536]. Sosiaalisten perusoikeuksien käytännön toteutumista onkin usein arvioitu oikeusistuimissa juuri ratkaistaessa kysymyksiä siitä, onko tarjottu taloudellinen tuki ollut riittävää hoidon toteuttamiseksi:

> KHO 27.11.2000 T 3118: X:n kaupungin sosiaalilautakunnan ja terveyslautakunnan sosiaali- ja terveysjaosto hylkäsi henkilön Y oikaisuvaatimuksen saada lääkinnällisenä kuntoutuksena korvatuksi kolme ortopedistä jalkineparia vuosittain. Oikaisuvaatimuksen kohteena olleessa ratkaisussa oli todettu, että X:n kaupungissa on yhteisesti sovittu ortopedisten jalkineiden osalta yhden parin myöntämisestä asiakkaalle vuodessa. Rajoitus on jouduttu tekemään rajallisiin ostopalvelumäärärahoihin liittyen, kuitenkin arvioiden välttämättömän apuvälinetarpeen täyttyvän näin. Asiantuntijaselvitysten perusteella on Y:n osalta päätetty poiketa sovitulta linjalta sikäli, että maksusitoumus myönnetään joka toinen vuosi kahdelle parille ja joka toinen vuosi yhdelle parille. Tällä hetkellä, kun lääkinnälliselle kuntoutukselle varatut ostopalvelurahat jo pääosin on käytetty tai sidottu ja myös koko terveyskeskuksen budjetti on ylittymässä, ei ole mahdollisuutta poiketa huomattavasti sovitusta linjasta yksittäisten asiakkaiden osalta.
>
> Lääninoikeus käsitteli Y:n valituksen julkisoikeudellista maksuvelvollisuutta koskevana riita-asiana, jossa Y vaatii X:n kaupungin velvoittamista lääkinnällisen kuntoutuksen ostopalvelun antamiseen. Lääninoikeus hylkäsi hakemuksen perustellen päätöstään muun ohella sillä, että kunnalla ei ole erityistä lakiin perustuvaa velvollisuutta apuvälineiden myöntämiseen jokaiselle, joka vajaakuntoisuutensa takia tarvitsee apuvälineitä, kuten erityisvalmisteisia kenkiä, päivittäisissä toiminnoissaan. Apuvälineiden myöntäminen ratkaistaan kunnassa sosiaali- ja terveydenhuollon toteuttamiseen osoitettujen määrärahojen sallimissa rajoissa. X:n kaupungin terveysviraston lääkinnällisen kuntoutuksen ostopalveluina hankittavien apuvälineiden korvaamista koskevan ohjeen mukaan ortopedisiä jalkineita on korvattu vaikeavammaiselle yleensä yksi pari vuodessa. Y:llä ei ole lakiin perustuvaa oikeutta maksusitoumuksen saamiseen erityisvalmisteisiin jalkineisiin. Kunnalla ei näin ollen ole ollut velvollisuutta myöntää hänelle maksusitoumusta useamman ortopedisen kenkäparin hankintaan vuosittain kuin mitä hänelle on jo myönnetty. Päätöstä tehtäessä on noudatettu kunnassa apuvälineiden myöntämisessä noudatettavaksi vahvistettuja periaatteita. Päätöstä tehtäessä on toimittu kunnalle kuuluvan harkintavallan nojalla.
>
> Korkein hallinto-oikeus kumosi Y:n valituksesta lääninoikeuden päätöksen,

---

[536] Ks. esim. KHO 1987 A 34, 25.1.1988 T 300.

Potilaan itsemäärämisoikeuden kannalta hoidon riippuvuus sosiaaliturvajärjestelmän sisäisistä ohjeistuksesta on kyseenalaista. Potilaan oikeus vaikutta hoitoaan koskeviin ratkaisuihin menetetään, jos esim. sairausvakuutus korvaa vain yhden (ts. halvimman) hoitovaihtoehdon, kuten esim. lääkehoitojen osalta usein on asianlaita.

hyväksyi hakemuksen ja velvoitti X:n kaupungin järjestämään Y:lle hänen lääkinnällisin perustein todetun toimintavajavuutensa korvaamiseksi tarvittavat ortopediset jalkineet. Päätöksen perusteluina todettiin muun ohella seuraavaa:

Asiakirjaselvityksen perusteella Y:llä on vammansa johdosta kiistatta ortopedisten jalkineiden tarve. Jalkineiden määrällisestä tarpeesta esitetty selvitys osoittaa, että vamman laadusta johtuva jalkineiden tarve ylittää hänelle myönnetyn keskimäärin 1,5 parin vuodessa. Siten ortopediset jalkineet ovat keskeinen apuväline Y:n liikuntakyvylle ja selviytymiselle päivittäisissä elämän toiminnoissa. Y:llä olevan toimintavajauksen on osoitettu olevan sellainen, että siitä aiheutuva ortopedisten jalkineiden hankinta tai hankintakustannusten korvaaminen kuuluu kunnan järjestämisvelvollisuuden piiriin. X:n kaupunki ei ole näyttänyt, etteivät Y:n terveydentilan ja toimintakyvyn edellyttämät apuvälineet olisi myönnettävissä kunnassa esiintyvän apuvälinetarpeen mukaisesti mitoitettavien määrärahojen puitteissa. Kaupunki ei myöskään ole näyttänyt, että asiassa olisi sellaisia hallitusmuodon 5 §:n ja potilaslain 3 §:n mukaisia hyväksyttäviä yleisiä palvelujen etusijajärjestykseen asettamisen perusteita, jotka estäisivät Y:n yksilöllisten tarpeiden huomioon ottamisen suuremmassa määrin kuin häntä koskevissa apuvälinepäätöksissä on tehty. X:n kaupunki on näin ollen laiminlyönyt korkeimman hallinto-oikeuden päätöksessä selostetuissa säännöksissä tarkoitetun velvollisuutensa järjestää Y:lle riittävät lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälinepalvelut.

Kyseissä tapauksessa KHO siis totesi, että kun palvelu kuului kunnan järjestettäväksi ja oli järjestettävissä käytössä olevien määrärahojen puitteissa, oli kunnan apuvälineitä myöntäessään otettava huomioon palvelua tarvitsevan todellinen avun tarve. Toisin kuin joissain aikaisemmissa KHO:n lääkinnällisiä palveluja koskevissa ratkaisuissa[537], ei tapauksessa ollut kyse lääketieteellisestä ratkaisusta (ts. tarvitseeko henkilö ortopedisiä jalkineita vai ei), vaan siitä, oliko kunnalla käytössään riittävät määrärahat sinänsä tarpeellisten apuvälineiden hankkimiseksi.

3.1.3. Oikeus asianmukaiseen kohteluun

Potilaslain 3 § edellyttää, että potilasta on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata ja että hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan. Terveyden- ja sairaanhoidossa korostuvat lisäksi perusoikeussäännösten edellyttämät yhdenvertaisen kohtelun vaatimus ja syrjinnän kielto sekä kielelliset oikeudet (oikeus saada terveyden- ja sairaanhoitoa omalla äidinkielellä) sekä yleinen hyvän hallinnon vaatimus[538].

---

[537] KHO 24.4.1997 T 984.

[538] AOA DNo 333/4/97, 16.11.1999:*Virkamiehen käytettävä asiallista kieltä:*

Kantelussa oli kysymys kantelijan hoidon asianmukaisuudesta P:n keskussairaalassa. Kantelun johdosta apulaisoikeusasiamiehelle antamassaan selvityksessä apulaisylilääkäri oli todennut kantelijan olevan ”valehteleva ja umpikiero huijari” ja että ”varsin usein potilaan soittaessa on ollut

Terveydenhuoltohenkilökunnan edellytetään edellisen lisäksi kuitenkin myös toteuttavan erityistä ammattistandardia, johon kuuluvat ystävällisyys, asiallisuus, huomioonottaminen ja potilaan eduksi toimiminen[539]. Tästä standardista poikkeaminen voi johtaa huomautukseen taikka varoitukseen terveydenhuoltohenkilökuntaa valvovien viranomaisten taholta[540]. Vaikka yksittäistapauksessa epäasianmukaisen käyttäytymisen toteennäyttäminen voi olla vaikeaa, on esimerkiksi terveydenhuollon oikeusturvakeskus usein huomauttanut terveydenhuollon ammattihenkilöitä vastaisen varalle siitä, että hoitosuhteessa tulee pyrkiä potilaan näkemysten kuuntelemiseen ja huomioonottamiseen[541].

AOA DNo 685/4/91, 10.7.1992: *Sairaalalle ilmoitettu käsitys siitä, että etukäteen tiedossa olleiden riskitekijöiden, synnyttäjän toivomusten ja hänen pelkotilansa vuoksi synnytystavan valinta olisi tullut tutkia ja arvioida tapahtunutta tarkemmin.*

Lapsi oli kuollut sairaalassa synnytyksen yhteydessä. Kantelija katsoi, että lapsen menehtyminen johtui siitä, ettei sairaala ottanut huomioon hänen pyyntöään synnytystavan valinnasta. Kantelijan mukaan hänen kohtelunsa oli myös ollut epäasianmukaista.

Käytettävissä olevasta selvityksestä oli pääteltävissä, että potilas oli tuntenut paniikinomaista synnytyspelkoa, jota ei ollut yksin voinut hallita. Potilaan ja synnytystä hoitaneen henkilökunnan välille ei ollut syntynyt sellaista luottamuksellista hoitosuhdetta, jolla pelkoa olisi voitu lievittää. Potilaan pelkotilaan, jolla selvitysten mukaan oli ollut vaikutusta synnytyksen kulkuun, ei ollut suhtauduttu tarpeellisella vakavuudella.

Synnytystavan valinnassa olisi kahden asiantuntijalausunnon mukaan tullut ottaa riskitekijät paremmin huomioon ja harkita alatiesynnytyksen edellytyk-

---

vaikeata saada hänen puheestaan selvää, tällaista mongerrusta kuulee usein niillä, jotka ovat joutuneet ottamaan alkoholia tai ovat voimakkaan lääkeainehuumauksen vaikutuksen alaisina." Kantelijan hoitoa koskevat väitteet eivät antaneet aihetta toimenpiteisiin. AOA totesi kuitenkin apulaisylilääkärin lausuman johdosta, että hallitusmuodon 16 §:n mukaan jokaisella on oikeus saada asiansa asianmukaisesti käsitellyksi. Tähän kuuluu oleellisena osana virkamiehen hyvä ja asianmukainen käytös kaikkia asiakkaitaan kohtaan niin kirjallisesti kuin suullisesti asioita käsiteltäessä. Hallitusmuodon säännökset velvoittavat kaikkia virkamiehiä. Julkinen virka edellyttää lisäksi aina julkista luotettavuutta. Tähän kuuluu oleellisena osana puolueettomuusvaatimus. Puolueettomuutta edellyttää myös hallitusmuodon 5 §:n säännös, jonka mukaan kaikkia on kohdeltava virkatoiminnassa yhdenvertaisesti. Puolueettomuusvaatimus koskee kaikkea virkatoimintaa. Apulaisylilääkärin lausuntoa oli pidettävä sävyltään epäasiallisena. Mikäli asiakkaasta on aiheellista esittää arvostelevia käsityksiä, tulee sekin esittää mahdollisimman asiallisesti. Sitä paitsi apulaisylilääkärin esittämä kärkevä arvostelu ei ollut kantelijan hoidon asianmukaisuudesta esittämien väitteiden tutkimiseksi tarpeen. AOA katsoi, ettei apulaisylilääkärin lausuma täytä virkamiehen käyttäytymiseltä edellytettäviä ja asian asianmukaisen käsittelyn vaatimuksia edes siinä tapauksessa, että lausunnossa esitetyille näkemyksille olisi perusteita. Hän kiinnitti apulaisylilääkärin huomiota siihen, että virkamiehen tulee tilanteesta riippumatta pyrkiä puolueettomuuteen ja asiallisuuteen.

[539] Larivaara 2000, s. 78–79.

[540] Asianmukaiseen käyttäytymiseen luetaan esimerkiksi se, ettei hoitohenkilökunta työskentele päihteiden vaikutuksen alaisena.

[541] Ellilä 2000, *s.* 102–109. Ks. myös Westerhäll 1994, s. 58–59.

siä tarkemmin. Tätä tuki potilaan oma käsitys ja hänen hoitohenkilökunnalle osoittamansa leikkauspyynnöt. Toisaalta alatiesynnytyksen valinta oli kahden muun asiantuntijalausunnon mukaan ollut vakiintuneen käytännön mukaista ja perusteltua mm. potilaalle mahdollisesti suoritettavaan keisarinleikkaukseen liittyvien riskien vuoksi. Saadusta selvityksestä ja asiantuntijoiden kannanotoista voitiin päätyä siihen, että etukäteen tiedossa olevien riskitekijöiden, synnyttäjän toivomusten ja hänen pelkotilansa vuoksi synnytystavan valinta olisi tullut tutkia ja arvioida tarkemmin.

Kun asiantuntijat eivät jälkeenpäinkään ole olleet yksimielisiä siitä, olisiko lapsen kuolemaan johtaneita vaaratekijöitä kohtuudella voinut riittävästi ennakoida, asiassa tyydyttiin kiinnittämään sairaalan huomiota vastaisuuden varalle synnyttäjän riskitekijöiden vakavaan huomioon ottamiseen ajoissa. Samoin kiinnitettiin sairaalan huomiota synnyttäjän kokemaan hoitohenkilökunnan käytökseen. Potilaasta vastuussa olevan henkilöstön tuli vaikeissakin hoitotilanteissa käyttäytyä potilasta kohtaan asiallisesti ja hoitoa tukevasti.

3.1.4. Oikeus saada tietoa omasta terveydentilasta ja sen hoitomahdollisuuksista

Potilasta tulee aktiivisesti informoida hänen terveydentilastaan taikka sairaudestaan sekä tähän liittyvistä hoitovaihtoehdoista (potilaslaki 5 §). Tämä informaation on annettava ennen varsinaisten hoitopäätösten tekoa, jotta potilaan vaikutusmahdollisuus hoitoonsa turvataan[542]. Potilaslaissa ei kuitenkaan ole määritelty potilaalle annettavan selvityksen laajuutta tai sisältöä.[543], vaan tältä osin seurataan *hyvän hoitokäytännön* vaatimuksia eli käytännössä edellytetään informoinnilta sitä tasoa, minkä kokenut terveydenhuollon ammattihenkilö toteuttaisi vastaavassa tilanteessa[544]. Myös esim. anglosaksisessa oikeudessa ns. Bolamtestin (U.K. [1957] 2 All ER 118, *Bolam vs. Friern Hospital Management Committee*) mukaisessa lähestymistavassa lääkärin antaman informaation ja potilaan suostumuksen suhdetta arvioidaan hyvän hoitokäytännön (ts. lääkäristandardin)

---

[542] Deutsch 1979, s. 1905–1909. Laufs 1976, s. 1122–1124.

[543] Ilveskivi 1997a, s. 80.

[544] Ks. PotVahL 2 §. Ilveskivi ja Rynning ovat kuvanneet informaatiostandardeja siitä, kuinka laajalle velvollisuus potilaan informoimiseen ulottuu. Tällaisia standardeja ovat (Rynning 1994, 198–201; Ilveskivi 1997a, s. 80–84:

- yksittäisen lääkärin subjektiivinen standardi
- viisaan ja järkevän lääkärin objektiivinen ammatillinen standardi
- järkevän potilaan objektiivinen potilasstandardi
- potilaan yksilöllinen, subjektiivinen standardi.

On kuitenkin huomattava, että informaatiostandardit ovat sikäli päällekkäisiä, että objektiivinen hyvä lääkäri huomioi yksittäisen potilaan subjektiiviset tarpeet ja käsityskyvyn.

Paaso (2001, s. 196–199) on kritisoinut sekä järkevän lääkärin että järkevän potilaan standardia katsoen, että järkevän lääkärin standardi mahdollistaa mukavuusnäkökohtiin perustuvat kohtuuttomat käytännöt ja että järkevän potilaan standardi taas perustuu olettamaan keskiarvopotilaasta ja tämän kuvitelluista arvokannanotoista. Ks. myös Editorial, BMJ 1985a, s. 780–781.

mukaisesti. Tämä ajattelu noudattaa yleistä vahingonkorvausoikeudellista linjaa, jossa lähtökohtana on, että normaalin tasoinen työsuoritus ei voi oikeuttaa korvaukseen, jos erityisstandardista ei ole erikseen sovittu[545]. Bolam-testin mukaan hoitotilanteessa tavanomaisen informaation perusteella annettu suostumus ulottuu taudin normaaliin hoitoon[546]. Lääkärin oletetaan kertovan kuitenkin potilaalle paitsi hoidon pääpiirteisen sisällön ja tavallisimmat riskit, myös merkittävät tai erityisen vakavat mahdolliset riskit[547]. Hyvän hoitokäytännön noudattamatta jättäminen informoinnin osalta voi Suomessakin joskus johtaa vahingonkorvausvelvollisuuteen:

PVLtk DNo P 282/1996, 30.10.1996: *Potilaan informoinnin merkitys sterilisaation purkutoimenpiteessä*[548].

Tapahtumakuvaus:
Potilaalle tehtiin 1992 yliopistosairaalassa sterilisaatio täyden lapsiluvun perusteella. Toimenpide tehtiin laparoskooppisesti sulkemalla munatorvet muovisilla puristimilla (klipseillä). Pian klipsien asettamisen jälkeen potilaalla kuitenkin alkoivat alavatsakivut ja hän sai terveyskeskuksesta lähetteen yliopistosairaalan gynekologian poliklinikalle. Lähettämisen syyksi on lähetteeseen merkitty ”sterilisaation purku, kystan aiheuttamat vatsakivut ?”. Potilas kuitenkin soitti poliklinikalle erikoislääkärille ja ilmoitti, ettei ollut halukas tutkimuksiin. Merkintöjen mukaan hän ilmoitti, ettei lapsettomuus ollut kyseisellä hetkellä ongelma ja että hänellä ei ollut tarkoitus hankkia lisää lapsia ainakaan lähimmän puolen vuoden sisällä. Pahimpana ongelmana olivat alavatsakivut, jotka potilas yhdisti sterilisaatioon. Potilas tuli sittemmin yliopistosairaalaan sovittua laparoskooppisesti suoritettavaa klipsien poistoa varten. Potilaan tutki eri lääkäri, joka katsoi, että koska kivut olivat alkaneet melko pian klipsien asettamisen jälkeen, oli niiden poisto perusteltua. Tulopäivän merkinnöistä ei ilmene, että potilaan kanssa olisi keskusteltu lainkaan hedelmällisyyden palauttamisesta tai muustakaan lapsen hankkimiseen liittyvästä. Toimenpiteen suoritti seuraavana päivänä lääkäri, joka ei ollut aiemmin hoitanut potilasta. Vasemmalla puolella klipsi oli munatorvessa normaalisti paikallaan, mutta oikean puolen klipsi oli leikannut munatorven lähes poikki. Klipsit poistettiin saksilla ja sähköpoltolla leikaten. Tämän lisäksi molempia munatorvia koaguloitiin sähköpoltolla.

Potilas haki korvausta potilasvakuutuksesta, koska hänelle oli tehty 1994 lopullinen sterilisaatio koaguloimalla munatorvet sähköpoltolla ilman potilaan lupaa ja tahtoa. Hän vaati hedelmällisyyden ennalleen saattamista sekä henkisestä kärsimyksestä korvausta. Yliopistosairaalan vastineessa naistenklinikan ylilääkäri totesi, että potilas on tullut sairaalaan kipujen vuoksi tapahtu-

---

[545] Ns. ”*custom-test*”. Ks. Mason and McCall Smith 1999, s. 224.

[546] Tämän aksiooman kritiikistä ks. Fenwick 1996, s. 218–222. Keskeinen kritiikin peruste on yleensä se, ettei minkään ammattikunnan tulisi pelkästään itse määrittää omia käyttäytymisstandardejaan.

[547] U.K. [1985] 1 All ER 643, *Sidaway vs. Bethlem Royal Hospital and the Maudsley Hospital Health Authority and others*.

[548] Koko tapahtumakuvauksen osalta ks. Kaivola ja Lehtonen 2001b, s. 2816–2818.

vaa munatorvensulkijoiden poistoa varten. Samassa yhteydessä ei ollut tarkoitus suorittaa sterilisaation purkua liittämällä mikrokirurgisella leikkauksella munatorven päät toisiinsa. Kesäaikana tällaista elektiivistä kirurgiaa ei kyetty suorittamaan osastosulkujen ja henkilökunnan vähäisyyden vuoksi.

Potilasvakuutusyhdistys eväsi korvauksen. Yhdistys katsoi, että potilaan saama hoito oli ollut asianmukaista eikä siinä ollut todettavissa laiminlyöntejä. Munatorvipuristimet (klipsit) oli potilaan omasta tahdosta poistettu vatsakipujen vuoksi. Samassa yhteydessä ei ollut mahdollista tehdä sterilisaation purkuleikkausta. Munatorven päät oli poltettu klipsien irrotuksen jälkeen verenvuodon vähentämiseksi sekä sen varmentamiseksi, ettei raskaus tule munatorveen (kohdun ulkoinen raskaus). Potilas oli tyytymätön Potilasvakuutusyhdistyksen korvauspäätökseen ja pyysi asiamiehensä välityksellä potilasvahinkolautakunnan lausuntoa. Lausuntopyynnössä todettiin, että potilas oli lähetetty 1994 terveyskeskuksesta ensisijaisesti sterilisaation purkua varten. Potilas oli ymmärtänyt sterilisaation purun sen normaalissa merkityksessä suvunjatkamiskyvyn palauttamisena. Potilas oli 1994 sairaalaan saavuttuaan siinä käsityksessä, että hänelle palautetaan suvunjatkamiskyky. Toimenpide suoritettiin anestesiassa ja potilaan herättyä hänelle selvisi, että hänelle oli sterilisaation purun sijasta suoritettu monopolaaripoltolla varmistussterilisaatio. Toimenpiteestä on aiheutunut hänelle pitkäaikainen masennus ja henkistä kärsimystä.

Potilasvahinkolautakunnan ratkaisun pääpiirteet:
Käytettävissä olevasta selvityksestä ilmenee, että potilaalle oli kirjoitettu toukokuussa 1994 terveyskeskuksesta lähete yliopistosairaalan gynekologian poliklinikalle sterilisaation purkua ja alavatsavaivojen selvittelyä varten. Sterilisaation purkuleikkauksen tarkoituksena on hedelmällisyyden palauttaminen. Ennen toimenpidettä selvitetään tarvittaessa raskauden aikaansaamiselle välttämättömät perusedellytykset, kuten siemennesteen hedelmöityskyky ja naisen osalta tärkeimmät perusendokrinologiset edellytykset. Potilasasiakirjamerkintöjen mukaan myös kyseisessä tapauksessa oli ohjelmoitu kyseiset rutiinitutkimukset, mutta potilas oli puhelimitse kieltäytynyt niistä. Lautakunnan käsityksen mukaan potilasasiakirjamerkinnöistä oli kuitenkin pääteltävissä, että vaikka potilas on tuolloin kieltäytynyt em. tutkimuksista, hän oli harkinnut lapsen hankkimista tulevaisuudessa. Potilaalle oli puhelinkeskustelun jälkeen varattu aika vatsakipujen selvittelyyn ja jätetty sterilisaation purkuasian harkinta myöhemmäksi. Lautakunta totesi, että vaikka potilas olikin pitänyt akuutin ongelman, vatsakipujen, hoitamista tärkeimpänä ja hän oli halunnut klipsien poistoa, ei sen ole tarvinnut merkitä sitä, että hän olisi muuttanut mieltään lapsen hankkimisesta tulevaisuudessa.

Normaalisti sterilisaation purkutoimenpiteessä klipsit poistetaan ja munatorvet yhdistetään samassa mikrokirurgisessa leikkauksessa. On epätavallista, että klipsien poistoon ryhdytään ilman tarkoitusta palauttaa hedelmällisyys samassa yhteydessä. Munatorvien yhdistämisen sijasta molempia munatorvia oli koaguloitu sähköpoltolla. Lautakunta katsoi, että vallinneissa olosuhteissa ei ollut välttämätöntä ryhtyä pelkästään klipsien poistoon. Kipujen selvittämiseksi olisi ollut käytettävissä muitakin tutkimusmenetelmiä. Asianmukainen informaatio toimenpiteen luonteesta ja siitä, että hedelmällisyyden palauttamiseksi jouduttaisiin tekemään vielä uusi leikkaus, oli jäänyt antamatta. Kun

> potilaalla ei ollut perheenlisäykseen liittyviä suunnitelmia ainakaan puoleen vuoteen, hän olisi voinut odottaa jonon edellyttämät viisi kuukautta. Edellä olevan perusteella lautakunta katsoi, että potilaalle yliopistollisessa keskussairaalassa tehty toimenpide ei ole ollut lääketieteellisesti perusteltu, minkä vuoksi tästä aiheutunut henkilövahinko on korvattava potilasvahinkolain säännösten perusteella.

Potilasvahinkolautakunnan oheinen ratkaisu vastaa hyvin informed consent -periaatteen mukaista kantaa, jonka mukaan lääkäri on potilasaloitteisessa hoitosuhteessa vastuussa hoidon yhteydessä tapahtuneesta vahingosta, joka on aiheutunut siitä, ettei potilas saamansa puutteellisen informaation takia ole voinut vahingolta suojautua. Vaikka potilas oli antanut suostumuksensa sterilisaation purkuun, ei potilaan puutteellisen informoinnin takia suostumuksen voitu katsoa ulottuvan sterilisaation sellaiseen purkuun, josta on seurauksena pysyvä hedelmällisyyden menetys[549].

Korkein Oikeus on ratkaisussaan katsonut, että jo lääkärin havaintoon perustuva tietoisuus siitä, että potilas saattaa vahingoittua, riittää synnyttämään informointivelvoitteen[550]. Potilaslain 3 §:n edellyttämä asianmukaisen hoidon standardi merkitsee kuitenkin sitä, että arvio informaation riittävyydestä perustuu ennen kaikkea kokeneen terveydenhuollon ammattihenkilön toimintaan vastaavassa tilanteessa. Vahingonvaaralta lienee edellytettävä kohtuullisen suurta todennäköisyyttä ja konkreettisuutta, ennen kuin siitä mainitsematta jättäminen voi muodostaa taitovirheen[551]. Toisaalta potilasvahinkolain mukainen vahingonkorvausvelvollisuus syntyy ainoastaan, jos informaation antamatta jättäminen on selkeässä syy-yhteydessä vahingon syntymiseen[552].

Eräissä tapauksissa potilaan tiedonsaantioikeuteen vaikuttavat myös kuluttajansuojaa koskevat säännökset. Terveydenhoitopalvelujen markkinoinnissa on potilaalle kerrottava asianmukaisesti häntä hoitava henkilökunnan osaamistaso[553]. Lisäksi hoidon kustannusarviot sitovat sen esittäjää[554]. Niiden terveyden-

---

[549] On huomattava myös, että potilaan toivomus on sterilisaation suorittamisen lääketieteellinen peruste.

[550] KKO DNo 3938/81, 1.4.1982: Lääkäri oli havainnut, että pohjehermo saattaisi vahingoittua hänen poistaessaan kasvainta. Vahinko olisi todennäköisesti ollut vältettävissä käytettäessä neurokirurgista leikkaustapaa. Sen vuoksi lääkäri ei olisi saanut jatkaa leikkausta ilmoittamatta potilaalle vaarasta ja ilman tämän suostumusta.

[551] Ilveskivi 1997a, s. 74: Potilaan nimenomaisen suostumuksen pyytäminen ei ole välttämätöntä vähäisinä pidettäviin hoidon osatoimenpiteisiin, vaan jo potilaan hakeutumista hoitoon voidaan pitää hiljaisena suostumuksena potilaan terveydentilan edellyttämiin vähäisiin hoitotoimenpiteisiin.

[552] Ks. myös Lahti 1977b, s. 147: ”Korvausvastuuseen saattamisen mahdollisuuksia heikentää usein vaikeus osoittaa vastuun perustavaa syy-yhteyttä oikeudenvastaisen menettelyn (suostumuksen hankkimatta jättämisen) ja vahingon (hoitotoimenpiteen epäonnistumisen) välillä.”

[553] KA DNo 91/41/1135, 3.10.1991; KA DNo 94/40/0106, 31.1.1994 ja KA DNo 99/41/0823, 21.4.1999.

[554] Ks. Kuluttajavalituslautakunta 1999, s. 25.

huollon tuotteiden osalta, jotka on tarkoitettu jaeltavaksi potilaalle erityisammattilaisen välityksellä (esimerkiksi reseptilääkkeet), oletetaan, että tuoteinformaation keskeinen sisältö kerrotaan potilaalle välikäden välityksellä[555]. Tällöinkin informaatiotason kriteerinä on kokeneen terveydenhuollon ammattihenkilön standardi.

Potilaalla on – eräitä poikkeustapauksia lukuun ottamatta – myös oikeus saada tieto häntä koskevista potilasasiakirjoista (julkisuuslaki 11 §) sekä oikeus tarkastaa hänestä henkilörekisteriin tehty merkitä (henkilötietolaki 26 §)[556]. Lisäksi potilasta hoitava lääkäri tai hammaslääkäri on terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain 23 §:n mukaan oikeutettu antamaan potilaalle lausuntoja ja todistuksia henkilön terveydentilasta, joita potilas tarvitsee viranomaisille taikka tuomioistuimelle esitettäväksi.

3.1.5. Oikeus kieltäytyä hoitotoimenpiteestä (hoitosuhteen katkeamatta)

Potilaslain 6 §:n mukaan potilaan hoito on toteutettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan ja täysi-ikäinen ja täysivaltainen potilas voi myös kieltäytyä ehdotetuista hoitotoimenpiteistä. Tällöin häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla[557]. On huomattava, että potilaan taudinmäärityksestä ja hoidosta päättää laillistettu lääkäri taikka hammaslääkäri ja potilaan oikeus hoidosta päättämiseen rajoittuu hänen mahdollisuuteensa kieltäytyä ehdotetusta hoidosta ja tietysti tarvittaessa mahdolli-

---

[555] Ns. valistuneen välikäden kautta annettavan informaation merkityksestä tuotevastuulle ks. Saarikoski 1999, s. 61–65. Lääkkeiden osalta riittävällä informaatiolla on merkitystä kuluttajan päätöksentekoa ohjaavana tekijänä. Pelkästään lääkärin informoiminen ei ole riittävä tae potilaan turvallisuuden kannalta tarpeellisten tietojen välittymisestä lääkkeen kuluttajalle.

[556] TEO DNo 483/475/95, 2.9.1997: Myös psykologinen testipöytäkirja on osa potilasasiakirjaa samoin kuin muut potilaalle suoritettujen tutkimusten tutkimustulokset. Terveydenhuollon toimintayksikön tai potilasta hoitaneen terveydenhuollon ammattihenkilön [mukaan lukien psykologit] tehtävänä on säilyttää alkuperäiset potilasasiakirjat. Alkuperäisiä potilasasiakirjoja ei saa täten luovuttaa potilaalle. Potilasta hoitavalla lääkärillä tai muulla terveydenhuollon ammattihenkilöllä on kuitenkin potilaan suostumuksen perusteella oikeus saada käyttöönsä potilasta koskevat alkuperäiset potilasasiakirjat tai vaihtoehtoisesti myös niistä jäljennökset. Tämä koskee myös psykologin laatimia testipöytäkirjoja silloin, kun potilas on siirtynyt toisen psykologin tai psykiatrin hoitoon.

[557] Julkisen vallan perusoikeuksien edistämisvelvollisuus, esim. henkilön terveyden suojeleminen, ei sinänsä ole riippuvaista henkilön suostumuksesta, vaikka henkilön itsemäärämisoikeus on tietysti eräs keskeinen suojattu perusoikeus. Asiaa on tarkasteltu mm. geneettisten testien osalta (PeVL 27/1998 vp): ”…Perusoikeussuoja ei voi oikeudellisena kysymyksenä menettää aina merkitystään pelkästään siksi, että laissa säädetään jonkin toimenpiteen vaativan kohdehenkilön suostumuksen. Oleellinen kysymys on, mitä voidaan pitää oikeudellisesti relevanttina suostumuksena tietyssä tilanteessa. Perusoikeuksien suojan sekä lainsäätäjälle että muulle julkiselle vallalle kuuluvan perusoikeuksien toteuttamistehtävän mukaista ei ole jättää perusoikeussuojaa riippumaan millaisessa asiassa tahansa asianomaisen suostumuksesta.”

suuteen vaihtaa häntä hoitavaa lääkäriä taikka hammaslääkäriä[558].

Potilaan tosiasialliseen itsemääräämisoikeuteen vaikuttavat kuitenkin paitsi tarjolla olevien hoitovaihtoehtojen määrä, myös eri vaihtoehtojen kustannukset ja saatavuus. Vaikka periaatteessa potilasta tulisi hoitaa hänen kieltäytyessään hoitotoimenpiteestä, jollain hyväksyttävällä vaihtoehtoisella hoitomuodolla, tekee hoitomuodon rajallinen saatavuus tämän mahdollisuuden usein lähinnä teoreettiseksi[559]. Käytännössä potilas joutuu siis valitsemaan hoidon ja ei-hoidon välillä, koska terveystaloudelliseen tehokkuusajatteluun perustuva julkinen terveydenhuoltojärjestelmä ei arvota taloudellisesti potilaan päätöksenteko-oikeutta. Toisaalta terveydenhuollon ammattihenkilön velvollisuus toteuttaa lääketieteellisesti hyväksyttävä hoitoa kieltää häntä ryhtymästä toimenpiteisiin, jotka – vaikka olisivat potilaan haluamia – ovat joko riskialttiita taikka tehottomia kyseisen sairauden hoitoon[560].

---

[558] Kokkonen ja Rasmussen 1991, s. 240–241. Ks. myös Waisel and Truogg 1997, s. 972–973: ”It is now clearly established in medicine, ethics and law that a competent patient has the right to choose or refuse medical treatment. What is not clearly established, however, is the extent to which society and health care providers are obligated to accede to these choices. The issue becomes problematic when a patient’s request conflicts with medical opinion.”

[559] Esimerkiksi akuuttiin sydäninfarktiin sairastaneen potilaan ensihoidossa on periaatteessa valittava hoitovaihtoehtoina infarktin liuotushoito, sepelvaltimon pallolaajennus taikka ohitusleikkaus. Liuotushoito on helposti saatavissa, mutta ei niin tehokas, kuin pallolaajennus. Ohitusleikkaus taas on huomattavasti riskialttiimpi, mutta monin paikoin paremmin saatavissa kuin pallolaajennus. Käytännössä potilas joutuu tyytymään liuotushoitoon, vaikka tietäisi, että vain invasiivinen toimenpide voi korjata infarktin aiheuttaneen sepelvaltimon ahtauman.

[560] Ks. myös Pelkonen ja Pelkonen 2000, s. 150–156.

Terveydenhuollon valvontaviranomaiset ovat toistuvasti puuttuneet mm. ns. hivenainehoitojen markkinointiin. Nämä hoidot, jotka ovat sinänsä vaarattomia ja joihin potilaat ovat usein tyytyväisiä, eivät vastaa vaatimusta lääketieteelliseen tietoon perustuvasta hoitokäytännöstä ja aiheuttavat merkittäviä kustannuksia potilaalle sekä saattavat aiheuttaa asianmukaisen hoidon viivästymisen. Potilaan muuttaessa mielipidettään hoitovaihtoehdon suhteen alkuperäinen hoitamatta jättäminen voi muodostua ongelmalliseksi:

PVLtk DNo P 667/1995, 11.10.1995: *Hoitoyksikön vastuu hoidon viivästymisestä potilaan hakeuduttua vaihtoehtohoitoihin.*

Tapahtumakuvaus

Potilas P oli hakeutunut terveysasemalle 1984, koska hänen nenänpielessään oli ollut muutaman viikon ajan vuotava haava. Vastaanotolla haavassa oli ollut kuiva rupi, eikä siinä ollut todettu tulehdusta. Uusintakäynnillä nenässä olleessa ruvessa ollut kutinaa ja haava oli ollut hieman tulehtuneen näköinen. Hoidoksi oli annettu kortisonia. Koska haavauma ei ollut edelleenkään parantunut, oli epäilty mahdollista tyvisolusyöpää ja potilas oli lähetetty jatkotutkimuksiin keskussairaalaan.

Keskussairaalassa haavaumamuutos oli poistettu ei-radikaalisti. Näytepalassa oli todettu squamocellulare-karsinooma. Joulukuussa 1984 P ei ollut valmis uuteen operaatioon ja hänet oli pyydetty kontrollikäynnille 1985. Tällöin karsinoomamuutoksen ei ollut todettu lisääntyneen ja oli päädytty siihen, että toistaiseksi operatiivista hoitoa ei ollut katsottu aiheelliseksi. P:lle oli annettu ohjeet ottaa yhteyttä poliklinikkaan, jos muutos olisi lisääntynyt.

Seuraava sairauskertomusmerkintä nenän arven osalta on terveyskeskuksesta 1988. Haavauman oli todettu ärsyyntyneen navettatyössä ja pölyssä. Tällöin leikattu arpialue oli alkanut punottaa ja sitä oli alkanut kutittaa. P oli hakeutunut keskussairaalaan 1989. Nyt nenässä olleen arven oli

todettu leventyneen ja nenänpielessä oli ollut rupi. Nenänpielestä oli otettu koepala, jossa oli leike vastauksen perusteella todettu basalioma eli tyvisolusyöpä. Ihotautilääkärin konsultaatiossa oli suunniteltu plastiikkakirurgista leikkausta. Potilaalle oli harkittu myös jatkotutkimuksia, koska P oli pelännyt syövän levinneen muualle. Tutkimuksissa keskussairaalan kirurgian poliklinikalla 1989 oli todettu nenänvarressa 2 x 3 cm kokoisella alueella tyvisolusyöpää. Syöpämuutos ei ollut kiinnittynyt pohjaansa. Nenän limakalvo oli ollut normaali molemmin puolin. Kaulalla ei ollut todettu suurentuneita rauhasia. P:lle oli suunniteltu ihokasvaimen radikaalia poistoa ja nenään plastiikkakirurgista toimenpidettä oikeasta soliskuopasta otetulla vapaalla ihosiirrännäisellä. P ei ollut tullut sovittuun leikkaukseen. Asiakirjojen mukaan P:tä ei myöskään ollut kutsuttu uudelleen leikkaukseen tai jatkotutkimuksiin.

Tämän jälkeen P oli ilmoituksensa mukaan ollut akupunktiohoidossa Tukholmassa 1989. Aikavälillä 1990–1992 P oli ilmoituksensa mukaan saanut sähköfysiologista laserhoitoa Helsingissä. Tammikuussa 1993 P oli hakeutunut laserklinikalle . Tutkimuksissa oli todettu nenänpielessä 5 x 5 cm kokoinen muutos ulottuen silmäkulman alaluomen kohdalle lähelle kyynelkanavaa. Potilas ja hoitava lääkäri olivat olleet tietoisia tyvisolusyövästä. P ei sairauskertomusmerkintöjen mukaan ole ollut missään tapauksessa halukas plastiikkakirurgisiin toimenpiteisiin. Tammikuussa 1993 oli aloitettu ihonpinnan puhdistaminen CO_2 -laserilla. Seuraavilla hoitokerroilla oli todettu nenässä vaikea stafylokokki-infektio, jota oli hoidettu antibioottilääkityksellä. Kevään ja kesän 1993 ajan infektiota oli hoidettu antibiootein. Elokuussa infektio oli jälleen pahentunut ja nenässä ollut ontelo oli kaivautunut suuremmaksi. Potilas oli lähetetty jatkohoitoon keskussairaalaan.

Keskussairaalassa normaaliksi osoittautuneen kasvojen luustokartoituksen jälkeen. P oli lähetetty hoitoon yliopistosairaalaan. Potilaalle oli tehty radikaali nenän kudosten poistoleikkaus 1993. Leikkauksessa oli poistettu nenän kärkiosa kokonaan vasemmalta, nenän selkäosa ja nenäkäytävän vasen puoli. Lisäksi oli jouduttu poistamaan kudosta silmäluomista, kyyneltiehyistä ja vasemmalta poskelta. Potilaalle oli aloitettu sädehoito, ja hoidot olivat loppuneet maaliskuussa 1994. Nenän tilaa oli jääty tarkkailemaan mahdollisen syövän uusiutumisen varalta. Myöhemmin oli suunniteltu nenään plastiikkakirurgista korjausta.

P haki korvausta Potilasvakuutusyhdistykseltä katsoen, että hänen syöpänsä hoito ei ole ollut asianmukaista. Hänet olisi tullut kutsua uudelleen hoitoihin, ettei tilanne olisi päässyt näin pahaksi. P:lle olisi tullut tarkemmin selvittää syövästä ja sen hoitojen merkityksestä. P ilmoitti, että hän ei ole halua erillistä korvauspäätöstä laserhoitojen osalta.

Potilasvakuutusyhdistys pyysi lautakunnan lausuntoa sitä, onko potilasvahinkolain voimassa oloaikana hoidossa tapahtunut korvattavaa vahinkoa. Yhdistys teki erillisen korvauspäätöksen laserhoitojen osalta, jonka mukaan asian käsittely on päättynyt.

Potilasvahinkolautakunnan ratkaisun pääpiirteet

Potilasvahinkolain 2 §:n 1 momentin mukaan potilasvahinkona korvataan henkilövahinko, jonka potilaan tutkimus, hoito tai muu vastaava käsittely taikka sellaisen laiminlyönti on todennäköisesti aiheuttanut. Lain 2 §:n 2 momentin mukaan potilasvahingoksi ei kuitenkaan katsota sellaisen lääketieteellisesti perustellun käsittelyn seurausta, joka ei olisi ollut vältettävissä muulla, potilaan hoidon kannalta yhtä vaikuttavalla menettelyllä. Potilasvahinkolain 2 §:n 1 momentissa tarkoitetun korvattavan henkilövahingon edellytyksenä on, että potilaalle on aiheutunut vahinkoa ja että vahinko on aiheutunut samassa lainkohdassa tarkoitetun toiminnan seurauksena. Korvattavuuden edellytyksenä on siten vastuun perustavan toiminnan ja vahingon välillä oleva syy-yhteys.

Asiakirjojen perusteella kesällä 1989 oli keskussairaalassa P:n nenän ihokasvaimessa todettu laaja tyvisolusyöpämuutos. Potilaalle oli varattu leikkausaika. Hän ei ollut saapunut suunniteltuun leikkaukseen, vaan oli hakeutunut vaihtoehtoisten hoitomuotojen pariin, muun muassa akupunktio- ja laserhoitoon. Ainakin vuoden 1992 ja 1993 aikana nenänpielessä ollut ihokasvain oli toistuvasti infektoitunut. Ihokasvainta oli hoidettu antibiootein, homeopaattisin lääkityshoidoin ja laserhoidolla. Lautakunta katsoo, että hoidon aikana kesällä 1989 P:lle oli ilmoitettu, että hänen nenänsä ihokasvaimessa on syöpä. P:lle suunniteltu plastiikkakirurginen hoito nenän tyvisolusyöpään on lautakunnan käsityksen mukaan ollut lääketieteellisesti perusteltu hoitomuoto. Hoito oli asiakirjojen mukaan asianmukaisesti suunniteltu. Asiakirjojen perusteella P:lle oli riittävästi kerrottu sairaudesta ja P:n on täytynyt ymmärtää sairautensa vakavuus. P ei ollut saapunut leikkaukseen tai

3.1.6. Oikeus terveyden- ja sairaudentilatietojen korostettuun suojaan

Yksityisyyden suoja hoitosuhteessa on tämän tutkimuksen keskeisenä aiheena, joten terveydentilatietojen suojaa tarkastellaan tarkemmin jäljempänä. Näiden tietojen korostettu suoja merkitsee paitsi terveydenhuoltohenkilökunnan salassapitovelvollisuutta (potilaslaki 13 §, laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 17 §), myös sitä, että terveydenhuolto-organisaatiossa näiden tietojen käyttö rajoitetaan siihen tarkoitukseen, jota varten ne on kerätty ja että esimerkiksi vain potilasta todellisuudessa hoitavalla henkilökunnalla on pääsy potilasasiakirjoihin (potilaslaki 13 § 2 momentti)[561]. Jokaisella on oikeus luottaa siihen, että hänestä hoitoa varten kerättyjä arkaluonteisia tietoja ei rekisteröidä eikä käytetä sellaisiin tarkoituksiin, jota asianomainen ei itse hyväksy (henkilötietolaki 11 § ja 24 §), ja että luvallisestikin muuhun tarkoitukseen kootut tiedot pidetään salassa (julkisuuslaki 24 § 25. kohta).

3.1.7. Oikeus sairausasiakirjojen virheen korjaamiseen

Vaikka julkisia terveyden- ja sairaanhoitopalveluja käyttävä joutuu alistumaan siihen, että häntä koskevia arkaluonteisia tietoja merkitään hallinnon asiakirjoihin, ei yksittäinen potilas ole täysin vailla oikeusturvakeinoja näiden asiakirjojen sisällön suhteen. Henkilötietolain 29 §:n mukaan rekisterinpitäjän on ilman aiheetonta viivytystä oma-aloitteisesti tai rekisteröidyn vaatimuksesta oikaistava, poistettava tai täydennettävä rekisterissä oleva, käsittelyn tarkoituksen kannalta virheellinen, tarpeeton, puutteellinen tai vanhentunut henkilötieto[562]. Rekisterinpitäjän on myös estettävä tällaisen tiedon leviäminen, jos tieto voi vaarantaa rekisteröidyn yksityiselämän suojaa tai muita hänen oikeuksiaan.

---

jatkotutkimuksiin huonoon lääkäri-potilas -suhteeseen viitaten ja tämän jälkeen hän oli hakenut hoitoa vaihtoehtoisista hoitomuodoista.

Ottaen huomioon, että P oli ollut tietoinen sairaudestaan, eikä P tästä huolimatta ollut hakeutunut hänelle varattuun asianmukaiseen hoitoon, lautakunta katsoo, että P:n hoidon päättymisellään keskussairaalassa kesällä 1989 ei ole potilasvahinkolain 2 §:n 1 momentissa tarkoitettua syyyhteyttä P:n sairauden etenemiseen. Lautakunta katsoo, että P:n hoitoa ei ole laiminlyöty, vaikka häntä ei ollut kutsuttu uudelleen sairaalaan. P:llä oli ollut oikeus itse määrätä hoidostaan. P:llä oli sairauden kestäessä ollut jatkuvasti mahdollisuus hakeutua uudelleen sairaalahoitoon. Asiakirjojen perusteella P oli kieltäytynyt plastiikkakirurgisesta leikkaushoidosta myöhemmin laserhoitojen aikana aina kevääseen 1993 asti. Lautakunta katsoo, että keskussairaalassa annetulla hoidolla ei ole aiheutettu P:lle potilasvahinkolaissa tarkoitettua korvattavaa henkilövahinkoa. Lautakunta ei suosita vahingonkorvausta.

[561] Hoitosuhteen luottamuksellisuus edellyttää potilastietojen käyttötarkoitussidonnaisuuden tiukkaa noudattamista. Tämä merkitsee, että vain ne henkilöt, jotka tietoja potilastaan hoitaessaan todella tarvitsevat, pääsevät potilastiedostoihin, että tietoa tarvitseville annetaan vain heidän todella tarvitsemansa tiedot ja että käyttötarkoituksen kannalta tarpeettomia tietoja ei säilytetä potilasrekisterissä (mm. huolehtimalla siitä, että vanhentuneet potilastiedot poistetaan). Ks. Roscam Abbing 2000, s. 109–110.

[562] Ks. myös Ylipartanen 1995, s. 9–13.

3.1.8. Oikeus kieltää arkaluonteisten (terveydentila)tietojen luovutus ja käyttö

Tiedollinen itsemääräämisoikeus on keskeinen osa yksityisyyden suojaa ja siksi henkilön oikeus kieltää arkaluonteisten tietojen luovutus ja käyttö on oikeuden toteutumisen kannalta tärkeää. Potilaslain 13 §:n 2 momentti edellyttää, että tietojen siirto tapahtuu vain potilaan kirjallisella suostumuksella. Myös EU:n tietosuojadirektiivin lähtökohtana on, että tällaisten tietojen luovutus ja käyttö voi tapahtua vain potilaan tieten. Näiden säännösten noudattamiseen ja noudattamisen valvontaan palataan jäljempänä.

On huomattava, että vaikka oikeudella kieltää terveydentilatietojen luovutus on yhtymäkohtia salassapitovelvollisuuteen, on se oma erillinen oikeutensa, joka mahdollistaa toimimisen myös tilanteissa, jossa salassapitovelvollisuutta ei ole taikka jossa se syrjäytyy (julkisuuslaki 26 §).

3.1.9. Oikeus vahingonkorvaukseen

Suomessa on erillislainsäädännöllä (ks. edellä potilasvahinkolaki, kappale 2.4.3.) oikeutettu potilas vaatimaan vahingonkorvausta mm. hoidon yhteydessä sattuneista vahingoista. Tämä potilaan asemaan liittyvä erityinen oikeus rajoittaa toisaalta mahdollisuuksia vaatia vahingonkorvausta silloin, kun potilasvahinkolaki rajoittaa korvauksen saamista (esim. ns. väistämätön komplikaatio). On huomattava, että terveyden- ja sairaanhoidon yhteydessä syntyneiden vahinkojen selvittäminen on usein vaikeaa[563]. Tähän on syynä se, että on vaikea erottaa potilaan perussairauden aiheuttamaa toimintakyvyn laskua tai kärsimystä ja sairaanhoitohenkilöstön toiminnan taikka terveydenhuollon laitteen tai valmisteen aiheuttamaa vahinkoa toisistaan. Monissa tilanteissa voidaan aiheutetun vahingon katsoa olevan myös sikäli oikeutetun, että annetulla hoidolla on valittu pienempi paha eli että vaikka hoito on aiheuttanut potilaalle vahinkoa, olisi syntynyt vahinko ollut vielä suurempi, mikäli hoitoa ei olisi annettu. Suomessa terveydenhuolto on lisäksi pääosin yhteiskunnan ylläpitämää ei-voitollista toimintaa, jolloin voidaan perustellusti edellyttää, että toiminnan yhteydessä syntyneiden vahinkojen korvaaminen rajoittuu sellaiseen määrään, joka on (sosiaaliturvajärjestelmän suorittamat muut korvaukset huomioiden) potilaan kannalta kohtuullinen, muttei toisaalta aiheuta järjestelmälle merkittäviä lisäkustannuksia.

---

[563] STM 1997:14, s. 56–63.

3.1.10. Oikeus oikeusturvakeinojen käyttöön

Kun hoitosuhdetta tarkastellaan erillisenä oikeussuhteena, voidaan erottaa hoitosuhteeseen kuuluvat hoitoratkaisut erilleen niistä ratkaisuista, joita julkisyhteisö tekee hoitopalvelujen jakamiseksi hoidettavan ja terveydenhuollon toimintayksikön välisessä ”asiakassuhteessa” (ks. Kuva 1)[564]. Hoitopalvelun saamisen edellytyksenä on esimerkiksi lääkärin tekemä arvio hoidon tarpeesta (”potilas tarvitsee leikkausta”)[565]. Lisäksi potilaan on pääsääntöisesti oltava halukas hoitoon. Potilaan ja lääkärin välinen yhteisymmärrys hoidon tarpeellisuudesta ei vielä ole sellainen julkisyhteisölle velvollisuuksia aiheuttava hallintopäätös, jota voitaisiin oikeudellisesti arvioida hallintotuomioistuimissa. Vasta se julkisen viranomaisen asiakassuhdetta koskeva päätöksenteko, jossa asiallisesti päätetään hoitopalvelujen jakamisesta, kuuluu varsinaisten hallinto-oikeudellisten oikeusturvakeinojen piiriin[566]. On huomattava, että lääkärin tekemältä hoidon tarpeen arviolta puuttuu oikeudelliselle ratkaisulle tyypillinen pysyvyys, koska potilaan terveydentila eittämättä jatkuvasti muuttuu ja hoito sinänsä on jatkuvaa vuorovaikutusta eikä pysähtymistä johonkin asiantilaan[567].

Julkisyhteisö (yleensä kunta), joka järjestää asukkaittensa sairaanhoitoa, on velvollinen perustuslain 19 § 2 momentin nojalla huolehtimaan siitä, että kansalaiset saavat riittävät sairaanhoidon palvelut. Sellainen hallintoviranomaisen päätös, jossa ohjataan tietty määrä resursseja terveydenhuollon käyttöön taikka tietyn yksilön tarvitsemiin palveluihin, voidaankin osoittaa lainvastaiseksi näyttämällä, että palveluun ohjatut resurssit eivät riitä tyydyttämään lain vaatimaa minimitasoa taikka että palvelun saamatta jääminen loukkaa palveluja tarvitsevan subjektiivisia oikeuksia[568]. Se, onko näitä palveluja riittävästi järjestetty taikka ei, on siis oikeudellisesti ratkaistavissa. On edelleen oikeudellisesti todennettavissa, oliko kunta jonain tiettynä ajanhetkenä täyttänyt lakimääräisen velvollisuutensa järjestää hoitopalveluja. On myös todettavissa, aiheutuiko velvollisuuksien laiminlyönnistä vahinkoa potilaalle (esimerkiksi taloudellisia kustannuksia hänen joutuessaan hankkimaan vastaavat palvelut yksityiseltä sektorilta). Olisi kuitenkin absurdia ajatella, että hoitoratkaisu sinänsä tulisi oikeudellisesti täytäntöön pantavaksi mahdollisesti useita vuosia sen jälkeen, kun joitain hoitoa pidettiin potilaalle sopivana ilman mitään varmuutta siitä, että hoito enää olisi

---

564 Ks. esim. Mäenpää 2000, s. 218–225.

565 Erikoissairaanhoitolain 31 §:n perusteella henkilön ottaminen sairaalaan edellyttää lääkärin tutkimukseen perustuvaa lähetettä. Mikäli potilas ei ole tyytyväinen yksittäisen lääkärin tekemään arvioon, hän voi hakeutua toisen lääkärin vastaanotolle lähetteen saamiseksi.

566 Liljeström 1999, s. 2171–2177. Tuorin (1995) mukaan tarve oikeusturvan saamiselle silloin, kun hoidosta päätetään yhteisymmärryksessä potilaan kanssa on muutenkin pieni.

567 Kotisaari 2001, s. 97–98.

568 Näin esim. KHO 27.11.2000 T 3118.

potilaalle millään tavoin hyödyllinen. Korkeimman hallinto-oikeuden käytäntö seuraa kyseistä ajattelua[569]:

> KHO 8.6.2000 T 1894: Sairaalajohtajan päätös, jolla oli hylätty A:n hakemus saada maksusitoumus yksityisessä sairaalassa suoritettavaan leikkaushoitoon, sisälsi myös A:lle annettavan hoidon lääketieteellistä sisältöä koskevan erikoissairaanhoitolain 35 §:ssä tarkoitetun päätöksen, jonka sairaalajohtaja oli tehnyt laillistettuna lääkärinä terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain 22 §:n tarkoittamalla päätösvallalla. Tuolta osalta lääkärin tekemään päätökseen ei, kun otettiin huomioon myös viimeksi mainitun lain 5 luvun sekä potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 3 luvun säännökset, voitu hakea muutosta kuntalain mukaisin muutoksenhakukeinoin. A oli voinut tehdä sairaalajohtajan päätöksestä kuntalain 89 §:ssä tarkoitetun oikaisuvaatimuksen terveyslautakunnalle siltä osin kuin se kohdistui terveyslautakunnan vahvistamien maksusitoumusten myöntämistä koskevien periaatteiden noudattamiseen.
>
> Oikaisuvaatimuksen käsitteleminen terveyslautakunnassa oli hallintomenettelyä. Sairaalajohtaja ei ole ollut kuntalain 52 §:ssä ja hallintomenettelylain 10 §:n 1 momentin 6 kohdassa tarkoitetulla tavalla esteellinen esittelemään asiaa oikaisuvaatimusmenettelyssä lautakunnassa sillä perusteella, että hän oli ratkaissut lautakunnan alaisena viranhaltijana asian.
>
> Kuntaan kohdistettu vaatimus yksityissairaalassa suoritetun leikkaushoidon kustannusten korvaamisesta oli käsiteltävä hallintolainkäyttölain 69 §:ssä tarkoitettuna hallintoriita-asiana[570].

Vaikka potilasaloitteisessa taikka hoitovelvollisuuteen perustuvassa hoitosuhteessa ei siis tehdäkään varsinaisia hallintopäätöksiä, joista potilas voisi valittaa, on tilanne täysin toinen pakkohoitosuhteessa. Pakkohoitopäätös on aina valituskelpoinen hallintopäätös[571]. Tutkimussuhteessa taas hoitosuhteen syntyminen perustuu potilaan nimenomaiseen ja kirjalliseen tahdonilmaisuun (suostumukseen), eikä se edellytä erillistä hallintopäätöstä. Potilaalla ei liene kuitenkaan itsenäistä valitusoikeutta esim. siitä, että kunta ei osoita tutkimukseen tutkimussuunnitelman edellyttämiä resursseja ja että tutkimus potilaan osalta näin jää suorittamatta[572].

---

[569] Ks. myös KHO 1997–92, 18.9.1997 T 2285: Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän johtajaylilääkärin päätös, jolla oli hylätty A:n hakemus saada maksusitoumus yliopistollisessa sairaalassa tehtäviin tutkimuksiin, oli A:lle annettavan hoidon lääketieteellistä sisältöä koskeva erikoissairaanhoitolain 33 §:ssä tarkoitettu päätös, jonka johtajaylilääkäri oli tehnyt laillistettuna lääkärinä terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain 22 §:n tarkoittamalla päätösvallalla. Tuollaiseen lääkärin tekemään päätökseen ei, kun otettiin huomioon myös viimeksi mainitun lain 5 luvun sekä potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 3 luvun säännökset, voitu hakea muutosta kuntalain mukaisin muutoksenhakukeinoin.

[570] Ks. myös EOA DNo 523/4/96.

[571] Tuori 2000b, s. 444–447.

[572] Tutkimuslain 5 §:n mukaan tutkimuksen resursseista huolehtiminen on vastaavan tutkijan tehtävä ja hän on näin ”asianosainen” tutkimuslupia ja -resursseja käsittelevissä päätöksissä.

Potilaan oikeusturvakeinoja täydentää mahdollisuus kantelun tekoon[573]. Potilas, hänen omaisensa tai kuka hyvänsä terveydenhuollon tilasta huolestunut voi kannella yksittäisen potilaan kohtelusta taikka terveydenhuoltopalvelujen järjestämisestä yleensä joko kunnalliselle viranomaiselle (esim. yksikön ylilääkärille), lääninhallitukselle, terveydenhuollon oikeusturvakeskukselle, eduskunnan oikeusasiamiehelle, valtioneuvoston oikeuskanslerille, tietosuojavaltuutetulle taikka kuluttajaviranomaisille.

3.2. POTILAAN VELVOLLISUUDET

3.2.1. Velvollisuus tietojen luovuttamiseen

Potilaan velvollisuudet ovat useammin ”*ei-oikeuksia*” kuin varsinaisia velvollisuuksia, eli suostuessaan hoitoon hän esim. menettää mahdollisuutensa oikeudellisesti puolustautua tiettyjä yksityisyytensä loukkauksia vastaan[574]. Potilaalla ei kuitenkaan ole mitään oikeudellista velvollisuutta myötävaikuttaa yksityisyytensä loukkauksiin, eli esimerkiksi antaa jotain spesifioituja arkaluonteisia tietoja hoitohenkilökunnalle merkittäväksi potilasasiakirjoihin.

> AOA DNo 2158/4/97, 16.3.1999: *Mielentilatutkimuspotilaan yksityisyyden suoja*.
>
> Kantelija arvosteli sitä, että hänestä kysyttiin V:n sairaalassa tietoja hänen vanhemmiltaan mielentilatutkimusta varten, vaikka hän ei ollut antanut lupaa tällaiseen yhteydenottoon. Selvityksen mukaan sairaalassa noudatetaan sosiaali- ja terveyshallituksen vuonna 1992 antamia ohjeita mielentilatutkimuksesta. Ohjeiden mukaan tutkittavalle tulee heti mielentilatutkimuksen alussa selvittää muun muassa hänen oikeudellinen asemansa ja mielentilatutkimuksen luonne. Tutkittavalla ei ole velvollisuutta ilmoittaa lähteitä, joista häntä koskevia tietoja voidaan saada. Tietojen hankkimiseen esimerkiksi yksityishenkilöiltä olisi ohjeiden mukaan asianmukaista pyytää tutkittavan suostumus. Kantelija oli ilmoittanut vanhempiensa henkilötiedot eikä hän tässä yhteydessä ollut kieltänyt kyselykaavakkeen lähettämistä heille. Toisaalta asiakirjoihin ei ollut kirjattu hänen suostumustaan tietojen hankintaan vanhemmilta. Selvityksen mukaan sairaalassa lähetetään tutkittavan omaisille kyselylomake vain tutkittavan luvalla.
>
> AOA viittasi päätöksessään hallitusmuodon 8 §:n säännökseen, jonka mukaan jokaisen yksityiselämä on turvattu ja totesi, että yksityiselämän suojan

---

[573] Ellilä 2000, s. 26–38.

[574] Niissä oikeusjärjestyksissä, joissa potilaan ja lääkärin välistä oikeussuhdetta pidetään lähinnä hoitosopimuksena, potilaan tiedonantovelvollisuuden hoitoonsa vaikuttavista seikoista katsotaan kuuluvan sopimukseen. Roscam Abbing 1992, s. 630.

> lähtökohtana on, että henkilöllä on oikeus elää omaa elämäänsä ilman viranomaisten tai muiden ulkopuolisten tahojen mielivaltaista tai aiheetonta puuttumista hänen yksityiselämäänsä. Yksityiselämän piiriin kuuluu muun muassa oikeus vapaasti solmia ja ylläpitää suhteita muihin ihmisiin ja ympäristöön sekä oikeus määrätä itsestään ja ruumistaan. Hän totesi, että voimassa olevassa lainsäädännössä ei ole nimenomaisia säännöksiä tietojen hankkimisesta mielentilatutkimusta varten esimerkiksi yksityishenkilöiltä tai tutkittavan työpaikoista. Tietojen hankkiminen voi näin ollen tapahtua hänen nähdäkseen vain tutkittavan suostumuksella. Hän totesi edelleen, että saadun selvityksen perusteella kantelijan antaman suostumuksen olemassaolosta näytti olevan epätietoisuutta. Tällaisen epätietoisuuden poissulkemiseksi tietojen hankinnasta vastaavan lääkärin, eli siis kyselylomakkeen allekirjoittajan, tulee aina etukäteen huolella varmistaa, että lomake voidaan lähettää tutkittavan omaisille tämän nimenomaisella suostumuksella. Tutkittavan suostumus tulee myös asianmukaisesti kirjata häntä koskeviin asiakirjoihin. AOA saattoi tämän käsityksensä V:n sairaalan nykyisen johtavan lääkärin ja asiassa selvityksiä antaneiden henkilöiden tietoon.

Ainoastaan selvitettäessä tartuntatautilain mukaisesti tartunnan lähdettä, on potilaalla oikeudellinen velvollisuus pyydettyjen tietojen antamiseen (tartuntatautilaki 22 § 2 momentti)[575]. Tosiasiallisesti potilas kuitenkin joutuu alistumaan siihen yksityisyyden suojan loukkaukseen, jota häntä koskevien tietojen rekisteröinnistä aiheutuu. Terveydenhuollon ammattihenkilöt pystyvät myös ammattitaitonsa perusteella havainnoimaan ja rekisteröimään potilaasta sellaisia asioita, joita maallikko ei välttämättä huomaisi.

Hyvä hoitotulos edellyttää kuitenkin luottamussuhdetta hoitohenkilökunnan ja potilaan välillä ja sitä, että hoidosta päättävillä on käytössään oikea ja relevantti tieto potilaasta. Kun hyvää hoitoa ei voi toteuttaa ilman oikeita tietoja, johtaa hoitohenkilökunnan erehdyttäminen taikka puutteellisten tietojen antaminen tämän vapautumiseen siitä mahdollisesta rikosoikeudellisesta ja vahingonkorvausvastuusta, mitä virheellisestä hoidosta aiheutuu[576].

3.2.2. Velvollisuus alistua hoitoon

Kuten edellä on esitetty, tulee niin potilasaloitteisessa hoitosuhteessa, hoitovelvollisuuteen perustuvassa hoitosuhteessa kuin tutkimussuhteessakin potilaan hoito toteuttaa yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Täysi-ikäisellä ja täysivaltaisella potilaalla ei siis ole oikeudellista velvollisuutta alistua lääketieteellisesti tarkoituksenmukaiseenkaan hoitoon. Ainoastaan edellä kuvatuissa pakkohoitotilanteissa,

---

[575] Virheellisten tietojen antaminen pyrittäessä tartuntataudin leviämisen estämiseen voi olla rikosoikeudellisesti rangaistavaa tartuntatautilain 37 § perusteella taikka rikoslain 34 luvun 4 §:n mukaisena terveyden vaarantamisena sairautta levittämällä.

[576] Ks. myös Nuutila 2000, s. 386.

henkilöllä on myös oikeudellinen velvollisuus olla hoitotoimenpiteiden kohteena.

Vaikka teoriassa potilaalla on oikeus kieltäytyä hoidosta, aiheuttavat sekä hoidon puutteellinen resursointi (ts. hoitovaihtoehtojen puute) että sosiaaliturvaan liittyvät säännökset käytännössä usein tosiasiallisen velvollisuuden alistua lääketieteelliseen hoitoon:

PVLtk DNo P 590/92, 05.11.1993: *hoidosta kieltäytymisen vaikutus potilasvahingon korvaukseen.*

Esitiedot
Potilas oli kaatunut loukaten vasemman kätensä. Kaatumista seuraavana päivänä hän hakeutui keskussairaalan päivystyspoliklinikalle, jossa suoritetuissa tutkimuksissa epäiltiin pientä murtumaa radiuksen processus styreoiduksessa. Röntgenkuvassa ei varmuudella todettu murtumaa. Uudessa röntgenkuvassa ei havaittu erikoista. Kontrollikäynnillä otettiin röntgenkuvat, joista havaittiin vasemmassa ranteessa veneluun murtuma, joka ei ollut täysin luutunut.

Potilasvakuutusyhdistys oli katsonut potilasvahingoksi vasemman ranteen murtuman jäämisen tutkimuksissa toteamatta, minkä seurauksena käteen on jäänyt 3 mm:n virheasento ja valenivel. Edellä mainittu vahinko on korvattu potilasvahinkolain 2 §:n nojalla, minkä vuoksi yhdistys on suorittanut korvausta kivusta ja särystä 7000 mk ja katsonut vamman kuuluvan haittaluokkaan B 2. Yhdistys oli päätöksessä todennut, että ehdotettu korjausleikkaus saattaisi merkittävästi parantaa potilaan työkykyä ja todennäköisesti pienentää kädessä nyt olevaa haittaa. Näin ollen potilasvahingosta aiheutunut pysyvä haitta voidaan arvioida vasta sitten, kun kyseinen korjausleikkaus on suoritettu. Mikäli potilas ei mene leikkaukseen, arvioidaan potilasvahingosta aiheutuneeksi työkyvyttömyysajaksi 9 kk. Mikäli ranteen murtuma olisi todettu ja hoidettu heti, olisi arvioitu työkyvyttömyysaika ollut ilman potilasvahinkoa 2.5 kk. Yhdistys on näillä perusteilla maksanut potilaalla ansionmenetyskorvausta. Ansionmenetyskorvauksesta on vähennetty työnantajan sairausajalta suorittama palkka ja sairausvakuutuslain mukainen päiväraha.

Potilas oli tyytymätön Potilasvakuutusyhdistyksen päätökseen. Yhdistys laittaa hänet ”seinän ja penkin väliin” vaatiessaan, että hänen on suostuttava vielä leikkaukseen, jonka tulos potilaan oman käsityksen mukaan on epävarma eikä se kuitenkaan toisi hänen työkykyään takaisin.

Potilasvahinkolautakunnan ratkaisun pääpiirteet
Koska Potilasvakuutusyhdistys on katsonut veneluun murtuman diagnoosin viivästymisen korvattavaksi potilasvahingoksi, ei lautakunta katso aiheelliseksi antaa lausuntoa korvauksen perusteesta. Potilasvahinkolain 3 §:n 1 momentin mukaan korvaus potilasvahingosta määrätään noudattaen vahingonkorvauslain (412/74) 5 luvun 2–4 §:n ja 7 luvun 3 §:n säännöksiä. Lautakunta toteaa, että arvioitaessa potilasvahingosta aiheutunutta työkyvyttömyyttä otetaan huomioon potilaan perusvamman todennäköinen ennuste eli mikä se olisi ollut ilman tapahtunutta potilasvahinkoa.

Mikäli potilaan vasemman ranteen veneluun murtuman hoidossa ei olisi tapahtunut diagnoosin viivästymistä ja murtuman hoito olisi muutoinkin sujunut asianmukaisesti, olisi lautakunnan käsityksen mukaan tästä perusvammasta aiheutunut noin puolen vuoden työkyvyttömyysaika. Tällaisissa veneluun

murtumissa on myös luutumattomuustaipumuksen esiintymistiheys hyvin suuri. Lisäksi potilaan on katsottava ilman pätevää syytä kieltäytyneen ehdotetusta korjausleikkauksesta, jonka avulla vasemmassa kädessä olevaa haittaa olisi todennäköisesti voitu vähentää. Potilasvahingon takia ei hänen voida katsoa olleen työkyvytön enää 9 kk:n jälkeen. Ottaen huomioon potilasvahingosta aiheutuneen vamman vaikeusaste ja sen vaatimat hoitotoimenpiteet sekä siitä aiheutunut työkyvyttömyys lautakunta pitää asianmukaisena Potilasvakuutusyhdistyksen kivusta ja särystä suorittamaa 7000 markan korvausta (B 2). Lautakunnan käsityksen mukaan potilasvahingosta on vasempaan ranteeseen jäänyt pysyvää vikaa ja haittaa virheasennon ja valenivelen johdosta. Toisaalta ranteessa ilmenevän haitan ei kokonaisuudessaan voida katsoa johtuvan potilasvahingosta, koska asianmukaisesti hoidettunakin potilaan perusvamman luutumisessa olisi voinut ilmetä ongelmia. Lautakunta arvioi pysyvän vian ja haitan kuuluvan ratkaisukäytännössään soveltamansa sosiaali- ja terveysministeriön haittaluokituspäätöksen (1012/86) perusteiden mukaan luokkaan 1. Ottaen huomioon vamman haittaluokka, potilaan 61 vuoden ikä vahinkohetkellä ja perusvamman luutumattomuustaipumus lautakunta pitää asianmukaisena korvauksen pysyvästä viasta ja haitasta 10.000 markkaa[577].

Vaikka hoito potilaslain mukaan on pääsääntöisesti toteutettava yhteisymmärryksessä potilaan kanssa, ei potilaalla ole myöskään mitään velvollisuutta osallistua hoitopäätöksiin. Potilas voi itse asiassa kieltäytyä kokonaan vastaanottamasta selvitystä niistä seikoista, joilla on merkitystä hänen terveydentilansa ja hoitonsa kannalta[578]. Kun käytännössä kaikki hoito kuitenkin edellyttää jonkinlaista myötävaikutusta potilaan taholta ja hoitokomplianssia, merkitsee potilaan kieltäytyminen informaation vastaanottamisesta useimmiten hoidon tosiasiallista päättymistä[579].

Jos potilas luopuu hoitopäätöksiin osallistumisesta, ei hän jälkikäteen vaatia puuttuvan suostumuksen takia vahingonkorvausta hyvän hoidon standardin täyttäneen hoidon suorittamisesta, vaikka hoidosta olisi aiheutunut vahinkojakin.

3.2.3. Velvollisuus palkkion maksamiseen

Julkinen terveydenhuolto on ollut pääosin ilmaista, mutta yksityisen terveydenhuollon toiminta perustuu kokonaan asiakkaiden maksamiin palkkioihin ja maksuihin, joita sairausvakuutusjärjestelmä osittain korvaa. Julkisen terveydenhuol-

---

577 Ks. myös PVLtk DNo P 102/1995, 3.4.1996.

578 Ilveskivi 1997a, s. 84.

579 Oikeustieteellisessä kirjallisuudessa on joskus ajateltu, että potilas voisi valikoivasti kieltäytyä vastaanottamasta hoitoonsa vaikuttava informaatiota. Hoitohenkilökunta ei kuitenkaan koostu telepaateista, joten potilaan on pystyttävä nimenomaisesti ilmoittamaan, ettei hän jotain tietoa halua. Jotta potilas taas pystyisi kieltäytymään tietyn tiedon vastaanottamisesta, tulee hänen ensin olla saanut tietoa siitä, mitä tietoa yleensä on olemassa ja mikä minkin tiedon merkitys hoidon kannalta yleensä on. Näin ollen kieltäytyminen tietyn tiedon vastaanottamisesta edellyttää käytännössä ensin tiedon saamista, jotta voisi sen vastaanottamisesta kieltäytyä.

lon kustannuspaineet ovat kuitenkin aiheuttaneet nyttemmin sen, että sekä sairaanhoidosta että avoterveydenhuollon potilaskäynneistä peritään maksuja. Voidaan siis todeta, että hoitopalvelun käyttäminen aiheuttaa potilaalle myös maksuvelvollisuuden.

Kumotussa laissa lääkärintoimen harjoittamisessa oli nimenomainen säädös (lain 9 §), jonka mukaan lääkärintoimen harjoittajan tulee antaa lääkärinapua sille, joka vaikean sairauden tai taudintapauksen vuoksi on kiireellisen hoidon tarpeessa, katsomatta siihen, voiko avun tarpeessa oleva suorittaa korvausta annetusta avusta. On huomattava, että kyseinen periaate – jota käytännössä edelleen noudatetaan – merkitsee vain sitä, että maksun suorittaminen ei saa olla kiireellisenä tarvittavan hoidon antamisen edellytys, ei sitä, etteikö annetusta avusta ole oikeutta myöhemmin periä kohtuullista korvausta. Vastikkeetta annettu lääkärinhoito on rinnastettavissa perusteettomaan etuun ja palvelua käyttänyt potilas on velvollinen kohtuullisen palkkion suorittamaan, vaikkei siitä erityisesti olisi sovittukaan. Terveydenhuoltopalveluja koskevat nykyisin kuitenkin samat hintamerkintävelvoitteet kuin muitakin kuluttajalle suunnattuja palveluja ja poikkeaminen näistä hinnoitteluperusteista ei ole hyväksyttävää[580].

Julkisen terveydenhuollon maksuista on säädetty lailla sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista (L 734/1992). Terveydenhuollon maksut voivat olla enintään kustannusten suuruiset, mikä ei kalliiden toimenpiteiden kyseessä ollen välttämättä lohduta potilasta[581]. On merkittävää, että palvelusta perittävää maksua voidaan lain 11 §:n nojalla alentaa tai se jättää kokonaan perimättä, mikäli se henkilön toimeentuloedellytykset huomioon ottaen on aiheellista. Muutoin julkisen terveydenhuollon maksut saadaan ulosottaa ilman tuomiota tai päätöstä siinä järjestyksessä, kuin verojen perimisestä säädetään.

Potilaan maksukyvyttömyys voi käytännössä merkitä sitä, että hänelle ei anneta kaikkea tarpeellista hoitoa. Esimerkiksi keski-ikäisten potilaiden hammashoito edellyttää, että potilas pystyy itse kustantamaan hoidon yksityissektorilla:

> PVLtk DNo P 1027/1996, 14.6.1996: *Kokonaisvastuu potilaan hammashoidosta*.
>
> *Tapahtumakuvaus*
> Potilas tuli hammaslääkäri J:n hoitoon v. 1991, jolloin hänelle tehtiin hampaiston tarkastus statusmerkintöineen. Hoito saatiin hammaslääkärin selvityksen mukaan valmiiksi, jolloin hammaslääkärin mukaan potilaalle ei jäänyt paikkausta vaativia reikiä hampaisiin. Potilas kutsuttiin selvityksen mukaan vuonna 1992 vuositarkastukseen, mutta hän ei tullut vastaanotolle. Seuraavan kerran hän tuli hammaslääkäri J:n vastaanotolle v. 1993. Hammaslääkärin selvityksen mukaan potilas tuli vastaanotolle hampaan viiltelyoireen vuoksi

[580] Ks. Kuluttajavalituslautakunta 1999, s. 5.
[581] Ks. HE 216/1991 vp. (luku 1.2.).

eikä halunnut kokonaishoitoon liittyvää tarkastusta, vaan ainoastaan akuuttien ongelmien hoitoa. Sittemmin potilas hakeutui hammaslääkäri V:n vastaanotolle, jolloin hampaistosta löytyi runsaasti paikkausta vaativaa kariesta (21 reikää).

Potilas haki korvausta potilasvakuutuksesta katsoen, että hänelle oli aiheutunut potilasvahinko 1993 hammaslääkäri J:n vastaanotolla. Hän totesi käyneensä kyseisenä päivänä hammaslääkärin vastaanotolla vasemmassa takahampaassa kielellä tuntuneen reiän vuoksi. Hammaslääkäri paikkasi reiän ja tarkastuksen jälkeen totesi toisen reiän yläoikealla takana. Potilaalle luvattiin lisäksi hammaskiven poisto, jota ei suoritettu. Seitsemän kuukautta edellisen jälkeen potilas totesi jälleen reikiä ylhäällä ja hakeutui toiselle hammaslääkärille, joka totesi tarkastuksen yhteydessä 21 reikää. Potilas katsoi, että hammaslääkäri J:n hoidossa ilmeni huolimattomuutta.

Potilasvakuutusyhdistys eväsi korvauksen. Yhdistyksen mukaan sille toimitetun selvityksen perusteella potilas ei ollut halunnut v. 1993 hampaiden tarkastusta, vaan oli hakeutunut vastaanotolle ainoastaan hampaan d. 25 kohdalla tuntuneen viiltelyn vuoksi. Kyseinen hammas oli paikattu kahteen kertaan ja lisäksi oli paikattu hammas d. 16. Yhdistyksen mukaan yliopiston hammaslääketieteen laitoksella tehtyjen tutkimusten perusteella potilaan hampaiston epätavallisen runsas reikiintyminen johtui virheellisestä ruokavaliosta ja riittämättömästä kotihoidosta.

Hammaslääkäri J toteaa lautakunnalle antamassaan vastineessa mm., että hän oli tehnyt potilaalle v. 1991 perustarkastuksen statusmerkintöineen ja potilas oli hoidettu ns. kokonaishoitopotilaana valmiiksi. Hoidon valmistuttua potilaalle sovittiin määräaikaiskutsu vuosittain. Vuoden 1992 kutsun yhteydessä potilas ei saapunut hoitoon, jolloin kontrolli jäi tekemättä. Vuonna 1993 potilas saapui särkyvastaanotolle hampaan d. 25 alueen viiltelyn ja reiän vuoksi. Potilas ei halunnut silloin hänelle tehtävän tarkastusta, josta olisi veloitettu, joten päädyttiin akuuttien ongelmien hoitamiseen. Muuta hoitoa potilas ei silloin halunnut. Hammas d. 25 aiheutti huolta paikkauksen jälkeen ja sen paikka uusittiin takuuna v. 1993. *Potilas kertoi olevansa taloudellisesti tiukalla eikä halunnut tuolloin muuta hoitoa*. Hammaslääkäri J kiistää potilaan väitteen huolimattomuudesta. Potilaan kieltäytyessä maksamasta laskuaan ja ollessa haluton kokonaishoitoon hammaslääkäri ei voi pakottaa häntä hammashoitoon, johon hänellä ei ole edellytyksiä.

Potilasvahinkolautakunnan lausunnon pääpiirteet:
Hammaslääkäri J:n lautakunnalle toimittaman selvityksen mukaan hän on tehnyt potilaalle v. 1991 hampaiston tarkastuksen ja potilas on otettu ns. kokonaishoitopotilaaksi. Hammaslääkäri J:n mukaan potilaalla on tuolloin ollut alkavia reikiä, mutta ne eivät ole hänen arvionsa mukaan vaatineet vielä paikkausta ja niiden eteneminen paikkausta vaativalle tasolle on ollut tarkoitus kontrolloida seuraavassa vuositarkastuksessa. Nykyisen vallitsevan hoitokäytännön mukaan alkavia kiillekariesleesioita ei paikata vaan ne jätetään seurantaan. Lautakunta katsoo, että tässä tapauksessa on menetelty asianmukaisesti. Potilas oli hammaslääkärin selvityksen mukaan kutsuttu vuoden kuluttua tarkastukseen, mutta hän ei ollut tullut. Tämän vuoksi hammaslääkärillä ei ollut mahdollista toteuttaa seurantaa.

Potilas oli seuraavan kerran hakeutunut hammaslääkäri J:n vastaanotolle v.

1993. Hammaslääkäri J:n selvityksen mukaan potilaan vaikean taloudellisen tilanteen vuoksi oli päädytty kokonaishoitoon liittyvän tarkastuksen sijasta hoitamaan ainoastaan akuutit ongelmat. Tämän vuoksi hammaslääkäri on paikannut ainoastaan kaksi hammasta. Hoitosuhde oli päättynyt toisen hampaan paikkauksen uusimiseen. Seuraava koko hampaiston tarkastus statusmerkintöineen oli tehty vasta hammaslääkäri V:n vastaanotolla v. 1993. Tarkastusten välillä oli näin ollen lähes kolme vuotta. Lautakunta pitää mahdollisena, että potilaalla todettu runsas karioituminen on tapahtunut vuoden 1991 ja vuoden 1993 vuositarkastusten välillä.

Lautakunnan ei ole enää mahdollista jälkikäteen riidattomasti selvittää niitä syitä, joiden vuoksi 1993 vastaanotolla on päädytty ainoastaan akuuttien ongelmien hoitamiseen. Aikaisempi hoitosuhde huomioon ottaen lautakunta katsoo kuitenkin, että hammaslääkärin olisi pitänyt huomata ilman hampaiston tarkastustakin potilaalle kehittyneen runsaan karioitumisen. Vaikka potilas olisikin ilmoittanut haluavansa ainoastaan akuuttien ongelmien hoitamista, olisi hammaslääkärin hyvän hoitotavan mukaisesti tullut informoida potilasta tilanteesta. Lautakunnan käsityksen mukaan hampaiston tilanne ei olisi kuitenkaan olennaisesti muuttunut miksikään joulukuussa 1993 todetusta tilanteesta, vaikka karioituminen olisi huomioitu jo helmikuussa 1993 ja hampaat olisi paikattu. Lautakunta ei ole voinut todeta, että potilaalle olisi aiheutunut hammaslääkäri J:n antaman hoidon tai sen laiminlyönnin seurauksena potilasvahinkolain säännösten perusteella korvattava henkilövahinko.

3.3. TERVEYDENHUOLLON AMMATTIHENKILÖN OIKEUDET

3.3.1. Oikeus ammattinimikkeen käyttämiseen

Terveydenhuollon ammattihenkilöillä on erityinen status-asema. Laillistetun ammattihenkilön (esim. lääkäri ja sairaanhoitaja) tehtävissä saa toimia vain laillistettu ammattihenkilö ja vain heillä on oikeus kyseisen ammattinimikkeen käyttöön[582]. Nimikesuojatun ammattihenkilön tehtävissä (esim. kiropraktikko) voi toimia periaatteessa kuka tahansa, mutta vain terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisteriin merkitty asianomaisen alan ammattihenkilö voi markkinoida itseään kyseisellä ammattinimikkeellä. On huomattava, että sekä kuluttajaviranomaiset että terveydenhuollon oikeusturvakeskus (laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 34 §) voivat puuttua virheelliseen ammattinimikkeen käyttöön. Kuluttajia useammin kuitenkin valvontaa ammattinimikkeen käytöstä suorittavat alan ammattiliitot ja -järjestöt.

---

[582] Marttila 2000b, s. 39–40. Laillistettuihin ammattihenkilöihin rinnastetaan luvan saanut ammattihenkilö, joka on saanut asianmukaisen koulutuksen Euroopan talousalueen ulkopuolella.

KA DNo 91/41/1135, 3.10.1991: *Silmälääkärin markkinointi.*

Lääkäri markkinoi palveluitaan erikoislääkäripalveluina, vaikka oli vasta erikoistumassa Koska kyseessä on ensisijassa lääkärintoimen harjoittamiseen liittyvä asia, se siirrettiin sosiaali- ja terveyshallituksen käsiteltäväksi.

KA DNo 94/40/0106, 31.1.1994 *Harhaanjohtava ammattinimikkeen käyttö (vaihtoehtolääketieteen ja akupunktion tohtori) sähköfysiologiakirjan markkinoinnissa*

Koska ilmoitus koski lähinnä lääkärintoimen harjoittamista, ilmoitus siirrettiin hallintomenettelylain 8 §:n perusteella Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen käsiteltäväksi.

KA DNo 99/41/0823, 21.4.1999. *KSL 2 § 2 momentti, harhaanjohtavuus, ammattinimike, riittämätön peruste:*

Kuluttaja-asiamies kehotti T:tä luopumaan optikko-nimikkeen käytöstä markkinoinnissaan, koska häntä ei ollut merkitty terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisteriin laillistettuna optikkona Suomessa. Rekisteriä ylläpitää Terveydenhuollon oikeusturvakeskus. T:n ilmoittama amerikkalainen tutkinto ei oikeuta käyttämään Suomessa optikko-nimeä.

Terveydenhuollon ammattihenkilöitä valvovat ensisijaisesti työnantajat[583]. Kunnilla ja kuntayhtymillä on kurinpitovalta palveluksessaan olevaan terveydenhuoltohenkilöstöön. Ammatinharjoittamislainsäädännön piiriin kuuluvat ammatinharjoittajat ovat myös lääninhallituksen valvonnan alaisia. Valvonnan ensisijaisena päämääränä on potilasturvallisuuden säilyttäminen ja edistäminen. Tässä tarkoituksessa valvotaan asianomaisen kykenevyyttä harjoittaa ammattia ja ammatinharjoittamisen laatua. Ammatinharjoittamisessa havaituista puutteista valvontaviranomaiset voivat saada tiedon muun muassa asiakkaiden ilmoituksista ja kanteluista, eri viranomaisilta, kansaneläkelaitokselta, apteekeilta, työnantajilta, esimiehiltä ja tuomioistuimien ilmoituksista. Valvontaviranomaisilla on oikeus valvoa ainoastaan ammatinharjoittamista koskevan lainsäädännön piiriin kuuluvaa terveydenhuoltohenkilöstöä.

Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen oikeus valvoa laissa säädettyä terveydenhuoltohenkilökuntaa perustuu paitsi lakiin terveydenhuollon ammattihenkilöistä, myös terveydenhuollon oikeusturvakeskuksesta annettuun lakiin (L 1074/1992). Valvonta-asian tutkinnassa kertyneen aineiston perusteella terveydenhuollon oikeusturvakeskuksessa voidaan ryhtyä esimerkiksi seuraaviin toimenpiteisiin: hallinnolliseen ohjaukseen, kurinpitomenettelyyn ja turvaamistoimenpiteisiin sekä tehostettuun tarkkailuun[584]. Lääninhallitus voi ryhtyä ainoastaan hallinnolliseen ohjaukseen, toisin sanoen kiinnittää asianomaisen ammatin-

[583] Ks. HE 33/1994 vp. (luku 1.2.).
[584] Ks. Hupli 1995.

harjoittajan huomiota tai antaa hänelle huomautuksen taikka vakavan huomautuksen vastaisen toiminnan varalle.

Potilasturvallisuutta vaarantavalta ammatinharjoittamiselta suojaudutaan poistamalla ammatinharjoittamisoikeus tai rajoittamalla sitä. Tällaista turvaamistoimenpidettä ei lueta rangaistuksiin kuuluvaksi. Yleisimpänä syynä ammatinharjoittamisoikeuksien menetetyksi julistamiseen on ammatinharjoittajan iästä, sairaudesta tai muusta syystä johtuva työkyvyttömyys[585]. Terveydenhuoltohenkilöstön ammatinharjoittamisoikeuden rajoittamista, menettämistä ja palauttamista sekä kurinpitoa koskevista asioista päättää terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen terveydenhuollon ammattihenkilöiden valvontalautakunta. Kurinpitorangaistuksen voi aiheuttaa vastoin lakia tai sen nojalla annettuja säännöksiä tai määräyksiä toimiminen, virheellisyys tai laiminlyönti tehtävässä taikka sopimaton käytös. Kurinpitorangaistuksena on kirjallinen varoitus (L terveydenhuollon ammattihenkilöistä 33 §).

3.3.2. Oikeus päättää hoidosta

Hoitosuhde ei siis ole sellainen kaksipuolinen sopimussuhde, joka loisi molemmille osapuolille tasapuolisesti oikeuksia ja velvollisuuksia. Hoitohenkilökunnan ”oikeudet” jäävätkin jossain määrin rajallisiksi. Lääkäri ja hammaslääkäri on kuitenkin lainsäädännössä nostettu tässä suhteessa erityisasemaan[586]. Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain 22 §:n mukaan laillistettu lääkäri päättää potilaan lääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärityksestä ja siihen liittyvästä hoidosta[587]. Hammaslääkärillä on vastaava oikeus hammaslääketieteellisten tutkimusten ja hoitojen osalta. Tämä *kliininen autonomia* merkitsee sitä, että lääkärin tulee olla riippumaton potilastyöhön liittyvässä päätöksenteossa riippumatta siitä, millainen on se organisaatio, jonka puitteissa hän potilasta hoitaa[588]. Kliinistä autonomiaa tukevat sekä kansanterveyslain (17 §) että erikoissairaanhoitolain (31–33 §) säännökset, joiden mukaan potilaan ottamisesta hoidettavaksi terveydenhuollon toimintayksikköön päättää lääkäri, hoidon aloittamisesta ja lopettamisesta päättää lääkäri sekä että sairaanhoitoa johtaa ja valvoo lääkäri. Lääkärin itsenäistä päätöksenteko-oikeutta on korostettu myös oikeuskäytännössä:

---

585 Marttila 2000d, s. 49–51.

586 Optikon itsenäisestä oikeudesta määrätä silmä- ja piilolaseja ja erityishammasteknikon oikeudesta valmistaa ja sovittaa proteeseja on kuitenkin säännökset terveydenhuollon ammatinharjoittajista annetun lain 16 ja 17 §:ssä.

587 Lääkärin kliiniseen autonomian ja potilaan autonomian välillä on väistämättä jonkin asteinen ristiriita. Kuitenkin useimmissa hoitotilanteissa, joissa lääkäri-potilas -suhde toimii, potilas delegoi lääkärille päätösvaltaa hoitonsa suhteen. Tällöin hippokraattinen ”*non nocere*” -periaate nousee keskeiseksi hoidon eettisyyden mittariksi. Tällä periaatteella voidaan myös utilitaristisesti arvioida hoidon hyödyllisyyttä. Ks. Gillon 1985, s. 1556–1557 ja Gillon 1986, s. 48–49.

588 Suomen Lääkäriliitto 2000, s. 97–98.

KHO 30.9.1999 T 2639: Vaikeahoitoista potilasta oli hoidettu valtion mielisairaalassa senkin jälkeen, kun sairaanhoitopiirin kuntayhtymä oli vaatinut potilaan siirtämistä sairaanhoitopiirin ylläpitämään sairaalaan ja ilmoittanut kieltäytyvänsä vastaamasta vastaisuudessa mahdollisesti kertyvistä hoitomaksuista. Potilaan poistaminen valtion mielisairaalasta ja ottaminen hoidettavaksi kuntayhtymän sairaalaan on lääkärintoimen harjoittamisesta annetussa laissa (562/1978) ja sittemmin terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994) 22 §:ssä tarkoitettu potilaan hoitoa koskeva lääketieteellisin perustein tehtävä ratkaisu. Kuntayhtymä oli suorittanut hoitomaksut edelleen yli vuoden ajan. Valtion mielisairaalan ja kuntayhtymän sairaalan toimivaltaisilla lääkäreillä oli potilaan asianmukaisesta hoitopaikasta erilaiset käsitykset. Valtion mielisairaala ei ollut velvollinen palauttamaan hoitomaksuja siirtovaatimuksen jälkeiseltä ajalta. Potilasta oli tosiasiallisesti hoidettu valtion mielisairaalassa ja kuntayhtymä olisi myös saanut hoitomaksujen palauttamisella perusteetonta etua.

Oikeus päättää hoidosta merkitsee myös sitä, että potilasta hoitavalla lääkärillä on oikeus ylläpitää hoitosuhdetta, kunnes potilas nimenomaisesti sen haluaa katkaista ja että sivullinen viranomaistaho ei voi syrjäyttää potilasta hoitanutta lääkäriä päätettäessä hoidosta taikka annettaessa lausuntoja potilaan terveydentilasta.

AOA DNo 181/4/96, 3.2.1998: *holhottavaksi esitetyn henkilön kuuleminen*:

AOA totesi päätöksessään myös, että holhottavaksi julistettavan henkilön oikeusturva edellyttää, että hänen terveydentilaansa koskeva lausunto pyydetään ensisijaisesti lääkäriltä, johon hänellä on ollut pitkäaikainen hoitosuhde. Erityisen perusteltua tämä on silloin kun hoitava lääkäri on kysymyksessä olevan erikoisalan lääkäri. Yksin se seikka, että lääkäriä on esittänyt joku riitaisen asian osapuolista ei AOA:n mukaan tee lääkärinlausuntoa epäluotettavaksi tai lausunnon antajaa puolueelliseksi. Lääkäri ei saa viranomaiselle lausuntoa antaessaan toimia kenenkään asiamiehenä. Jos kuitenkin on olemassa erityisiä syitä olettaa, että hoitavan lääkärin lausunto ei ole luotettava, tulee lausuntoa pyytää joltakulta muulta lääkäriltä.

Hoitosuhteen jatkuvuus on pyritty turvaamaan myös lainsäädännöllä. Erikoissairaanhoitolain 33 § 2 momentin mukaan potilas pyritään jatkohoidossa mahdollisuuksien mukaan ohjaamaan saman lääkärin hoitoon.

Lääkärin kliininen autonomia on läheisessä yhteydessä lääkärinkunnan sisäiseen kollegiaalisuuteen[589]. Tämä merkitsee sitä, että ammattikunnan sisällä ei ole hyväksyttävää, että toinen lääkäri pyrkii vaikuttamaan toisen lääkärin toteuttamaan potilaan hoitoon levittämällä virheellistä käsitystä omasta pätevyydestään taikka kollegan pätemättömyydestä. Esimerkiksi ns. konsultaatioissa on pyrittävä siihen, ettei hoitosuhde asiantuntija-apua pyytäneen lääkärin ja potilaan välillä vaarannu[590].

---

589 Äärimaa 2000. s. 61–64.
590 Suomen Lääkäriliitto 1988.

3.3.3. Oikeus hoitotoimenpiteiden suorittamiseen

Potilaan hoidosta päättää siis lääkäri tai hammaslääkäri, mutta terveyden- ja sairaanhoitoa toteuttavat kaikki terveydenhuollon ammattihenkilöt. Kuitenkin vain lääkäri ja hammaslääkäri voivat määrätä lääkkeitä. Terveydenhuollon ammattihenkilöt voivat koulutuksen ja kokemuksensa mukaisesti toimia toistensa tehtävissä silloin, kun se on perusteltua työjärjestelyjen ja terveyspalvelujen tuottamisen kannalta (laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 2 §). Tarkkaa määrittelyä erilaisten tehtävien edellyttämästä koulutuksesta ei ole, ja toimenpideoikeudet riippuvatkin sekä ammattihenkilön omista kyvyistä että yksikön käytössä olevista muista resursseista[591]. Terveydenhuollon oikeusturvakeskus voi ryhtyä terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain 25 §:n 2-kohdan perusteella turvaamistoimenpiteisiin terveydenhuollon ammattihenkilöä kohtaan, joka on suorittanut sellaisia tehtäviä, joihin hänen koulutustaan ja ammattitaitoaan on pidettävä riittämättömänä.

Luvaton terveydenhuollon ammattihenkilönä toimiminen on terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain 34–35 §:n mukaan rangaistavaa[592]. Laissa tai sen valmisteluaineistossa ei kuitenkaan määritellä sitä toimintaa, mitä vain terveydenhuollon ammattihenkilöt ovat kelvollisia tekemään, joten kyseinen rangaistussäännös kohdistuukin lähinnä ammattinimikettä valheellisesti käyttäviin henkilöihin eikä niinkään henkilöihin, jotka harjoittavat terveyden- tai sairaanhoidon toimintaa ilman ammattinimikettä[593]. Suomessa onkin lukuisa joukko erilaisia kansanparantajia ja luontaislääkitsijöitä, jotka ilman valvontaa harjoittavat terveyden- tai sairaanhoidoksi luokiteltavaa toimintaa joskus kohtalokkain seurauksin[594]:

> KKO 1994:101, 17.10.1994 T 3786: A oli luontaishoidon asiantuntijana esiintyen ja tietoisena siitä, että sokeritautia sairastaneen lapsen vanhemmat luottivat häneen ja noudattivat hänen ohjeitaan, neuvonut vanhempia korvaamaan lapsen hoidossa lääkärin määräämän insuliinihoidon ns. kuhnehoidolla. Sai-

---

[591] Marttila 2000c, s. 44–45.

[592] Ks. myös HE 17/2001 vp.

[593] Potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (L 785/92) terveyden- ja sairaanhoidolla tarkoitetaan yksilön terveydentilan määrittämiseksi taikka hänen terveytensä palauttamiseksi tai ylläpitämiseksi tehtäviä toimenpiteitä, joita suorittavat terveydenhuollon ammattihenkilöt tai joita suoritetaan terveydenhuollon toimintayksikössä. Terveydenhuollon ammattihenkilöllä potilaslaissa taas tarkoitetaan henkilöä, joka harjoittaa terveyden- ja sairaanhoitotoimintaa (lakiin perustuvan oikeuden nojalla tai joka on terveydenhuollon oikeusturvakeskuksessa lain nojalla rekisteröity). Lainsäädännössä on terveyden- ja sairaanhoidon määrittelyn osalta luotu ilmeinen kehäpäätelmä: terveydenhuolto on toimintaa, jota harjoittavat terveydenhuollon ammattihenkilöt ja terveydenhuollon ammattihenkilöt ovat henkilöitä, jotka harjoittavat terveydenhuollon toimintaa. Kyseisten säännösten perusteella on kovin vaikea rajata sitä aluetta, jolla toimiminen olisi rangaistavaa muulle kuin terveydenhuollon ammattihenkilölle.

[594] Marttila 2000c, s. 45. Ks. myös Klaukka 2001, s. 2157–2159.

rauden pahennuttua A, joka oli henkilökohtaisesti tullut hoitamaan lasta ja tuolloin havainnut tämän olevan hälyttävässä kunnossa, oli lisäksi laiminlyönyt huolehtia siitä, että lapsi olisi ajoissa saanut insuliinia tai saatettu sairaalahoitoon, seurauksin, että lapsi oli kuollut.

A, joka tosin ilmeisesti itse oli uskonut hoitomuotonsa tehokkuuteen, ei ollut voinut nojautua puolueettomaan tietoon tai perusteeseen, joka olisi horjuttanut käsitystä, että sokeritaudissa insuliinihoito oli välttämätön ja ettei se ollut korvattavissa kylpyhoidoilla. Hänen katsottiin syyllistyneen kuolemantuottamukseen[595].

3.3.4. Oikeus tietojen saantiin

Hoitopäätösten teko terveydenhuollossa perustuu käytettävissä olevaan tietoon potilaan tilasta ja tautihistoriasta. On merkittävää, että lainsäädännössä ei potilasta hoitaville henkilöille ole annettu minkäänlaista erityistä oikeutta potilaasta aiemmin laadittujen potilasasiakirjojen käyttöön, vaikka potilasasiakirjojen laatimisvelvollisuutta on yleisesti perusteltu juuri potilaan hoidon jatkuvuuden turvaamisella[596]. Nimenomaista lainsäännöstä, joka oikeuttaisi hoitohenkilökunnan saamaan tarvitsemansa tiedot edes kiireellistä hoitoa tarvitsevasta potilaasta, ei Suomen lainsäädännössä ole (vaikka vastaava oikeus on esimerkiksi sosiaalihuollon viranomaisilla kiireellisen sosiaalihuollon osalta).

Potilaslain 13 §:n säädös tosin *oikeuttaa* potilasasiakirjojen haltijan luovuttamaan asiakirjoja tai niissä olevia tietoja hoitoon osallistuvalle henkilökunnalle. Uusittu 13 § (L 653/2000) mahdollistaa myös ns. hoitopalautteen antamisen eli, että yhteenveto potilaalle annetusta hoidosta voidaan toimittaa potilaan hoitoon lähettäneelle terveydenhuollon toimintayksikölle tai terveydenhuollon ammattihenkilölle sekä terveyskeskuksessa hänen hoidostaan vastaavaksi lääkäriksi mahdollisesti nimetylle lääkärille potilaan tai hänen laillisen edustajansa suullisen tai asiayhteydestä muuten ilmenevän suostumuksen mukaisesti niissäkin tapauksissa, joissa hoito ei jatku sanotussa toimintayksikössä tai sanotun ammattihenkilön luona[597]. Velvollisuutta asiakirjojen luovuttamiseen ei kuitenkaan ole.

---

[595] Tapausta on laajemmin käsitellyt Nuutila (1996, s. 577–579).

[596] Ks. HE 185/1991 vp (4. luku): Sosiaali- ja terveysministeriö voi määrätä potilasasiakirjoihin talletettavaksi potilaasta ainoastaan näiden asiakirjojen käyttötarkoituksen kannalta tarpeelliset tiedot eli tiedot, joita tarvitaan potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa. Ministeriön norminantovaltuus perustuu siihen, että yhtenäinen potilasasiakirjajärjestelmä on potilaan ja terveydenhuollon ammattihenkilöstön oikeusturvan keskeinen edellytys.

[597] Ks. HE 181/1999 vp. (luku 1.3.): Potilaan toiseen hoitopaikkaan lähettäneen toimintayksikön ja lääkärin on perusteltua saada yhteenveto potilaalle toisessa hoitopaikassa annetusta hoidosta. Tietojen saaminen on tarpeen myös potilaalle hänen hoidostaan vastaavaksi lääkäriksi esimerkiksi väestövastuu- tai omalääkärijärjestelmän puitteissa nimetylle lääkärille. Hoitopalaute on tarpeen muun muassa yhteen sovitetun hoitoketjun toteutumisen ja hoidon laadun arvioinnin ja kehittämisen kannalta. Ks. Brommels 2000, 29–30.

Terveyden- ja sairaanhoidon käytännössä potilaan hoitoon osallistuvat saavat Potilaslain 13 §:n perusteella käyttöönsä siinä terveydenhuollon toimintayksikössä olevat potilasta koskevat asiakirjat. Potilasasiakirjojen käyttöön oikeutettuja henkilöitä ei kuitenkaan ole tämän tarkemmin määritelty[598].

Kun hoitohenkilökunta voi kuitenkin kiireellisen hoidon tilanteessa olettaa, että heillä on potilaan suostumus hoitotoimenpiteiden suorittamiseen, on lähtökohtaisesti oletettava myös, että heillä on mahdollisuus saada ne potilaan yksityiselämää koskevat tiedot, jotka ovat välttämättömiä hoidon järjestämiseksi[599]. Pääsääntöisesti jonkun henkeä uhkaava välitön vaara oikeuttaa pakkotilaa koskevien oikeuttamissäännösten perusteella poikkeamaan salassapitovelvoitteesta ja mahdollistaa tietojen saamisen muutoin luottamuksellisista asioista[600]. Potilasaloitteisessa hoitosuhteessa tällaisten tietojen hankkiminen perustuu yleensä potilaan nimenomaiseen suostumukseen. Puuttuminen potilaan muuhun yksityisyyteen hoitovelvollisuuteen perustuvassa hoitosuhteessa on siis lopulta samanlaista, kuin potilasaloitteisessa hoitosuhteessa, mutta hoitohenkilökunnan tulee noudattaa hyvän hoidon standardia ja toimia potilaan henkilökohtaisen edun mukaisesti myös loukatessaan potilaan muuta yksityisyyttä, kuin hänen fyysistä koskemattomuuttaan.

3.3.5. Oikeus korvaukseen taikka palkkioon

Ammatinharjoittajana toimiva terveydenhuollon ammattihenkilö voi itse määrittää suorittamastaan terveyden- tai sairaanhoitopalvelusta perimänsä palkkion suuruuden. Kilpailurajoituksista annetun lain (L 480/1992) 6 §:n mukaan samalla tuotanto- tai jakeluportaalla toimivat elinkeinonharjoittajat tai näiden yhteenliittymät eivät saa suosittaa elinkeinotoiminnassa perittäviä hintoja tai vastikkeita. Yleiset hintasuositukset ovat siis kiellettyjä kilpailurajoituksia. Kansaneläkelaitos on toisaalta kuitenkin vahvistanut ns. lääkärinpalkkiotaksat eli ne palkkiohinnat, joiden mukaisesti sairausvakuutus korvaa tutkimuksen ja hoidon kustannuksia. Nämä taksat eivät kuitenkaan sido terveydenhoitopalvelujen hinnoittelussa[601]. Hintamerkintälainsäädännön mukaisesti yksittäisen ammatinharjoittajan palkkiohinnaston on oltava asiakkaiden nähtävänä ennen palvelun suoritta-

---

[598] Esimerkiksi potilaalle ruokavaliota laativa ravitsemusterapeutti voi pyynnöstä saada käyttöönsä potilaan koko tautihistorian mahdollisia psykiatrisia sairauksia taikka abortteja myöten. Ks. jäljempänä kappale 10.1.

[599] Esimerkiksi myrkytyspotilaan kyseessä ollen tiedot potilaalle määrätyistä lääkkeistä yms.

[600] Ks. pakkotilasta Honkasalo 1965, s. 168. Terveydenhuoltohenkilöstön tiedonsaantioikeudesta ks. erityisesti Salin 1990, s. 615–617. Ks. myös STM 1998:9, s. 74–75.

[601] Ks. Kansaneläkelaitos 1999, s 3–11. Jopa Kansaneläkelaitoksesta käsin on julkisesti myönnetty, että vahvistetut taksat eivät vastaa sairausvakuutuslain edellyttämää korvausosuutta potilaalle aiheutuneista kustannuksista.

mista. Palkkio ei saa olla kohtuuton suoritettuun työhön nähden eikä henkilön hädänalaista asemaa saa käyttää hyväksi[602].

Virkamiehenä taikka toimihenkilönä toimiva terveydenhuollon ammatinharjoittaja ei yleensä ole oikeutettu erilliseen korvauksen saamiseen potilaalta virka- tai työsuhteensa perusteella antamastaan hoidosta. Tällöin maksun palvelujen käytöstä perii julkisyhteisö (laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista) taikka palveluja tarjoava yritys (esimerkiksi työterveyshuollossa).

Viranomaiselle lausuntoja antava lääkäri tai hammaslääkäri on oikeutettu saamaan potilaalta palkkion myös laatimistaan lausunnoista ja todistuksista. Sen sijaan erilaisista viranomaisille tehtävistä ilmoituksista ei korvausta – ainakaan toistaiseksi – ole suoritettu.

3.4. TERVEYDENHUOLLON AMMATTIHENKILÖN VELVOLLISUUDET

3.4.1. Velvollisuus hoidon antamiseen

Terveydenhuollon ammattihenkilön asemasta seuraa erityinen huolehtimisvelvollisuus potilaasta[603]. Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain 15 § asettaa ammattihenkilön toiminnan päämääräksi terveyden edistämisen ja sairaiden parantamisen ja heidän kärsimystensä lievittämisen. Ammattihenkilön on aina autettava kiireellisen hoidon tarpeessa olevaa.

Ammattihenkilön on toiminnassaan lisäksi otettava huomioon miltä laissa potilaan oikeuksista säädetään, eli hoito on pääsääntöisesti toteutettava yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Jos täysi-ikäinen potilas ei pysty päättämään hoidostaan eikä potilaan tahtotilasta saada selvyyttä esimerkiksi omaisilta, tulee terveydenhuollon ammattihenkilön hoitaa potilasta tavalla, joka on potilaan edun mukainen[604]. On huomattava, että vaikka ammattihenkilö toteuttaisi hoitamisvelvollisuutensa potilaan tahdon tai oletetun tahdon vastaisestikin, ei teko yleensä ole rangaistava, jos objektiivisesti ottaen tarkoituksena on ollut toimia potilaan parhaaksi.

> AOA DNo 299/4/93, 17.8.1993: *Käsitys vankilalääkärin velvollisuudesta seurata omasta tahdostaan eristäytyneen vangin terveydentilaa*:
>
> Omasta tahdostaan eristäytyneen vangin terveydentilan seurannasta ei ole olemassa säännöksiä. Apulaisoikeusasiamies katsoi, että vankeinhoito-osaston

---

602 Schrey 1997, s. 11–12.
603 KM 1991.51, s. 36.
604 PotL 6 § 2 mom.

yleiskirjeen lääkärille asettama velvollisuus seurata yksinäisyyteen määrättyjen ja muiden eristettyjen terveydentilaa ja valvoa olosuhteita, joissa yksinäisyys pannaan toimeen, koskee myös omasta tahdostaan eristäytyneitä vankeja. Apulaisoikeusasiamiehen käsityksen mukaan vankilan lääkärin tulee seurata näiden vankien terveydentilaa oma-aloitteisesti. Terveydentilan seurantaa ei voi jättää pelkästään sairaanhoitajan suorittaman seurannan varaan tai sen varaan, että vanki hakeutuu itse tarvittaessa lääkärin vastaanotolle.

AOK DNo 614/1/93, 23.5.1994: *Sairaalan ylilääkärille ja potilaan hoidosta vastanneelle lääkärille annettu huomautus vastaisen varalle heidän laiminlyötyä ryhtyä riittäviin toimenpiteisiin potilaan palauttamiseksi takaisin hänelle välttämättömään hoitoon.*

Potilas, joka sairasti vaikeaa katatonista skitsofreniaa oli jäänyt palaamatta sairaalaan ja ilmoittanut, ettei enää ollut halukas hoitoon. Vaikka potilaan hoidontarve oli ilmeinen, hoidosta vastanneen sairaalan taholta ei oltu ryhdytty tarvittaviin toimenpiteisiin tämän hoitoon palauttamiseksi. Sittemmin potilas oli tehnyt itsemurhan. Kanteluasian käsittelyn yhteydessä oli lisäksi ilmennyt, että potilasasiakirjamerkinnät olivat riittämättömiä ja epäselviä. Apulaisoikeuskansleri on päätöksellään kiinnittänyt potilaan hoidosta vastanneiden sairaaloiden huomiota huolellisuuteen ja tarkkuuteen potilasasiakirjamerkintöjä tehtäessä.

Käytännön elämässä potilaan tahtotila hoidon toteuttamisen suhteen voi muuttua päivittäin. Potilaan kuoltua potilaan omaisilla on syyteoikeus, mikäli lääketieteellisesi tarpeellinen hoito on laiminlyöty[605]. Lisäksi itsetuhoinen käyttäytyminen – jota hoidosta kieltäytyminenkin joskus on – voi olla merkki psyykkisestä sairaudesta ja täyttää jopa mielenterveyslain mukaisen pakkohoidon antamisen edellytykset. Näin ollen potilaan tahtotilan jäädessä epämääräiseksi tai muuttuvaksi, ei tarpeelliseen hoidon antamisesta ole syytä pidättäytyä. Tällainen pakkotilateko on oikeudenmukainen silloin, kun se vahinko, minkä se aiheuttaa, on oleellisesti pienempi, kuin se vahinko, jonka se torjuu[606].

3.4.2. Velvollisuus toteuttaa hyvää terveyden- ja sairaanhoitoa

Sekä laki potilaan asemasta ja oikeuksista (3 §) että laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (15 §) edellyttävät että ammattihenkilön antama hoito on asianmukaista ja lääketieteellisesti perusteltua. Potilasvahinkolaki (2 § 1-kohta) taas pitää korvattavana potilasvahinkona sellaista menettelyä, joka poikkeaa kokeneen terveydenhuollon ammattihenkilön menettelystä vastaavassa tilanteessa. Laadultaan *hyvän hoidon standardi* onkin keskeinen periaate arvioitaessa am-

---

[605] Esim. KHO 1994 A 7.

[606] Honkasalo 1965, s. 167–168: Pakkotilateoista voidaan erottaa oikeudenmukainen pakkotilateko (”mies ampuu lastaan ahdistaneen koiran”) ja pakkotilateko, joka ei ole oikeudenmukainen, mutta joka subjektiivista syistä jää rankaisematta.

mattihenkilön toiminnan oikeellisuutta ja tarjotun palvelun asianmukaisuutta[607]. Hyvän hoidon standardin ylläpitämiseksi terveydenhuollon ammattihenkilöt ovat myös velvollisia jatkuvasti ylläpitämään ammattitaitoaan (laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 18 §). Oikeus hyvään hoitoon koskee kaikkia potilasryhmiä riippumatta taudin ennusteesta taikka potilaan yhteiskunnallisesta asemasta. Mm. eduskunnan oikeusasiamies on katsonut, ettei esimerkiksi vanhuksen dementia saa vaikuttaa hänen saamansa hoidon laatuun:

> AOA DNo 617/4/97, 31.8.1999: *Kantelija arvosteli edesmenneen äitinsä tutkimusta ja hoitoa. Hän pyysi oikeusasiamiestä tutkimaan muun muassa, hoidettiinko hänen äitinsä sydänsairautta asianmukaisesti ja oliko dementia-olettamalla tai terveydenhuollon käytettävissä olevilla voimavaroilla vaikutusta tehtyihin ratkaisuihin.*
>
> Selvityksen mukaan potilaalla oli Ä:n aluesairaalassa todettu vuonna 1993 sydämen hidas syke. S:n keskussairaalassa joulukuussa 1995 tehdyissä sydäntutkimuksissa hänen sydämensä rytmihäiriötä pidettiin sairaan sinuksen -oireyhtymänä. Potilaalle määrättiin terbutaliinilääkitys. Pyörtymis- tai huimausoireiden puuttuessa tahdistinhoitoa ei pidetty tarpeellisena ja potilas lähetettiin Ä:n aluesairaalaan seurantaan. Potilas kävi aluesairaalassa osastonlääkärin vastaanotolla maaliskuussa ja toukokuussa 1996. Näitä vastaanottokäyntejä koskevissa sairauskertomusmerkinnöissä ei ole mainintoja potilaan sydän- ja verenkiertoelimistön tilasta. Seuraavaa kontrollikäyntiä aluesairaalaan suunniteltiin elokuulle. Potilas joutui maaliskuussa 1996 aluesairaalaan Ä:n terveyskeskuksen lähetteellä kaaduttuaan ja saatuaan olkaluun murtuman. Aluesairaalan sairauskertomuksesta puuttuvat kaatumista koskevat tapahtumatiedot. Potilas hakeutui terveyskeskuslääkärin vastaanotolle kaatumisen vuoksi aluesairaalan ollessa suljettuna kesällä 1996. Hänen sydänkäyränsä rekisteröitiin, mutta uusia muutoksia ei havaittu. Terveyskeskuslääkäri päästi hänet kotiin antaen ohjeeksi ottaa uudelleen yhteyttä, mikäli uusia kaatumisia ilmenisi. Potilas kävi heinäkuun lopulla 1996 aluesairaalassa sydänkäyrätutkimuksessa. Sydänkäyrä otettiin suunniteltua elokuussa tapahtuvaa vastaanottokäyntiä varten. Hänet löydettiin kuitenkin kuolleena kotonaan elokuun alussa 1996.
>
> *AOA totesi ratkaisussaan potilaan hoidosta seuraavaa*
> *Potilaan tutkimus ja hoito S:n keskussairaalassa*: Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen antaman lausunnon mukaan terbutaliini ei ollut täysin asianmukainen lääkevalinta potilaalle, jolla oli epäiltävissä pitkä QT-oireyhtymä. Lääkitys saattoi altistaa potilaan rytmihäiriöille ja siten sillä saattoi olla osuutta hänen kuolemassaan. Oikeusturvakeskuksen mukaan tahdistimen asentaminen potilaalle olisi ollut asianmukainen ja lääketieteellisesti perusteltu hoitomuoto. AOA totesi omana käsityksenään, että keskussairaalan sisätautiosastonlääkärin olisi potilaan hoidosta vastuussa olleena lääkärinä tullut ottaa lääkevalinnassa huomioon se, että potilaalla oli epäiltävissä pitkä QT-oireyhtymä. *Kyseistä lääkevalintaa ei hänen käsityksensä mukaan voitu pitää laadultaan hyvänä terveyden- ja sairaanhoitona.* Hän antoi S:n keskussairaalan sisä-

[607] Ks. myös Ståhlberg 2000, s. 472–475.

tautiosastonlääkärille huomautuksen tämän virheellisestä menettelystä. Tahdistimen asentamisen osalta AOA totesi, että oikeusturvakeskuksen pysyvät asiantuntijat olivat esittäneet eriäviä käsityksiä tahdistimen asentamisesta. Oikeusturvakeskuksen käsityksen, sen pysyvien asiantuntijoiden lausuntojen ja asiakirjoista saatavan muun selvityksen perusteella AOA ei voinut todeta potilaan sydänsairauden hoidossa keskussairaalassa menetellyn virheellisesti lukuun ottamatta hänelle määrättyä terbutaliinilääkitystä.

Potilaan tutkimus ja hoito Ä:n aluesairaalassa: AOA:n käsityksen mukaan aluesairaalan olisi tullut selvittää potilaan kaatumisen syy hänen saadessaan olkaluun murtuman maaliskuussa 1996. Näin olisi tullut menetellä erityisesti siitä syystä, että hänen sydämensä rytmihäiriön seurannan vastuu oli siirretty nimenomaan aluesairaalalle. Aluesairaalan sairauskertomuksen mukaan potilas tuli aluesairaalan osastonlääkärin vastaanotolle seuraavan kerran toukokuussa 1996. AOA:n käsityksen mukaan viimeistään tuolloin olisi tullut selvittää potilaan kaatumiseen liittyneet tapahtumatiedot, mikä olisi ollut ensiarvoisen tärkeää tahdistintarpeen arvioimisen kannalta. AOA totesi, että vaikka potilaan rytmihäiriön seurannan vastuu oli siirretty aluesairaalalle, sen sisätautipoliklinikan edellä mainittua kahta vastaanottokäyntiä koskevissa sairauskertomusmerkinnöissä ei ollut lainkaan mainintoja hänen sydän- tai verenkiertoelimistönsä tilasta. Kyseisellä vastaanotolla osastonlääkäri ei myöskään tulkinnut toukokuussa otettua sydänkäyrää, kuten hänen olisi AOA:n käsityksen mukaan tullut tehdä. Osastonlääkäri määräsi seuraavan sydänkäyrän otettavaksi vasta kolmen kuukauden kuluttua eli elokuussa 1996. AOA yhtyi terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen käsitykseen, jonka mukaan potilaan sydänsairauden seuranta ja seurannasta kirjatut sairauskertomusmerkinnät olivat puutteellisia aluesairaalassa. Sairauskertomusmerkinnöistä ei ilmennyt, että potilaalta olisi aktiivisesti tiedusteltu esimerkiksi huimausoireita, mikä AOA:n käsityksen mukaan olisi kuulunut, erityisesti potilaan huonomuistisuuden huomioon ottaen, hänen tilansa asianmukaiseen seurantaan. Näin ollen AOA katsoi osastonlääkärin seuranneen potilaan sydänsairautta puutteellisesti. Hän antoi huomautuksen Ä:n aluesairaalan osastonlääkärille tämän virheellisestä menettelystä.

Potilaan tutkimus ja hoito Ä:n terveyskeskuksessa Potilas hakeutui aluesairaalan ollessa suljettuna Ä: terveyskeskukseen kaaduttuaan heinäkuussa 1996. Potilaasta otettiin tuolloin sydänkäyrä, jossa oli atk-diagnoosina ”long QTc”. Verrattuna terveyskeskuksessa aikaisemmin otettuun sydänkäyrään QT-aika oli edelleen pidentynyt. Terveydenhuollon oikeusturvakeskus ei todennut virheitä tai laiminlyöntejä potilaan saamassa hoidossa terveyskeskuksessa. Asiakirjoista saatavan selvityksen perusteella AOA totesi kuitenkin omana käsityksenään, että olisi ollut asianmukaista lähettää potilas sydänkäyrän löydösten perusteella konsultaatioon S:n keskussairaalaan. AOA saattoi tämän käsityksensä Ä:n kansanterveystyön kuntayhtymän johtavan lääkärin tietoon.

Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen pysyvän asiantuntijan lausunto: Kantelija arvosteli antamassaan vastineessa terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen asiantuntijan lausuntoa ja totesi sen sisältävän ”.. hämmästyttävän paljon väittämiä, joille ei löydy asiakirjoista dokumentoitavissa olevaa pohjaa”. AOA totesi tältä osin asiassa seuraavan: Keskussairaalan sairauskertomuksesta ilmenee, että siihen merkityt, potilaan hoitoa koskevat jatkohoito- ja seurantaohjeet annettiin tiedoksi jäljennöksinä potilaalle itselleen, aluesairaa-

lalle ja terveyskeskukselle. Sen sijaan siitä ei ilmene, että näitä ohjeita olisi annettu potilaan omaisille, kuten pysyvä asiantuntija lausunnossaan ilmoitti. Näin ollen asiantuntijalausunto oli AOA:n käytettävissä olevan selvityksen nojalla arvioiden tältä osin virheellinen. Asiantuntijalausunnossa esitetty näkemys potilaan tutkimuksesta ja hoidosta viittasi priorisointiin ja dementia-olettaman ohjaavaan vaikutukseen potilaan sydänsairauden seurannassa ja hoidossa. *AOA totesi hallitusmuodon yhdenvertaisuussäännöksestä johtuvan, että jokaisella sairastuneella tulee lähtökohtaisesti olla yhtäläinen oikeus hoitoon*. Vaikka potilaalla ei ole ns. subjektiivista oikeutta terveydenhuollon palveluihin, lukuun ottamatta oikeutta kiireelliseen sairaanhoitoon, kunnalla on erikoissairaanhoitolaissa säädetty velvollisuus huolehtia siitä, että sen asukas saa tarpeellisen erikoissairaanhoidon erikoissairaanhoitolain mukaisesti. Tämä velvollisuus merkitsee AOA:n käsityksen mukaan sitä, että *laadultaan hyvä terveyden- ja sairaanhoito on annettava kaikille niille, jotka ovat lääketieteellisin perustein hoidon tarpeessa*. AOA:n käsityksen mukaan dementia-olettamalla ei siis voida oikeuttaa hoidon kulkua ja hoidossa tehtyjä ratkaisuja. Myös dementiaa sairastavalla tulee olla oikeus saada sydänsairauteensa potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa tarkoitettua, hänen terveydentilansa edellyttämää laadultaan hyvää hoitoa. AOA totesi, että asiantuntijalausunnossa esitetty käsitys lähti siitä olettamasta, että potilaan sairaudeksi oli diagnostisoitu dementia. Selvityksen mukaan näin ei ollut asianlaita. Tältä osin lausunto näytti siis perustuvan virheelliselle lähtökohdalle. AOA:n käsityksen mukaan asiakirjoista saatava selvitys ei kuitenkaan tukenut sitä asiantuntijalausunnossa esitettyä näkemystä, että dementia-olettama olisi vaikuttanut potilaan tutkimuksia ja hoitoa koskeviin ratkaisuihin. Mitä tuli pysyvän asiantuntijan viittaukseen kustannussäästöistä, AOA totesi, että asiakirjoista käytettävissä olevasta selvityksestä ei saatu näyttöä siitä, että kustannussyyt olisivat vaikuttaneet potilaan tutkimuksia ja hoitoa koskeviin ratkaisuihin. Kantelija totesi vastineessaan, että asiantuntijalausunnossa esitetyt väitteet olivat monilta osin myös vainajaa ja omaisia loukkaavia. AOA otti pysyvän asiantuntijan menettelyn asianmukaisuuden muun muassa tältä osin erikseen arvioitavaksi.

Useimmat terveydenhuollon ammattihenkilöt ovat julkisen sektorin palveluksessa ja kuntien viranhaltijoita. Kunnallisten viranhaltijoiden on suoritettava virkaan kuuluvat tehtävät asianmukaisesti ja viivytyksettä noudattaen asianomaisia säännöksiä ja määräyksiä. Viranhaltijan on vältettävä kaikkea, mikä on ristiriidassa tasapuolisuuden tai hänen asemassaan olevalta viranhaltijalta kohtuuden mukaan vaadittavan menettelyn kanssa taikka on kunnan edun vastaista[608]. Kunnallisena viranhaltijana toimivan terveydenhuollon ammattihenkilön on lisäksi huomioitava terveydenhuollon ammattihenkilöistä ja potilaan asemasta ja oikeuksista annetut säädökset[609]. Esimerkiksi eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisujen mukaan velvollisuus hyvän hoidon antamiseen meneekin kunnallisten virkamääräysten

[608] HE 1/2000 vp. (yksityiskohtaiset perustelut 44a §).
[609] Ks. myös Pelkonen 2000, s. 55: Lääkärin hoitamisvelvoitteen mukaisesti tarpeelliseksi katsottua hoitoa annetaan aina, vaikka se olisi vastoin hallinnollisia määräyksiä.

edelle[610]. Myös lääninhallituksilla ja terveydenhuollon oikeusturvakeskuksella on oikeus antaa yleisiä ohjeita ja määräyksiä noudatettavaksi terveydenhuollon ammattihenkilön toiminnassa. Useimmiten näiden määräysten noudattamatta jättäminen merkitsee hyvän hoidon standardin laiminlyömistä. Samoin ammattikunnan sisäiset menettelytapaohjeet saavat oikeudellista merkitystä muodostuessaan osaksi hyvän hoidon standardia[611]. Poiketessaan yleisesti hyväksytystä käytännöstä ammattihenkilön onkin voitava perustella, että kyseisessä yksittäistapauksessa poikkeaminen on ollut lääketieteellisesti asianmukaista[612].

Terveydenhuollon ammattihenkilöä koskevat yleiset rikosoikeudelliset normit. Rikosoikeudellisen vastuun syntyminen edellyttää, että oikeudenvastainen seuraus on aiheutettu rikostunnusmerkistön mukaisella teolla tai laiminlyönnillä, joka on luettavissa tekijän syyksi tahallisena tai tuottamuksellisena. Pääsääntöisesti kysymyksessä voivat olla tuottamusrikokset, esimerkiksi vamman tuottamus (RL 21. luku 10 §). Käytännössä hyvän hoidon standardin laiminlyöminen voi siis merkitä myös rikosoikeudellista vastuuta[613].

Kun potilaasta tarvitaan lisätutkimuksia taikka sellaisten toimenpiteiden suorittamista, joihin ei potilasta hoitavassa yksikössä ole mahdollisuuksia, joudutaan potilas usein lähettämään toiseen yksikköön tai toiselle terveydenhuollon ammattihenkilölle hoidettavaksi (Potilaslain 4 §). Tämä ei kuitenkaan merkitse, että lähettävän ammattihenkilön vastuu ja hoitovelvollisuus päättyisi. Lähettävä yksikkö vastaa osaltaan ehdottamiensa toimenpiteiden asianmukaisuudesta ja toteutumisesta, vaikka myös potilaan vastaanottava yksikkö ja sen henkilökunta on vastuussa hyvän hoidon antamisesta[614].

---

610 Ks. esim. AOA DNo 16/4/92, 8.7.1993.

611 Esimerkiksi lääkärijärjestöjen ns. ”käypä hoito” -ohjeet.

612 Pelkkä potilaan tahdonilmaisu ei tee hoitoa lääketieteellisesti asianmukaiseksi, vaan potilaan kieltäytyessä asianmukaisesta hoidosta ja pyytäessä hoitoa, joka ei ole lääketieteellisesti perusteltu, jää ammattihenkilön mahdollisuudeksi käytännössä vain hoidon toteuttamatta jättäminen kuitenkin edellyttäen, että kieltäytyminen on ollut vakaa ja perustunut riittävään informaatioon potilaan tilanteesta ja hoitomahdollisuuksista. Ks. PVLtk DNo P 667/1995, 05.11.1993.

613 Ks. Nuutila 1996, s. 317–323.

614 AOA DNo 2524/4/97, 26.11.1999:*Potilaan oikeus saada tarpeellista erikoissairaanhoitoa*.

V:n terveyskeskuksen terveyskeskuslääkäri lähetti potilaan silmävaivan vuoksi V:n keskussairaalan tarkempia tutkimuksia varten. Keskussairaalan silmätautien osaston ylilääkäri palautti lähetteen potilaalle ja lähettäneelle lääkärille merkinnöin, joiden mukaan potilasta suositeltiin hakeutumaan yksityislääkärin vastaanotolle näöntarkastusta varten silmäpoliklinikan kovan potilasruuhkan vuoksi. Potilas hakeutui silmävaivansa takia kuukauden kuluttua uudelleen terveyskeskuslääkärin vastaanotolle. Toinen terveyskeskuslääkäri tutki hänet ja konsultoi keskussairaalan silmälääkäriä. Tuolloin ilmeni, että potilas olisi päässyt keskussairaalaan noin kahden kuukauden kuluttua. Uutta lähetettä ei kirjoitettu, koska potilas päätti tuolloin hakeutua yksityisen silmälääkärin vastaanotolle. Sairaanhoitopiiristä saadun selvityksen mukaan keskussairaalassa oli silmäpotilaiden hoidossa silmälääkäripulan vuoksi keskitytty leikkauspotilaiden hoitoon, koska siten oli saatu potilaille paras mahdollinen hyöty niukasta lääkärikapasiteetista**.** AOA totesi *V:n sairaanhoitopiirin* kuntayhtymän menettelystä seuraavan. Lähete palautettiin potilaalle seuraavin merkinnöin varustettuna: ”Suos. koht. privaattisilmälääkärille näkötarkastukseen silmäpoliklinikan kovan potilasruuhkan vuoksi”. Selvityksestä ei ilmennyt, että potilas olisi saanut muuta tietoa lähetteen

3.4.3. Velvollisuus potilasasiakirjojen laatimiseen

Hakeutuessaan hoitoon potilas joutuu alistumaan häntä koskevien arkaluonteisten tietojen rekisteröintiin ja hänellä ei jälkeenpäin ole kovin merkittäviä mahdollisuuksia vaatia epämiellyttävien, mutta totuudenmukaisten, tietojen hävittämistä[615]. Potilasasiakirjojen laatimisvelvollisuutta on perusteltu hoidon laadun varmistamisella, koska vain riittävät tiedot mahdollistavat hyvän hoidon toteuttamisen[616]. Yksittäinen terveydenhuollon ammattihenkilö ei voi muistaa jokaisen potilaan taudin yksityiskohtia ilman riittävän tarkkoja muistiinpanoja. Potilasasiakirjat mahdollistavat myös hoitovastuun siirtämisen ilman potilasta aiemmin hoitaneiden henkilöiden fyysistä läsnäoloa ja niitä voidaan jälkikäteen käyttää sen osoittamiseksi, minkälaisia toimenpiteitä potilaalle on ehdotettu taikka toteutettu[617].

---

palauttamisen syistä tai että häntä olisi muutoin neuvottu tai ohjattu. Potilaan asemasta ja oikeuksista annettu laki kuitenkin edellyttää, että potilasta neuvotaan ja ohjataan asianmukaisesti, jos häntä ei voida ottaa tutkimukseen tai hoitoon. Potilasta olisi lähetteen palauttamisen yhteydessä tullut neuvoa ja ohjata tapahtunutta asianmukaisemmin. Riittävänä informaationa ei voida pitää palautettuun lähetteeseen kirjoitettua kannanottoa silmäpoliklinikan kovasta potilasruuhkasta. Asianmukaiseen neuvontaan ja ohjaukseen olisi kuulunut ohjaus kääntyä myös terveyskeskuksen puoleen, koska sairaanhoitopiiri ei voinut edellä esitetyistä syistä järjestää potilaalle tarpeellista erikoissairaanhoitoa. AOA saattoi V:n sairaanhoitopiirin johtajaylilääkärin tietoon käsityksensä sairaanhoitopiirin velvollisuudesta asianmukaisesti neuvoa ja ohjata potilasta. *V:n terveyskeskuksen* menettelystä AOA totesi seuraavan: Potilas tarvitsi ensimmäisen terveyskeskuksessa suoritetun tutkimuksen jälkeen kiistattomasti silmätautien erikoislääkärin suorittamaa tutkimusta. Tällaisen tarpeellisen tutkimuksen järjestämisvastuu kuuluu erikoissairaanhoitolain mukaan potilaan kotikunnalle. Kunta voi järjestää terveydenhuoltoon kuuluvat tehtävät sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annetussa laissa säädetyillä vaihtoehtoisilla tavoilla. Erikoissairaanhoitolain mukaan kunta voi sopia palvelujen ostamisesta sellaiselta sairaanhoitopiiriltä, johon se ei kuulu. Erikoissairaanhoitolain mukaan henkilön kotikunnan on huolehdittava siitä, että henkilö saa tarpeellisen erikoissairaanhoidon tuon lain mukaisesti. V:n terveyskeskuksen olisi tullut lähetteen palauttamisen vuoksi ryhtyä toimenpiteisiin tarpeellisen erikoissairaanhoidon järjestämiseksi potilaalle. Näin ei tapahtunut eikä terveyskeskus siis arvioinut tilannetta potilaan kohdalla tuossa vaiheessa uudelleen. Terveyskeskuksen menettely oli virheellinen siinä, että se ei suorittanut tätä arviointia heti lähetteen palauttamisen jälkeen. Terveyskeskus ryhtyi näihin toimenpiteisiin vasta, kun potilas itse hakeutui silmävaivansa takia kuukauden kuluttua uudelleen terveyskeskuslääkärin vastaanotolle. AOA saattoi V:n terveyskeskuksen johtavan ylilääkärin tietoon käsityksensä terveyskeskuksen velvollisuudesta arvioida potilaan tilanne uudelleen heti lähetteen palauttamisen jälkeen.

Ks. myös KKO 1998:79, 25.6.1998 T 2142.

615 Ks. esim. LKH DNo 2492/49/83.

616 Suomen Lääkäriliitto 2000, s. 38–40. On sinänsä merkittävää, että potilasasiakirjojen laatimisvelvollisuudesta on käyty hyvin vähän keskustelua. Potilaan mahdollisuutta kieltää merkintöjen tekeminen sairaudentilastaan ei ole edes harkittu, vaikka tämän kiellon oikeusvaikutukset olisivat varmasti vähäisemmät kuin mahdollisuus kieltäytyä hengen pelastavasta hoidosta.

617 Vaikka potilasasiakirjojen laatimisen päätarkoitus on potilaan hyvän hoidon varmistaminen, käytetään niitä myös terveydenhuollon ammattihenkilöiden toiminnan valvonnassa. Asiakirjojen sisältövaatimusten liiallista painottumista valvontaan hoito-ohjeiden sijasta onkin kritisoitu lääkärikunnan taholta. Ks. Pylkkänen 2001, s. 2193–2194.

Potilasasiakirjojen laatimisvelvollisuus perustuu terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain 16 §:ään ja potilaslain 12 §:ään. Potilaslain 12 §:ssä todetaan, että terveydenhuollon ammattihenkilöiden on laadittava potilasasiakirjat siten kuin sosiaali- ja terveysministeriö määrää[618]. Potilasasiakirjat, silloin kun ne on laatinut julkisyhteisön palveluksessa oleva lääkäri, ovat viranomaisen asiakirjoja, joita koskevat sekä potilaslain, julkisuuslain että henkilötietolain säännökset. Yksityisen ammatinharjoittajan laatimat asiakirjat taas ovat yksityisiä asiakirjoja, joita koskevat vain potilaslain ja henkilötietolain säännökset. Potilasasiakirjoihin voivat tehdä merkintöjä potilaan hoitoon ja neuvontaan osallistuvat terveydenhuollon ammattihenkilöt, mutta myös muut avustavat henkilöt, jotka toimivat ammattihenkilöiden ohjeen mukaan. Kaikilla näillä henkilöillä on yleensä myös pääsy asiakirjoihin[619]. Käytännössä potilaalla ei siis ole tarkkaa tietoa siitä, ketkä henkilöt voivat käsitellä häntä koskevia arkaluonteisia tietoja.

Vaikka potilasasiakirjat ovat alun perin olleet terveydenhuollon ammattihenkilön henkilökohtaisia muistiinpanoja (ja siis ammattihenkilön omaisuutta), liittyy niiden säilyttämiseen nyttemmin erityisiä velvoitteita. Yksityisen ammatinharjoittajan on lopettaessaan ammatinharjoittamisen säilytettävä potilaskohtaisia tietoja 10 vuotta sen jälkeen, kun potilas on kuollut, tai kun on kulunut 100 vuotta potilaan syntymästä ja 10 vuotta viimeisestä rekisteröidystä potilaskontaktista[620]. Terveydenhuollon oikeusturvakeskus voi myös ryhtyessään turvaamistoimenpiteisiin määrätä ammattiaan itsenäisesti harjoittaneen terveydenhuollon ammattihenkilön luovuttamaan potilasasiakirjat ammatinharjoittamispaikkakuntansa terveyskeskukseen erillisarkistona säilytettäväksi (laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 30 §).

3.4.4. Velvollisuus tiedon antamiseen potilaalle

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (5 §) velvoittaa terveydenhuollon ammattihenkilön antamaan selvityksen potilaalle – potilaan niin halutessa – hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista merkittäväistä hoitoon liittyvistä seikoista[621]. Käytännössä

---

[618] Potilasasiakirjojen laajuuden ja sisällön määrittävien säännösten hierarkkinen taso (sosiaali- ja terveysministeriön asetus) on erittäin alhainen, kun otetaan huomioon se yleinen periaate, että yksilön oikeuksiin (ml. yksityiselämän suojaan) ei tulisi puuttua lakia alhaisemmilla säännöksillä ja että puuttumisen laajuus on potilaslain 12 §:n säädöksellä jätetty lähes täysin ministeriön harkintavaltaan.

[619] Liljeström 2000, s. 131.

[620] STM 2001:3, s. 38–54. Ks. myös Simonen 1993, s. 8.

[621] LeBlang 1995, s. 429–440: Yhdysvaltalaisessa käytännössä lääkärin tiedonantovelvollisuuteen on liitetty paitsi velvollisuus antaa tietoa potilaan taudista ja sen hoitovaihtoehdoista, myös velvollisuus informoida potilasta niistä seikoista, jotka vaikuttavat hoitavan lääkärin kykyyn hoitaa potilasta (mm. lääkärin terveydentilasta, kokemuksesta sekä taloudellisista sidonnaisuuksista).

kuitenkin terveydenhuollon toimintayksiköissä samaa potilasta eri aikoina hoitaa usea terveydenhuollon ammattihenkilö eikä ole mitään yhtenäistä käytäntöä siitä, kenellä on vastuu informaation antamisesta[622]. Riittävä tiedon antaminen on kuitenkin osa hyvää hoitoa ja se parantaa potilaan hoitomyöntyvyyttä[623]. Hyvin suunnitellussa hoitoketjussa tulisikin määritellä, mikä informointivelvoite kullakin tasolla on: on selvää, että esimerkiksi perusterveydenhuollon asiantuntemus vaativien erityissairaanhoidon toimintojen kuvaamisessa potilaalle ei ole täydellistä ja annettu informaatio voi joskus olla jopa harhaanjohtavaa. Toisaalta erityissairaanhoito suorittaa monia toimintoja perusterveydenhuollon lähetteen perusteella ilman erillistä perehtymistä potilaan persoonallisuuteen ja vastaanottokykyyn, mikä voi merkitä esimerkiksi annetun informaation jäämistä potilaalta ymmärtämättä. Potilaslaki edellyttää joka tapauksessa, että potilasta informoidaan ennen varsinaisen hoitopäätöksen tekemistä, jotta hänelle jäisi tosiasiallinen mahdollisuus vaikuttaa hoitoonsa. Mikäli potilaan hoitoon pääsy jostain syystä viivästyy, on tästäkin potilaslain 4 §:n perusteella annettava erillinen selvitys potilaalle.

Potilaalla on pääsääntöisesti aina oikeus tarkastaa itseään koskevat potilasrekisterimerkinnät (henkilötietolaki 28 §) sekä oikeus saada tieto itseään koskevista viranomaisen asiakirjoista (julkisuuslaki 12 §). Henkilötietolain 28 §:n mukaan pyyntö tarkastusoikeutensa käyttämisestä osoitetaan lääkärille tai muulle terveydenhuollon ammattihenkilölle, joka huolehtii tietojen hankkimisesta rekisteröidyn suostumuksella ja antaa tälle tiedon rekisterissä olevista merkinnöistä. Tiedonsaantioikeutta ei ole, jos tiedon antamisesta saattaisi aiheutua vakavaa vaaraa rekisteröidyn terveydelle tai hoidolle (henkilötietolaki 27 §)[624].

Eräs tietojen antamisen muoto on lääkärintodistusten taikka terveydenhoitajan todistusten laatiminen. On huomattava, että nämä todistukset on tarkoitettu annettavaksi potilaalle hänen tarkoituksiaan varten[625], eikä todistusten laatiminen sivullisia tahoja varten – lukuun ottamatta potilaan toimikelpoisuutta koskevia arvioita – ilman potilaan nimenomaista pyyntöä tai suostumusta ole hyväksyttävää[626]. Terveydenhuollon ammattihenkilöillä ei sinänsä ole erityistä ammattiasemaan perustuvaa velvoitetta laatia todistuksia, vaan tällainen velvollisuus johtuu

---

[622] Vastaaviin ongelmia havaittu esim. skotlantilaisessa oikeuskäytännössä. Ks. Brahams 1986, s. 925–926.

[623] On huomattava, että selvitystä terveydentilasta ja hoitomahdollisuuksista ei tule antaa, jos se voi aiheuttaa vakavaa vaaraa potilaan terveydelle. Käytännössä siis hoitohenkilökunnan on mietittävä, mikä on paras ajankohta ja millaisissa osissa asianmukainen informaatio on parasta potilaalle antaa, jotta potilaan hyvä hoito ei vaarannu. Ks. myös Ilveskivi 1997a, s. 84–87.

[624] Tiedon epäämisestä terveysvaaran taikka tärkeän yksityisen edun takia on säännöksiä myös potilaslain 5 § 1 momentissa ja julkisuuslain 11 § 2 mom 1 kohdassa.

[625] Potilas voi myös pyytää todistuksen terveydentilastaan määrittelemätöntä tarkoitusta varten (esim. ns. nuorison terveystodistus).

[626] Ks. Eskola, K. 2000, s. 294–295.

yleisestä hyvän hoidon velvoitteesta taikka virka-asemasta[627]. Toisaalta sama hyvän hoidon velvoite mahdollista myös kieltäytymisen todistusten antamisesta, kuten se mahdollistaa myös kieltäytymisen potilaan pyytämän hoitotoimenpiteen suorittamisesta. Kieltäytymisen on toki perustuttava asianmukaisiin syihin, kuten että henkilön asiantuntemus ei riitä todistuksen kirjoittamiseen (esimerkiksi eräiden lääkehoitojen korvattavuutta varten tarvittavat todistukset edellyttävät alan erikoislääkärin pätevyyttä), että todistuksen laatijalla ei ole käytettävissä tarvittavia tietoja (esimerkiksi takautuvan todistuksen kirjoittaminen toisen henkilön hoitamasta potilaasta[628]) taikka että henkilöllä ei yksinkertaisesti ole mahdollisuutta tuottaa riittävän laadukasta todistusta potilaan toivomassa ajassa (esimerkiksi monimutkaiset työkykyä koskevat lausunnot valitettaessa eläkevakuutusyhtiön kielteisestä korvauspäätöksestä)[629].

Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain 23 § asettaa lääkärin ja hammaslääkärin antamat todistukset prosessioikeudellisesti erityisasemaan, että ne voidaan pääsääntöisesti esittää tuomioistuimille ilman valallista vahvistusta, kun ne on vakuutettu todeksi ”kunnian ja omantunnon kautta”[630].

---

[627] TEO DNo 1324/475/97, 20.10.1998: TEO totesi, että yleensä lääkärin on annettava häneltä pyydetyt lääkärinlausunnot tai -todistukset. Viime kädessä niiden antaminen on kuitenkin lääkärin harkinnassa.

[628] Todistusten kirjoittamisvelvollisuutta rajoittaa myös lääkäreiltä edellytetty kollegiaalisuus: Yleensä ei pidetä hyväksyttävänä, että lääkäri kirjoittaa todistuksen toisen lääkärin hoitamasta potilaasta ilman hoitavan lääkärin erillistä pyyntöä. Tilanne on toinen, jos potilas ei halua hoitosuhdetta edelliseen lääkäriin jatkaa, mutta tällöinkin lääkärin, jolta todistusta pyydetään, on saatava asianmukaiset tiedot potilaan aikaisemmasta terveydentilasta ja hoidosta.

[629] TEO DNo 788/475/96, 25.4.1997: TEO katsoi, että potilaan oikeusturvan kannalta on ensiarvoisen tärkeää, että lääkärin/hammaslääkärinlausunnot ovat mahdollisimman virheettömiä ja perustuvat lääkintölaillisista asiakirjoista annettujen ohjeiden ja määräysten mukaisiin potilasasiakirjoihin. Potilasasiakirjat tulee laatia ottaen huomioon salassapitosäännökset sekä henkilörekisterilain mukainen huolellisuusvelvoite. Asiakirjoista saadun selvityksen perusteella TEO katsoi, että annetut lausunnot ja selvitykset eivät täytä näitä vaatimuksia ja että ko. lausunnot saattavat vaikeuttaa potilaan oikeuksien toteutumista. TEO:lla ei ole toimivaltaa antaa määräyksiä potilasasiakirjoissa tai lääkärinlausunnossa olevien virheiden oikaisussa, mutta TEO katsoo kuitenkin, että ao. erikoishammaslääkärin tulisi laatia uusi lääkärinlausunto sen jälkeen kun mahdolliset virheet ja sekaannukset potilasasiakirjoissa on korjattu.

Ks. myös TEO DNo 1536/475/97, 29.10.1997: Potilasasiakirjoja tai potilasasiakirjamerkintöjen oikaisua koskeva pyyntö tulee ensisijaisesti osoittaa potilasta hoitaneeseen terveydenhuollon toimintayksikköön. Tarkastusoikeuden ja oikaisuvaatimuksen epäämistä koskevat asiat voi saattaa tietosuojavaltuutetun tutkittavaksi.

[630] Vastaava säännös sisältyi aikanaan Lääkärintoimen harjoittamisesta annetun lain 12 §:ään.

On huomattava, että rikosprosessissa syytetyllä on oltava mahdollisuus kuulustella todistajia. Lääkärin todistaja-asemaa ja mahdollisuutta kirjallisen todistuksen antamiseen ei ole juurikaan tarkasteltua oikeudenmukaista oikeudenkäyntiä koskevien vaatimusten valossa.

3.4.5. Salassapitovelvollisuus

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden salassapitovelvollisuus on keskeinen osa tämän tutkimuksen tarkastelua ja siihen palataan yksityiskohtaisesti jäljempänä. Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain 17 § asettaa ammattihenkilölle yleisen salassapitovelvollisuuden yksityisen tai perheen salaisuudesta, josta hän on asemansa tai tehtävänsä perusteella saanut tietää. Potilaslain 13 § määrää, että potilasasiakirjoihin sisältyviä tietoja ei saa antaa sivulliselle tiedoksi muutoin kuin sen henkilön suostumuksella, jota asiakirjat koskevat. Julkisuuslain 24 § 2 momentin 25-kohta määrää salassapidettäväksi viranomaisen asiakirjat, jotka sisältävät tietoja henkilön terveydentilasta tai vammaisuudesta taikka hänen saamastaan terveydenhuollon ja kuntoutuksen palvelusta.

Salassapitovelvollisuuden rikkominen on rangaistavaa paitsi virkamiehille, myös kaikille terveydenhuollon ammattihenkilöille (potilaslain 14 §, rikoslain 38. luvun 1 §).

3.4.6. Velvollisuus tiedon antamiseen viranomaiselle

Terveydenhuollon ammattihenkilöille asetettu ilmoitusvelvollisuus potilaan yksityiselämää koskevasta arkaluonteisesta tiedosta on ilmeisessä ristiriidassa edellä mainitun salassapitovelvollisuuden kanssa ja näihin ristiriitatilanteisiin palataan jäljempänä. Erilaisia ilmoitusvelvollisuuksia on säädetty erillislainsäädännössä (ml. laki sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisista keskusrekistereistä, L 556/1989).

3.4.7. Velvollisuus myötävaikuttaa toiminnan valvontaan

Terveydenhuollon ammattihenkilöihin kohdistuu moninkertainen seuranta ja valvonta. Esimerkiksi asianajajien ammatinharjoittamista valvoo pääasiassa asianajajaliitto, mutta terveydenhuollon ammattihenkilön toimintaa valvoo ammattijärjestön lisäksi erityisviranomaisena terveydenhuollon oikeusturvakeskus sekä yleisviranomaisena asianomainen lääninhallitus[631].

Tarkastusfunktion toteuttamiseksi terveydenhuollon ammattihenkilö on velvollinen ilmoittamaan terveydenhuollon oikeusturvakeskukselle itsenäisen ammatinharjoittamisen aloittamisesta (laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 20 §). Laki yksityisestä terveydenhuollosta velvoittaa vielä terveydenhuollon palvelujen tuottajan, joka toimii muuna kuin itsenäisenä ammatinharjoittajana, hakemaan erillisen luvan toiminnalleen[632]. Terveydenhuollon ammattihenkilöis-

---

[631] Ks. HE 33/1994 vp. (luku 1.2.): Julkisen sektorin palveluksessa olevia terveydenhuollon ammatinharjoittajia valvovat myös oikeuskansleri ja eduskunnan oikeusasiamies.
[632] Ks. edellä KHO 1993 A 31.

tä annetun lain 25 § 3 momentin perusteella terveydenhuollon oikeusturvakeskus taikka lääninhallitus voivat tarkasta ammattihenkilön vastaanottotoiminnan (ml. potilasasiakirjat). Potilasasiakirjojen tarkastukset eivät edellytä kyseisen potilaan suostumusta[633]. Myös lääkelaitoksella on kliinisen lääketutkimuksen yhteydessä vastaava vastaanottotoiminnan tarkastusoikeus (Lääkelaki 87 § 2 momentti). Potilasvahinkolautakunnalla ei tarkastusoikeutta ole, vaikka sillä on oikeus saada tarvitsemansa tiedot potilasasiakirjoista (PotVahL 12 §), mutta se voi pyytää terveydenhuollon valvontaviranomaisia tarvittaessa suorittamaan vastaanottotoiminnan tarkastuksen.

Terveydenhuollon ammattihenkilön vastaanottotoiminnan tarkastamiselle ei lainsäädännössämme ole asetettu läheskään niin tiukkoja vaatimuksia, kuin poliisioikeudellisiin pakkotoimiin (esim. takavarikko taikka etsintä)[634]. Vastaanottotoiminnan tarkastaminen turvaamistoimenpiteenä ei edellytä erillistä ja valituskelpoista päätöstä terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen taholta. Tarkastuksen yhteydessä loukataan kuitenkin paitsi ammattihenkilön omaisuuden suojaa, myös potilaiden yksityiselämän suojaan[635]. Käytännössä terveydenhuollon oikeusturvakeskus pyytää tarkastuksia varten virka-apua lääninhallitukselta, joka voi tarvittaessa asettaa uhkasakon tarkastuksen toteuttamiseksi taikka pyytää jopa poliisilta virka-apua. Tarkastustoimintaa suorittavien lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosastojen resurssit eivät aina kuitenkaan ole riittäneet kaikkien pyydettyjen tarkastusten suorittamiseen[636].

---

633 TSV DNo 381/41/92.

634 Helminen et al. 2000, s. 209–211.

635 Ks. TSV DNo 381/41/92. Vastaava tilanne on ollut esillä ratkaisussa KKO 2001:39, 20.4.2001 T 808 koskien asianajajan salassapidettävien asiakirjojen takavarikkoa.

636 AOA DNo 1239/2/97, 12.10.1998: Apulaisoikeusasiamies otti omana aloitteena tutkittavakseen, miksi terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen lääninhallitukselta pyytämät terveydenhuollon ammattihenkilöiden vastaanottotoimintojen tarkastamiset olivat viivästyneet asetetuista määräajoista kohtuuttomasti.

Erästä kantelua tutkittaessa oli käynyt ilmi, että terveydenhuollon oikeusturvakeskus oli 16.5.1994 pyytänyt Uudenmaan lääninhallitusta toimittamaan oikeusturvakeskukselle lausunnon erään lääkärin vastaanottotoiminnan tarkastamisesta. Lausuntoa oli pyydetty 31.8.1994 mennessä. Tarkastus toimitettiin kuitenkin vasta 3.1.1995 ja tarkastuskertomus laadittiin 31.3.1996. Lääninhallitus lähetti 9.4.1996 lausunnon tarkastuksesta oikeusturvakeskukselle. Oikeusturvakeskus totesi 10.11.1997 apulaisoikeusasiamiehelle asian selvittämisen yhteydessä antamassaan lausunnossa, että kahden hammaslääkärin vastaanottoja ei ollut tuolloin vieläkään tarkastettu, vaikka oikeusturvakeskus oli jo elokuussa 1995 pyytänyt lääninhallitusta tarkastamaan heidän vastaanottonsa. Oikeusturvakeskus totesi lausunnossaan myös, että se oli kiinnittänyt jo pidempään huomiota siihen, että Uudenmaan läänin alueen lääkäreiden vastaanottotoimintojen tarkastamiset olivat viivästyneet. Asianomaisen lääninlääkärin antaman selvityksen ja selityksen mukaan viivästymiset lääkäreiden vastaanottojen tarkastamisessa ja tarkastuslausuntojen laatimisessa johtuivat pääasiassa silloisen Uudenmaan lääninhallituksen suuresta työmäärästä suhteessa käytettävissä olevaan tarkastushenkilöstöön. Saadun selvityksen perusteella AOA totesi, että lääkärin vastaanottotoiminnan tarkastaminen tarkastuslausunnon laatimisineen kesti lähes kaksi vuotta ja hammaslääkärin runsaat kaksi ja puoli vuotta. Toisen hammaslääkärin vastaanottotoiminnan tarkastamista koskevaan pyyntöön vastaaminen kesti lähes kaksi ja puoli vuotta. Oikeusturvakeskuksen käsityksen

3.4.8. Vakuuttamisvelvollisuus

Potilaiden oikeus saada korvausta hoitovahingoista perustuu pitkälti potilasvakuutusjärjestelmään. Vakuutusjärjestelmän toimivuus edellyttää, että korvausjärjestelmän piiriin kuuluvat huolehtivat myös vakuutuksen ottamisesta. Tämän vuoksi terveydenhuollon ammattihenkilöille on terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain 21 §:ssä asetettu velvollisuus huolehtia potilasvahinkovakuutuksen hankkimisesta. Potilasvahinkolain 4 § määrää, että terveyden- ja sairaanhoitotoiminta harjoittavalla on oltava vakuutus potilasvahinkolain mukaisen vastuun varalta ja mahdollistaa korotetun vakuutusmaksun perimisen vakuutusvelvollisuuden laiminlyöneeltä. Käytännössä vakuutusmaksu sisältyy useimpien terveydenhuollon ammattijärjestöjen jäsenmaksuun.

3.5. HOITOSUHTEEN ANALYYTTINEN TARKASTELU

Edellä on pyritty lyhyesti esittämään hoitosuhteeseen liittyviä oikeuksia ja velvollisuuksia, joista potilaan oikeus terveydentilaansa tai sairauttaan koskevien tietojen korostettuun suojaan sekä oikeus kieltää tällaisten tietojen luovutus ja käyttö on jäljempänä yksityiskohtaisen tarkastelun kohteena. *On kuitenkin huomattava, että edellä esitetyn koosteen tarkoituksena oli ennen kaikkea luoda mielikuva hoitosuhteesta oikeudellisena ilmiönä, johon liittyy hyvin monentyyppisiä suojattavia intressejä*. Pyrittäessä sijoittamaan tämä oikeusilmiö oikeusjärjestelmän kokonaisuuteen, on voitava erottaa suojattavat intressit, suojattavat henkilötahot sekä intressien suojaamiskeinot ja ottaa ne kussakin yksittäistapauksessa erillistarkasteluun[637]. Lisäksi on muistettava, että hoitosuhteen tyyppi voi vaihdella potilasaloitteisesta hoitosuhteesta, jossa toiminnan perustana on

---

mukaan Uudenmaan lääninhallitukselta pyydettyjen vastaanottotoimintojen tarkastamisten viivästymiset olivat pitkittäneet kyseisen lääkärin ja hammaslääkäreiden toiminnan asianmukaisuuden arviointia oikeusturvakeskuksessa, eikä mahdollista potilasturvallisuuden vaarantumista ollut myöskään voitu eräissä tapauksissa sulkea pois. AOA:n käsityksen mukaan kyseisten terveydenhuollon ammattihenkilöiden vastaanottotoimintojen tarkastamiset tarkastuslausuntojen laatimisineen olivat kestäneet kohtuuttoman pitkään. Näiden tehtävien joutuisalla suorittamisella on merkitystä potilasturvallisuudelle. Lääninlääkäri ei ollut esittänyt perusteita sille, että hän oli asettanut muut virkatehtävänsä tärkeysjärjestyksessä kyseisten tarkastusten edelle. AOA antoi lääninlääkärille huomautuksen hänen edellä selostetusta menettelystään, jota AOA piti valtion virkamieslain 14 §:n vastaisena. Samalla hän kiinnitti lääninlääkärin huomiota vastaisen varalle virkatehtävien suorittamisen joutuisuuteen sekä siihen, että tehtävät tulee asettaa niiden laadun vaatimaan tärkeysjärjestykseen.

[637] Hoitosuhteen oikeudellisen analyysin monimutkaisuutta kuvaa korkeimman oikeuden ratkaisu KKO 1998:79, 25.6.1998 T 2142: …A on vaatinut kuntayhtymän velvoittamista yhteisvastuullisesti muiden vastapuolten kanssa korvaamaan hänelle aiheutunut vahinko paitsi vahingonkorvauslain 2. luvun 1 §:n ja 3. luvun 2 §:n nojalla myös sopimussuhteeseen perustuvan vastuun perus-

potilaan suostumus, pakkohoitosuhteeseen, joka perustuu henkilön oikeuksien merkittävään rajoittamiseen.

Eri henkilötahojen intressien erottelua on käytetty siviilioikeudessa mm. irtaimen esineen kaupan oikeussuhteiden analyyttisessä tarkastelussa[638]. Hallintooikeudessa tällainen tarkastelu on ollut harvinaisempaa johtuen tarkastelun yksiviivaisuudesta oikeusturvaa hakevan hallintoalamaisen ja julkista valtaa edustavan viranomaisen välillä, missä oikeussuhteessa ei juuri ole huomioitu sivullistahoja[639]. Terveydenhuollon oikeussuhteissa on kuitenkin useita intressitahoja, joilla on erilaisia intressejä valvottavanaan. Julkinen valta ja sitä edustavat viranomaiset ovat hoitosuhteen osalta pääsääntöisesti sivullisen asemassa (potilaslaki 13 §). Eri viranomaisten intressit ovat myös hyvin erityyppisiä, joten ei ole perusteltua pitää julkista valtaa vain yhtenä osapuolena tarkastelussa. Vähintään on syytä erottaa hoitoa tarjoava tai järjestävä viranomainen ja muut viranomaiset.

Julkinen hallinto on hyvinvointivaltiossa laajentanut tehtäviään suunnittelemaan ja valvomaan myös kansalaisten keskinäisiä suhteita. Siksi on usein mahdotonta ratkaista julkisen vallan ja yksittäisen kansalaisen suhdetta ottamatta huomioon ratkaisun heijastusvaikutuksia julkisen vallan ja muiden kansalaisten välisiin suhteisiin ja vastaavasti myöskin kansalaisten keskinäisiin suhteisiin[640]. Erityisesti perusoikeussäännösten osalta onkin otettava huomioon paitsi näiden normien vaikutus viranomaisen ja kansalaisen välillä myös niiden vaikutus kansalaisten välisiin oikeussuhteisiin (*perusoikeussäännösten horisontaalivaiku-*

---

teella. Potilasvahinkolaissa ei ole määräystä siitä, *ettei korvausta voitaisi samaan aikaan vaatia erilaisilla vastuuperusteilla eri vahingonaiheuttajilta*.

Sairaalan ja potilaan välistä suhdetta ei voida pitää sopimussuhteena. Perusteltuna voidaan kuitenkin pitää, että sairaala on myös sopimussuhteen ulkopuolella vastuussa ostopalveluna hankkimistaan hoitotoimenpiteistä. Tartunnan ei ole näytetty aiheutuneen Tallinnassa sijaitsevan sairaalan tuottamuksesta. Potilasvakuutus kattaa kuten Korkein oikeus edellä on katsonut, myös vakuutuksen piiriin kuuluvan sairaalan ostopalveluna hankkiman hoidon yhteydessä tapahtuneen, tuottamuksesta riippumattoman potilasvahingon. Kuntayhtymää ei sen sijaan voida tällä perusteella velvoittaa korvaamaan vahinkoa.

Vahingonkorvauslain 3. luvun 2 §:n 1 momentin mukaan julkisyhteisö on velvollinen korvaamaan julkista valtaa käytettäessä virheen tai laiminlyönnin johdosta aiheutuneen vahingon. Pykälän 2 momentin mukaan tällainen vastuu yhteisöllä on kuitenkin vain, milloin toimen tai tehtävän suorittamiselle sen laatu ja tarkoitus huomioon ottaen kohtuudella asetettavia vaatimuksia ei ole noudatettu.

Tampereen yliopistollinen sairaala on antaessaan potilaanaan olleelle A:lle lähetteen ohitusleikkaukseen toisessa sairaalassa käyttänyt julkista valtaa. Käräjäoikeuden tuomiosta ilmenevin perustein Korkein oikeus katsoo kuitenkin jääneen näyttämättä, että leikkauksen suorittanutta sairaalaa valittaessa olisi jätetty noudattamatta tehtävälle sen laatu ja tarkoitus huomioon ottaen kohtuudella asetettavia vaatimuksia.

638 Zitting 1989, s. 4–10. Ks. myös Kartion (Kartio 1997, s. 153–163) katsaus asianosaisrelaatioiden ja niihin liittyvien intressien tarkastelusta suomalaisessa siviilioikeustieteessä.

639 Merikoski 1968, s. 132–137.

640 Mäenpää 1989, s. 20–26.

tus)[641]. Tämän tyyppisellä tarkastelulla on erityinen merkitys, kun tarkastelun kohteena ovat säännökset, jotka pyrkivät antamaan julkiselle vallalle oikeuksia asioissa, jotka kuuluvat kansalaisten (väliseen) yksityiselämään.

Pyrittäessä tarkentamaan ja harmonisoimaan hoitosuhteen oikeudellista tarkastelua tulee siis erottaa ainakin:

- hoitosuhteen tyyppi
- suojattava intressi
- intressitaho
- suojaamiskeino
- suojan alkamis- ja päättymisaika

Erottelutapaa voidaan sovelletaan esimerkiksi hoitovelvollisuuteen perustuvaan hoitosuhteeseen ottaen tarkastelukohteeksi potilaan itsemääräämisoikeuden hoitovalinnan suhteen: Kuvitteellisena esimerkkinä voidaan pitää seuraavaa ”sairauskertomukseen kirjattua” tilannetta, jossa potilas tulee ambulanssilla sairaalaan:

> *Ambulanssi oli hälytetty potilaan kotiin potilaan voimakkaan rintakivun takia ja ambulanssin saapuessa paikalle potilas oli tajuton. Paikalla olevat omaiset olivat voimakkaasti järkyttyneitä tilanteesta. Ambulanssimiehistö totesi kannettavalla difibrillattorilaittellaan potilaan olevan kammiovärinässä ja antoi (omaisilta lupaa kysymättä) välittömästi 250 J sähköiskun suomalaisen hoitokäytännön mukaisesti ja sen jälkeen suonensisäisesti rytmihäiriön uusiutumista ehkäisevää lääkettä. Hoidolla potilas saatiin ns. sinusrytmiin ja hänet kuljetettiin tajuttomana keskussairaalan ensiapuun. Potilas on sairaalaan tullessa tokkurainen, mutta vastaa jo kysymyksiin. Hän saa sairaalaan tullessa voimakasta kipulääkettä ja sepelvaltimoita laajentavaa lääkitystä Sairaalassa otetuissa EKG-käyrissä todetaan ilmeinen sydäninfarkti ja potilaalle annetaan sydäninfarktin liuotushoito. EKG-muutokset lievenevät, mutta muutaman tunnin kuluttua potilaalla tulee uudelleen rintakipuja ja EKG-muutokset viittaavat uuteen sydäninfarktiin. Potilaalle laitetaan keuhkovaltimokatetri sydän- ja verenkiertoelimistön tilan seuraamiseksi. Hoitovaihtoehtoina on liuotushoidon uusiminen edellyttäen, että ensimmäinen liuotushoito on annettu valmisteella, joka mahdollistaa hoidon uusimisen taikka pallolaajennushoito, mikäli sellaiseen toimenpiteeseen pystyvä lääkäri on saatavilla. Mikäli hoitava lääkäri on kuitenkin ensimmäisessä liuotuksessa käyttänyt streptokinaasia (joka on halvin ja edelleen Suomessa yleisimmin käytetty liuotushoito), on enää vain pallolaajennus mahdollinen ja se on saatavissa vain yliopistosairaalassa. Potilas on saanut suhteellisen runsaan annoksen morfiinia sydäninfarktikipuun ja on subjektiivisesti suhteellisen ”reippaalla” tuulella sairaalan teho-osastolla. Potilaan vaimo on aamuyön tunteina saapunut hänkin sairaalaan, mutta joutuu lähinnä odottamaan, koskei teho-osastolle päästetä öisin vieraita. Hän on tullessa ollut hyvin itkuinen ja on saanut päivystyksestä pienehkön annoksen rauhoittavaa lääkettä, joka vähentää hänen tilanteesta*

[641] Karapuu ja Jyränki 2000, s. 83–84; Viljanen VP 1988, s. 273–279.

kokemaansa pelkoa, mutta kyselee silti hoitohenkilökunnalta koko ajan, koska hänen aviomiehensä pääsee kotiin. Päivystävä lääkäri ja hoitohenkilökunta ovat suhteellisen kiireisiä hoitaessaan muita päivystykseen saapuneita potilaita.

Tilanteessa potilasta on hoitanut jo usea eri henkilö (mahdollisesti esim. ambulanssilääkäri, päivystyksen lääkäri sekä teho-osaston lääkäri), joiden valintaan potilas ei ole voinut myötävaikuttaa. Potilaalle on tehty myös merkittäviä toimenpiteitä (sydämen rytmin normalisointi voimakkaalla sähköiskulla, sydäninfarktin liuotushoito sekä keuhkovaltimokatetrin asettaminen), joiden vaikutuksista hänellä on ollut hyvin vähäiset tiedot ennen toimenpiteiden suorittamista. Potilaalle on lääkärin toimesta selitetty, että hänellä on ilmeinen sydäninfarkti ja että sitä pyritään hoitamaan. Potilaan omaisille on sairaanhoitajien toimesta selitetty, että potilaalla on sydäninfarkti ja että hänen tilanteensa on vakava. Selkeää ja nimenomaista suostumusta ei mihinkään em. toimenpiteeseen ole hankittu, mutta hoitohenkilökunnan tiedossa ei ole myöskään ole potilaan kielteistä tahdonilmaisua sydäninfarktin normaalin hoidon suorittamisen suhteen. *Kysymykseksi jää, millä perusteella oikeusjärjestys hyväksyy kyseisen toiminnan oikeudenmukaisuuden*. Tilanteen analyyttisessä tarkastelussa voidaan todeta mm. seuraavaa:

Kyseessä on tilanne, jossa potilas ei ole valinnut häntä hoitavia terveydenhuollon ammattihenkilöitä eivätkä terveydenhuollon ammattihenkilöt potilastaan. Kyse on siis tyypillisestä hoitovelvollisuuteen perustuvasta hoitosuhteesta, jonka syntymisen perustana on terveydenhuollon ammattihenkilöiden asema ja siihen liittyvä velvollisuus hoitaa kiireellistä apua tarvitsevaa potilasta. Kyseisessä tilanteessa voidaan erottaa neljä merkittävä intressitahoa, jotka ovat potilas (taho 1), potilaan omaiset (taho 2), hoidosta vastaavat terveydenhuollon ammattihenkilöt (taho 3) sekä terveydenhuollon toimintayksiköstä vastaava viranomainen (taho 4).

Terveydenhuollon ammattihenkilöt pyrkivät suojaamaan potilaan henkeä ja terveyttä (intressi 1). Lisäksi heidän tulisi pyrkiä suojaamaan potilaan itsemääräämisoikeutta (intressi 2) ja yksityiselämää (intressi 3). Nämä jälkimmäiset intressit muuttuvat kuitenkin potilaan kannalta varsin vähämerkityksisiksi, jos hän kuolee. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden intresseihin kuuluu oikeus päättää hoidosta (intressi 4) ja siihen liittyvä velvollisuus hyvän hoidon toteuttamiseen. Terveydenhuollon toimintayksikön intresseihin kuuluu mm. hoidon toteuttaminen kustannustehokkaasti (intressi 5).

Potilaan oletetaan haluavan suojata itsemääräämisoikeuttaan (intressi 2) suhteessa kaikkiin em. tahoihin, mutta ennen kaikkea suhteessa terveydenhuollon ammattihenkilöihin ja palveluja järjestävän viranomaiseen. Suhteessa ammattihenkilöihin potilaalla on mahdollisuus kieltäytyä ehdotetusta toimenpiteestä. Suhteessa omaisiin hänellä on mahdollisuus kieltää hoitoa koskevien tietojen

antaminen ja siten estää heidän osallistumisensa hoitopäätöksistä keskusteluun.

Yllä esitettyjen *potilaan* intressien tarkastelua suhteessa terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja terveydenhuollon toimintayksiköstä vastaavan viranomaisen intresseihin selvennetään alla olevassa taulukossa (Taulukko 1).

Kun edellisen perusteella sitten tarkastellaan hoitohenkilökunnan asemaa, voidaan todeta, että: potilaalla on hoidonsaamisintressin oikeudelliseksi toteuttamiseksi (intressi 1) mahdollisuus vedota terveydenhuollon ammattihenkilöiden (taho 3) velvollisuuteen hoitaa kiireellistä apua tarvitsevaa potilasta ja terveysviranomaisen velvollisuuteen ottaa hoitoon kiireellistä apua tarvitseva potilas (taho 4). Hän ei kuitenkaan voi itse määrittää tarvitsevansa kiireellistä apua, vaan ”diagnostisointi” jää terveydenhuollon ammattihenkilöiden (lääkärin) vastuulle. Terveydenhuollon ammattihenkilöillä on hoidosta päättämisintressinsä toteuttamiseksi (esimerkiksi suhteessa viranomaisen toimintaan kohdistamiin määrärahoihin) mahdollista vedota samoin ammattihenkilön velvollisuuteen hoitaa kiireellistä apua tarvitsevaa potilasta sekä velvollisuuteen hyvän hoidon antamiseen (nimenomaan valittaessa hoitokeinoja). Terveydenhuollon ammattihenkilö (käytännössä lääkäri) myös päättää, kuka on kiireellinen potilas. Näihin intresseihin vedotaan ennen kaikkea suhteessa palveluja järjestävään viranomaiseen (taho 4), mutta joskus myös suhteessa muihin potilaisiin ts. priorisoitaessa hoitoon pääsyä.

Mahdollinen intressikollisio potilaan itsemääräämisoikeuden osalta tapahtuu siis nimenomaan verrattaessa potilaan itsemääräämisoikeutta hoitohenkilökunnan velvollisuuteen antaa hyvää hoitoa kiireellistä apua tarvitsevalle potilaalle ja toisaalta verrattaessa potilaan itsemääräämisoikeutta terveydenhuoltoviranomaisen intressiin toteuttaa kustannustehokasta hoitoa.

Kun tarkasteluun liitetään aika-aspekti, voidaan todeta (taulukon 1 mukaisesti), että potilaan itsemääräämisoikeus voi realisoitua vasta, kun hän todellisuudessa pystyy sitä käyttämään (eli kun potilas on saatu jossain määrin toimintakykyiseksi ja on yleensä olemassa tarpeellisia tietoja hoitopäätösten tekemiseksi, joista potilasta voidaan informoida). Tätä ennen hoitopäätöksien sisällön määrittää ennen kaikkea hoitohenkilökunnan velvollisuus toteuttaa hyvää hoitoa. Mikäli potilas on ennen sairastumistaan selkeästi määrittänyt hoitohenkilökunnalle toivomuksensa hoidon suunnittelusta (esimerkiksi jos potilasta on hoidettu sepelvaltimotaudin takia ja hän on toivonut pallolaajennuksen toteuttamista) ja tahdonsuunta on hoitohenkilökunnan tiedossa, tulee tahdonilmaus huomioida, mutta se sitoo hoitohenkilökuntaa vain, jos toivottu hoito on tosiasiallisesti saatavissa ja se on lääketieteellisesti perusteltu (eli täyttää hyvän hoidon kriteerit). Potilaan tahdonsuunta ei toisaalta sido terveyspalveluja tarjoavaa viranomaista, joka vastaa vain siitä, että ”peruspalvelu” on saatavissa ts. että infarktipotilaiden ensihoito on järjestetty tyydyttävällä tavalla, mutta suoranaista velvollisuutta esimerkiksi organisoida ympärivuorokautisen pallolaajennushoidon mahdolli-

Taulukko 1: Hoitosuhteeseen liittyviä intressejä ja sivullistahoja

Intressitaho		**Hoidonsaamisintressi**	**Itsemääräämisintressi (henkilökohtainen vapaus)**	**Yksityiselämän suojaa koskeva intressi**
Potilas	*Alkuhetki*	Alkaa kun tarve ilmenee	Alkaa kun hoito-toimenpiteitä suoritetaan	Alkaa kun arka-luonteisia tietoja kerätään
	Kohdistuminen	Tarvitaan hoito-henkilökuntaa ja terveyden huollon toimintayksiköstä vastaavaa viran-omaista vastaan	Tarvitaan hoito-henkilökuntaa ja terveyden huollon toimintayksiköstä vastaavaa viran-omaista vastaan	Tarvitaan omaisia ja sivullisia vastaan (ml. julkinen valta)
	Säännösperuste	Säännösperustana laki terveyden-huollon ammatti-henkilöistä ja eri-koissairaanhoito-laki	Säännösperustana potilaslaki	Säännösperustana perustuslain 10 §
Hoitohenkilökunta	*Alkuhetki*	Lääkäri päättää hoitoon ottami-sesta ja hoidon aloittamisesta	Hoitohenkilökunta on velvollinen toteuttamaan hyvää hoitoa	Hoitohenkilökunta on salassapito-velvollinen
	Kohdistuminen	Alkaa kun tilanne on diagnostisoitu ”kiireelliseksi”	Alkaa kun potilas on tuotu tervey-denhuollon toi-mintayksikköön	Alkaa kun tietoja potilaasta on käytettävissä
	Säännösperuste	Säännösperustana laki terveyden-huollon ammatti-henkilöistä, eri-koissairaanhoito-laki	Säännösperustana potilaslaki ja laki terveydenhuollon ammattihenkiöistä	Säännösperustana laki terveyden-huollon ammatti-henkilöistä, rikoslaki
Terveydenhuollon toimintayksikkö	*Alkuhetki*	Julkisella vallalla on peruspalvelun järjestämis-velvollisuus	Julkinen valta voi puuttua henkilön koskemattomuu-teen vain erillisen lainsäännöksen pe-rusteella (pakko-hoitosuhde)	Julkinen valta on velvollinen kun-nioittamaan ja edistämään henkilön yksityiselämän suojaa (perustuslain 10 §)
	Kohdistuminen	Alkaa jo ennen yksittäisen tapauksen ilmaantumista	On koko ajan voimassa	On koko ajan voimassa
	Säännösperuste	Säännösperustana perustuslain 19 § ja erikoissairaan-hoitolaki	Säännösperustana perustuslaki ja potilaslaki	Säännösperustana perustuslaki, julkisuuslaki ja henkilötietolaki
Omainen	*Alkuhetki*	Omaisella on oikeus vaatia hoitoa aloi-tettavaksi vain pak-kohoitotilanteessa tai kun myös potilas sitä itse haluaa	Omaisella on oikeus vaatia hoitoa aloitet-tavaksi vain pakko-hoitotilanteessa tai kun potilas sitä itse haluaa	Omaisella ei ole oikeutta tietojen saantiin, jos potilas ei sitä halua
	Kohdistuminen	Alkaa kun potilaan hoito aiheuttaa omaiselle huolta, vaivaa tai kuluja	Alkaa kun potilas sitä haluaa tai kun hän ei pysty osallis-tumaan hoitopäätök-siin	Alkaa, kun potilaan terveydentilatiedot vaikuttavat ympä ristön sosiaalisiin suhteisiin
	Säännösperuste	Potilaslain säännök-set omaisten asemasta	Potilaslain säännök-set omaisten ase-masta	Potilaslaki, julki-suuslaki, rikoslaki

suus ei sillä ole. Terveydenhuollon ammattihenkilöt toisaalta päättävät, mikä potilaan osalta on hyvää hoitoa ja viranomainen ei sinänsä voi puuttua yksittäisen potilaan hoidossa tehtyihin linjavalintoihin, vaikka ne eivät viranomaisen mielestä täyttäisikään kustannustehokkuuden kriteereitä (esimerkiksi jos potilas on halunnut streptokinaasihoidon tilalle toiselle trombolyysilääkkeellä tehdyn liuotushoidon, mikä mahdollistaa liuotuksen turvallisen uusimisen infarktin uusiutuessa). Näin yllä kuvatussa esimerkissä päädytään arvioon, jossa nimenomaisen suostumuksen hankkimisen puuttuminen ei sinänsä ollut tuomittavaa terveydenhuollon ammattihenkilöiden toteuttaessa kiireellisen potilaan hoitovelvollisuutta hyvän hoidon kriteerien mukaisesti. Se seikka, että esimerkiksi vaihtoehtoista liuotushoitoa taikka sepelvaltimoiden pallolaajennushoitoa ei ole terveydenhuollon toimintayksikössä saatavissa voi toki muodostua sellaiseksi puutteeksi peruspalvelun järjestämisessä, johon potilas voi vedota viranomaista vastaan, mutta vain, jos vaihtoehtoiset hoidot voidaan osoittaa välttämättömäksi turvattaessa oikeutta ihmisarvoiseen elämään. Vaikka kyseisen hoitomuodon puuttuminen olisi poikkeama hyvän hoidon standardista, ei potilas voi tehokkaasti vaatia korvausta mahdollisesta potilasvahingosta (tarpeellisen hoidon laiminlyöminen), koska kyse on terveydenhuollon ns. resurssivahinko, jota kokenutkaan ammattihenkilö ei olisi voinut välttää[642].

Edellä esitetyn tarkastelun monimutkaisuus osoittaa hyvin (kuten oli tarkoituskin) yleisten sääntöjen asettamisen vaikeuden tarkasteltaessa hoitosuhteen oikeusvaikutuksia. Se myös demonstroi analyyttisen mallin mahdollisuudet terveydenhuollon oikeussuhteiden tarkastelussa, vaikka edellisessä tarkastellussa ei edes otettu kantaa hoitosuhteen oikeusvaikutuksiin sivullissuhteissa. Näitä sivullissuhteista tarkastellaan syvällisemmin tutkimuksen potilaan yksityisyyden suojaa koskevassa osassa.

[642] Kaivola ja Lehtonen 2000c, s. 4301–4304.

4. Yksityisyyden suoja hoitosuhteessa

4.1. HOITOSUHTEEN LUOTTAMUKSEN SUOJAN HISTORIALLINEN TAUSTA

Lääkärin ja hänen ammattiapulaisensa salassapitovelvollisuus on hyvin vanhaa perua. Jo Hippokrateen valassa mainitaan lääkärin velvollisuus pitää salassa ne salaisuudet mitä hän ammattinsa harjoittamisen yhteydessä saa tietoonsa[643]. Lääkärin valamuotoisella sitoutumisella (”vihkiytymisellä”) ammatinharjoittamisen periaatteisiin on selkeitä liittymäkohtia uskonnollisiin riitteihin ja antiikin lääkärikoulut juonsivatkin juurensa sekä Apollon että hänen poikansa parantajajumala Aesklepiuksen palvontaan[644]. Myöhäisantiikin aikana hellenistisen kulttuurin sekoittuessa juutalais-kristillisen traditioon sairauksien synnyn luonnontieteellisen selittämisen rinnalle nousi juutalaisperäinen ajatus sairaudesta synnin palkkana[645]. Juutalaista perua oli myös ajatus siitä, ettei potilaalla ollut oikeutta päättää ruumiistaan, vaan sekä sielu ja ruumis kuuluivat jumalalle ja potilasta hoitavalla oli jumalallinen velvollisuus parantaa potilas[646].

Kun parantaminen sairaudesta oli parantamista synnistä, oli luontevaa, että keskiajalle siirryttäessä antiikin ammattikuntaan vihkiytymisestä lähtenyt salassapitovelvollisuus siirtyi katolliseen traditioon sekä syntien tunnustamisen kautta tapahtuvaan parantamiseen (rippiin) että varsinaiseen (ja usein munkkien harjoittamaan) lääketieteelliseen parannustoimintaan[647] liittyvänä ankarana salassapitovelvollisuutena, josta poikkeamisesta rangaistaminen ei tapahtunut maallisen, vaan kanonisen lainsäädännön perusteella. Valistusajan ”maallisiin” lakikodifikaatioihin lääkärin – samoin kuin papinkin – salassapitovelvollisuus siirtyi kanonisen lainsäädännön soveltamisalan kavetessa. Se on moderneissakin oikeusjärjestyksissä säilyttänyt merkityksensä osana henkilön yksityiselämän suojaa, joskin henkilöiden välisen kommunikaation suojan ulottuvuus on kaventunut julkisen vallan edellyttäessä sairaustietojen kirjaamista ja terveydenhuollon muodostuttua osaksi julkisen vallan palvelutuotantoa.

---

643 Hippokrateen valan alkuperä on tuntematon, mutta se on yleensä laitettu Kos-saarella 500-luvulla eKr. toimineen lääkärikoulun päämiehen Hippokrateen nimiin. Kos-saaren lääkärikoulun opit koottiin myöhemmin antiikin aikanaan yhteen Corpus Hippocrates -nimisenä teoksena. Veatch 1989, s. 7.

644 Chapman 1984, s. 18–19. Ks. myös Vuori 1979, s. 43.

645 ibid., s. 8–14. Ks. myös Carmi 1987, s. 218–224.

646 Carmi 1987, s. 218–224.

647 Veatch 1984, s. 9, Vuori 1979, s. 58–59.

Historiallisen tradition lisäksi terveydenhuoltohenkilökunnan salassapitovelvollisuudelle on haettu myös käytännöllisiä perusteita. *Utilitaristisen käsityksen* mukaan potilas-lääkäri -suhteen luottamuksellisuuden suojan tarkoituksena on lisätä hoidon onnistumistodennäköisyyttä, koska tietoisuus kommunikaation luottamuksellisuudesta lisää potilaan hoitomyöntyvyyttä ja näin tiedonvaihtoa lisätessään parantaa lääkärin mahdollisuuksia päätyä oikeaan diagnoosiin ja hoitoon[648]. Hoidettavan luottamus parantajaan parantaa myös hoitotulosta.

Varsinainen yksityisyyden suojan (”right to privacy”) käsite on peräisin Yhdysvalloista[649]. Case law-mallissa käsite on sen sadan vuoden aikana, jona sitä on käytetty oikeudellisen argumentaation perustana, laajentunut yhä uusille elämänalueille, joilla asianajajat ovat puolustaneet kansalaisten valinnan vapautta julkisen vallan asettamia rajoituksia vastaan taikka vaatineet korvauksia asiakkaansa oikeuksien loukkaamisesta mitä erilaisimmissa käytännön elämän tilanteissa. Yhdysvaltalaisen konseptin mukaan jokaisella henkilöllä on ensinnäkin oikeus välttää ei-toivottuja taikka epäoikeutettuja paljastuksia sellaisista asioista, jotka eivät koske yhteisöä, vaan vain henkilöä itseään (*siviilioikeudellinen yksityisyyden suoja*) ja oikeus saada vahingonkorvausta tämän oikeuden loukkaamisesta[650]. Jokaisella on myös oikeus tulla jätetyksi omaan rauhaansa (*perustuslaillinen yksityisyyden suoja*) pelkäämättä julkisen vallan puuttumista hänen elämäänsä. Yksityisyyteen kuuluu kolmantena keskeisenä osana myös luottamuksellisen tiedonvaihdon suoja (ts. salassapitovelvollisuus) mm. lääkärin ja potilaan taikka asianajajan ja asiakkaan välillä (*rikosoikeudellinen yksityisyyden suoja*).

Yksityisyyden suoja oikeudellisena käsitteenä on ollut erityisen merkittävä väline puolustettaessa Yhdysvalloissa naisen oikeutta aborttiin (”päätösvalta omasta ruumiista”)[651], oikeutta raskauden ehkäisyyn[652] taikka suojattaessa yksilön seksuaalikäyttäytymistä (esim. homoseksualismin kriminalisoinnin perustuslainvastaisuus)[653]. Kun yhdysvaltalaisen ”yksityisyyden suojan” painopiste selkeästi on ollut muualla, kuin yksilöä koskevien arkaluonteisten tietojen luottamuksellisuuden suojassa, ei amerikkalainen käytäntö juuri auta ymmärtämään ja selvittämään terveyden- tai sairaanhoidon intressiristiriitoja pohjoismaisessa sosiaalivaltiossa. Yhdysvaltalainen käsitys yksityisyyden suojasta yhtenä kansalaisoikeutena on kuitenkin merkinnyt sitä, että henkilön yksityiselämän suojaaminen valtiovallan urkinnalta (esim. salakuuntelu) taikka toisten kansalaisten epäoikeutetuilta paljastuksilta, on otettu osaksi keskeisimpiä kansainvälisiä ihmisoikeussopimuksia.

---

[648] Doyal 1997, s. 4.
[649] Warren and Brandeis 1890, s. 193–197.
[650] Ks. Hofstader and Horowitz 1964, s. 1.
[651] U.S. LEXIS 1972: 159. Supreme Court 410 U.S. 113 (1973), *Roe vs. Wade.*
[652] U.S. LEXIS 1965: 2282. Supreme Court 381 U.S. 479 (1965), *Griswold vs. Connecticut.*
[653] Tribe 1988, s. 1421–1435.

Yksityisyyden suojaan sisältyy selkeä yhteisöllinen elementti koskien henkilön oikeutta vapaasti päättää suhteistaan muihin ihmisiin ja ympäristöönsä[654]. Vapaa yksilön päätösvalta taas merkitsee[655], että kansalaisella on oikeus paitsi edellyttää, ettei julkinen valta aktiivisesti puutu hänen yksityiselämäänsä, myös oikeus kieltää passiivinen sekaantuminen hänen yksityiselämänsä piiriin kuuluviin asioihin[656]. Mahdollisuudella kieltää passiviinen sekaantuminen on merkitystä, kun muistetaan, että yksityisyyden suojaa loukataan jo keräämällä yksilöä koskevia tietoja (”tirkistellään henkilön yksityiselämään”), eikä vasta silloin, kun ko. tietoja käytetään yksilöä koskevaan päätöksentekoon[657].

Filosofisella tasolla yksityisyys onkin osa sitä yhteiskuntaelämän mekanismia, jossa sosiaalinen yhteisö tunnustaa yksilön olemassaolo-oikeuden omana itsenään[658]. Tähän ”yksilöllisyyden” tunnustamiseen liittyy autonomia vaikuttaa siihen käsitykseen, joka yhteisölle muodostuu ”omasta itsestä”[659]. Yksityisyyden suoja kokretisoituukin lopulta yksittäisissä intressiristiriidoissa, joissa suomalaisenkin lainsäätäjän nimenomaisen toivomuksen mukaan pitäisi yksilön intimiteetin suoja korottaa julkisen tiedonsaanti-intressin yläpuolelle, mutta jossa käytännössä hyvin monenlaiset – usein lainsäännöksiinkin kirjatut – intressit muokkaavat säännöstulkintaa[660].

Tarve suojata yksityisyyttä on vahvasti sidoksissa siihen elämänalueeseen, missä kulloinkin toimitaan ja henkilön kulttuuritaustaan[661]. Jos työhönottohaastattelussa, haastateltavalta kysyttäisiin, millaisia alushousuja hän käyttää, kysy-

---

654 Ks. kappale 4.3.2.3. Eräänä yksityisyyden suojan osa-alueena onkin selkeästi henkilön sosiaalisten suhteiden suojaaminen.

655 Viljanen VP 1999c, s. 335–337.

656 Ks. Gavison 1984, s. 350–356:Yksityisyyden tyypillisinä osa-alueina ovat:
a) yksilöä koskevat tiedot (”secrecy”)
b) yksilöön kohdistettu huomio (”anonymity”)
c) yksilön fyysinen koskemattomuus (”solitude”)
Yksityisyyden menettäminen voi merkitä muutosta yhdessä kohtien a-c osa-alueessa ilman, että muilla osa-alueilla tapahtuu mitään.

657 Henkilötietokomitean mietintöön liittyvässä eriävässä mielipiteessään Jorma Kuopus totesi, että *demokraattisessa valtiossa* on henkilötietojen käsittelyn lähtökohtana pidettävä kansalaisen tiedollista itsemääräämisoikeutta. (KM 1997:9). Henkilötietotoimikunta ei sinänsä ottanut kantaa yksityisyyden suojan käsitteen sisältöön.

658 Reiman 1984, s. 310.

659 Mahkonen (1997a, s. 11) edellyttää ”yksityisyydeltä” erottelukykyä distinktiivisyyttä ja koherenttisuutta eli käsitteiden samansuuntaisuutta ja katsoo vielä, että erilaisten yksityisyyteen vaikuttavien intressien välillä on haettava tasapainotilaa ”equilibriumia”. Mahkosen mukaan yksityisyys muodostuu näiden kolmen osan yhdistämisestä.

660 HE 309/1993 vp., s. 29 ja 52–53.

661 Mahkonen 1997a, s. 20–21. Ks. myös Westin 1970, s. 11–19: Esimerkiksi useimmissa eurooppalaisissa yhteisöissä aviopuolisoiden sukupuolinen käyttäytyminen tapahtuu sisätiloissa poissa ulkopuolisten näkyviltä. Monissa primitiivisissä yhteisöissä sukupuolinen käyttäytyminen taas tapahtuu ulkona jälleen poissa saman katon alla asuvan ihmisryhmän näkyviltä. Molemmissa tapauksissa haetaan kuitenkin ”yksityisyyttä”.

mystä pidettäisiin täysin sopimattomana ja yksityisyyttä loukkaavana. Vaateliikkeessä housuja ostava asiakas voidaan kuitenkin ohjata pukukoppiin riisumaan itsensä alushoususilleen, ilman että siihen liittyy mitään sopimattomana pidettävää[662], mutta sopimattomana pidetään, jos toinen henkilö yrittää vaihtaa vaatteitaan samassa sovituskopissa. Urheilukentän pukuhuoneessa taas ei ole millään tavalla sopimatonta, että 20 toisilleen täysin vierasta ihmistä riisuutuu alushoususilleen. Kun hyväksytään ajatus, että yksityisyys käsitetään eri elämänalueilla erilaiseksi, voidaan seuraavaksi miettiä niitä erityispiirteitä, joita yksityisyyden suojaan oikeudellisena ilmiönä tarkasteltavalla elämänalueella – eli tässä tutkimuksessa terveyden- ja sairaanhoidossa – liittyy[663].

4.2. Yksityisyyden suoja oikeudellisena käsitteenä

Suomen perustuslain 10 §:ssä on suojattu jokaisen henkilön yksityiselämä, kunnia ja kotirauha. Perusoikeusuudistusta valmistellut perusoikeuskomitea totesi mietinnössään, että yksityiselämän piirin tarkka määritteleminen on vaikeaa[664]. Yksityiselämän suojan piiriin kuuluu kuitenkin esim. henkilön perhe-elämä[665]. Perustuslain perustelujen mukaan yksityiselämään kuuluvaksi luetaan myös yksilön oikeus solmia ja ylläpitää vapaasti suhteita muihin ihmisiin ja ympäristöön sekä oikeus määrätä itsestään ja ruumiistaan. Perustuslain 10 §, joka korvasi identtisensisältöisen hallitusmuodon 8 §:n, edellyttää lisäksi, että henkilötietojen rekisteröinnissä on säädettävä lailla, mikä antaa lainsäätäjälle perustuslaillisen toimeksiannon ylläpitää riittävää säännösturvaa[666]. Perusoikeusuudistusta koskeneessa eduskunnan perustuslakivaliokunnan lausunnossa todetaan lisäksi, että tulkittaessa henkilörekistereitä koskevia säännöksiä pitää ao. HM 8 § erityisesti huomioida ja normiristiriitatilanteessa pyrkiä yksityisyyden suojan turvaamiseen[667]. Yksityiselämän loukkausten tulee niin ikään olla *tehokkaan* kriminalisoinnin ja vahingonkorvausvastuun piirissä[668]. Perusoikeuskomitea on HM 8 §:n esitöissä todennut, että yksityisyyden suojan turvaaminen edellyttää arkaluonteisten tietojen (ml. terveydentilaa sekä henkilön saamia sosiaali- ja terveyspalveluja koskevien tietojen) rekisteröinnin kieltämistä tai rajoittamista[669].

Yksityiselämän suojaa koskevan perusoikeussäännöksen taustana on Euroopan ihmisoikeussopimuksen 8 artiklan ”right to respect for private life”, mutta

---

662 Arabian niemimaalla vaatteet kuitenkin toimitettaisiin ostajan kotiin sovitettavaksi.
663 Potilaan integriteetin käsitteestä ks. Andersson 1994, s. 227–238.
664 KM 1992:3, s. 292.
665 ibid., s. 298.
666 HenkRekL:n katsottiin täyttävän ao. toimeksiannon vaatimukset. Ks. KM 1992:3, s. 300.
667 HE 309/1993 vp., s. 29 ja 52–53.
668 KM 1992:3, s. 299.
669 ibid., s. 300.

myös YK:n ihmisoikeuksien julistuksen 12 artiklassa on vastaavanlainen säädös[670]. Kun perusoikeussäännöksen käsitteistö pohjautuu kansainvälisiin sopimuksiin, on säännöksen tulkinnassakin mahdollista tukeutua ihmisoikeussopimuksen soveltamiskäytäntöön (”*standardiin*”)[671]. Näin esim. Euroopan Ihmisoikeustuomioistuimen kannanotoilla on merkitystä paitsi Suomen kansainvälisten velvoitteiden kannalta, myös sen asian suhteen, mitä PerL 10 §:n soveltaminen käytännössä merkitsee[672].

Yksityisyyden suojan merkitys korostuu vielä erityisesti, kun kerätään *arkaluonteisia tietoja* yksilöstä. Arkaluonteisiksi on katsottu tiedot, jotka kuvaavat esim. henkilön rotua taikka etnistä alkuperää, henkilön rikollista tekoa taikka siihen liittyvää seuraamusta, henkilön terveydentilaa, sairautta, vammaisuutta taikka häneen kohdistettua hoitotoimenpidettä, henkilön seksuaalista käyttäytymistä, henkilöön kohdistettuja sosiaalihuollon toimenpiteitä taikka henkilön yhteiskunnallista, poliittista taikka uskonnollista vakaumusta. Tämä Euroopan Neuvoston tietosuojasopimuksen 6 artiklaan ja EU:n tietosuojadirektiivin 8 artiklaan sisällytetty arkaluonteisten tietojen luettelo on otettu myös henkilötietolain 11 §:ään.

Yksityisyys perusoikeutena merkitsee siis yksilön itsemääräämisoikeutta[673]. Henkilön itsemääräämisoikeus on taas muiden perusoikeuksien olemassaolon edellytys länsimaisessa demokratiassa. Lähtökohtaisesti jokaisella yksilöllä on oikeus elää omaa elämäänsä ilman viranomaisten tai muiden tahojen mielivaltaista tai aiheetonta sekaantumista hänen yksityiselämäänsä. Yksityisyys voidaan näin hahmottaa rajoitetuttuna luoksepääsy- ja hyödyntämisoikeutena (ns. *restricted access* -teoria)[674]. Yksityisyyden voidaan ajatella muodostuvan henkilöä ympäröivästä suojapiiristä, jonka voima heikkenee mitä ulommas vain henkilöä itseään koskevista asioista siirrytään (Kuva 2).Tietoa koskevaan luoksepääsy- ja hyödyntämisoikeuteen liittyy sitten useita erilaisia intressejä. Näitä intressejä ovat *Dag Wiese Schartumin* mukaan mm. salassapitointressi, tiedon

---

[670] YK:n ihmisoikeuksien julistuksen yksityiselämän suojan alkuperäinen sisältö oli hyvin lähellä 40-luvun yhdysvaltalaista paradigmaa. Ks. Hofstadter and Horowitz 1964, s. 1–8.

[671] Viljanen VP 1999c, s. 336.

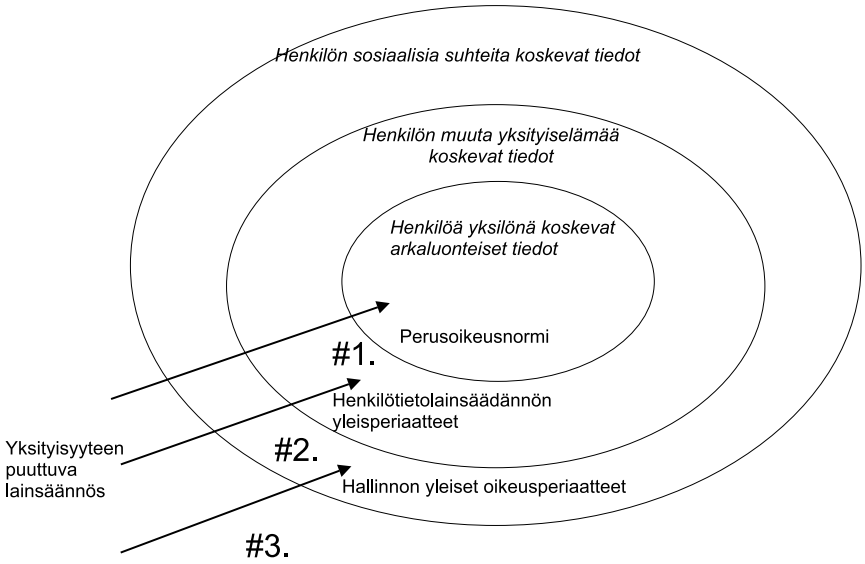
[672] Ks. esim EIT 16.12.1992, *Niemietz -tapaus*.

Kysymys siitä, loukkasiko asianajajan toimistolla suoritettu kotietsintä yksityiselämän suojaa ja kirjesalaisuutta. EIT:n mukaan EIS 8 artiklan soveltamisalaa ei voida rajata niin ahtaasti, että sen piiriin kuuluisi vain kodissa eletty yksityiselämä. EIT:n mukaan yksityiselämän suojan piiriin kuuluu myös oikeus luoda ja kehittää suhteita muihin ihmisiin. EIT katsoi, ettei tämänkaltaisen yksityiselämän suojan piiristä voida sulkea pois työ- tai ammattitoimintaa.

Ks. myös EIT 27.10.1994, *Kroon and others tapaus*.

[673] HE 96/1998, kappale 2.1. Ks. myös HE 75/2000: Arkaluonteisten tietojen käsittelykielto liittyy perustuslain 6 §:ssä säädettyyn yhdenvertaiseen kohteluun ja syrjintäsuojaan. Yksityisyyden suojaa koskevilla säännöksillä on yhteys myös perustuslain 7 §:ssä säädettyyn henkilökohtaiseen koskemattomuuteen.

[674] Pöysti 1999, s. 487–490.



Kuva 2: *"Restricted access" malli ja yksityisyyttä suojaavat oikeusperiaatteet*

oikeellisuuden intressi, tietoonpääsyintressi, yksityisyyden suojaamisintressi, seurantatason (”surveillance”) intressi, yhteiskuntarakenteen vahvistamisen intressi sekä hyvän hallinnon intressi[675]. Yksityisyyden suojan *intressiulottuvuudessa* voidaan lisäksi hakea erilaisia tarkastelupainotuksia. Tällaisia voivat olla mm. henkilön itsemäärämisoikeus ja integriteetti, tietoa koskeva päätöksenteko taikka yhteiskunnan valtasuhteet[676].

Juridisesti vahvimmin suojattua intressialuetta on henkilön itsemääräämisoikeus omasta ruumiistaan ja henkilöä koskevat arkaluonteiset tiedot. Henkilöllä on lähtökohtaisesti sekä oikeus kieltää näiden tietojen rekisteröinti että rajoittaa laillisestikin rekisteröityjen tietojen käyttöä. Sellaisessakin tilanteessa, jossa nimenomainen lainsäännös oikeuttaa tietojen käyttöön, tulee lain tulkinnassa huomioida yksityisyyden takaava perusoikeusnormi (tilanne #1). Perusoikeusnormin karkea loukkaaminen yksittäistapauksessa voi merkitä, että yksityisyyteen puuttuvaa lainsäännöstä ei ollenkaan voida soveltaa. Kuitenkin myös muu henkilön yksityiselämä on oikeudellisesti suojattua aluetta. Niinpä henkilöä koskevan tietojen keruun vähemmänkin arkaluonteisista asioista on noudatettava henkilötietolainsäädännön yleisiä vaatimuksia rekisteröinnin tarpeellisuudesta ja kerättyjen tietojen käyttötarkoitussidonnaisuudesta (tilanne #2).

Kun siirrytään henkilön yhteisöllisen rooliin vaikuttaviin asiakokonaisuuksiin

---

675 Schartum 2001, s. 85–87.
676 ibid, s. 86.

(tilanne #3), henkilön mahdollisuus pelkin omin vaatimuksin edellyttää näiden jäävän julkisen tarkastelun ulkopuolelle vähenee, mutta silti näihinkin asioihin puuttuminen julkisen vallan toimesta edellyttää objektiivisen yhteisen intressin olemassaoloa ja puuttumisen on palveltava yhteisöllistä tarkoitusta ja rajoituttava laajuudeltaan siihen, mitä tarkoituksen saavuttamiseksi on välttämätöntä (ts. hallinnon yleisten oikeusperiaatteiden noudattaminen). Kun sosiaalisissa suhteissa on aina useita osapuolia, ei henkilö voi myöskään edellyttää oman yksityisyytensä loukkaavan toisten henkilöiden itsemääräämisoikeutta (esimerkiksi toisen henkilön oikeutta tuoda julki omaa elämäänsä koskevia asioita myös suhteessa yksityisyyttään suojelevaan toiseen henkilöön)[677]. Vahingoittamistarkoituksessa tapahtuva toisen henkilön asioiden paljastaminen on silti RL 27. luvun säännösten perusteella pääsääntöisesti kiellettyä toimintaa.

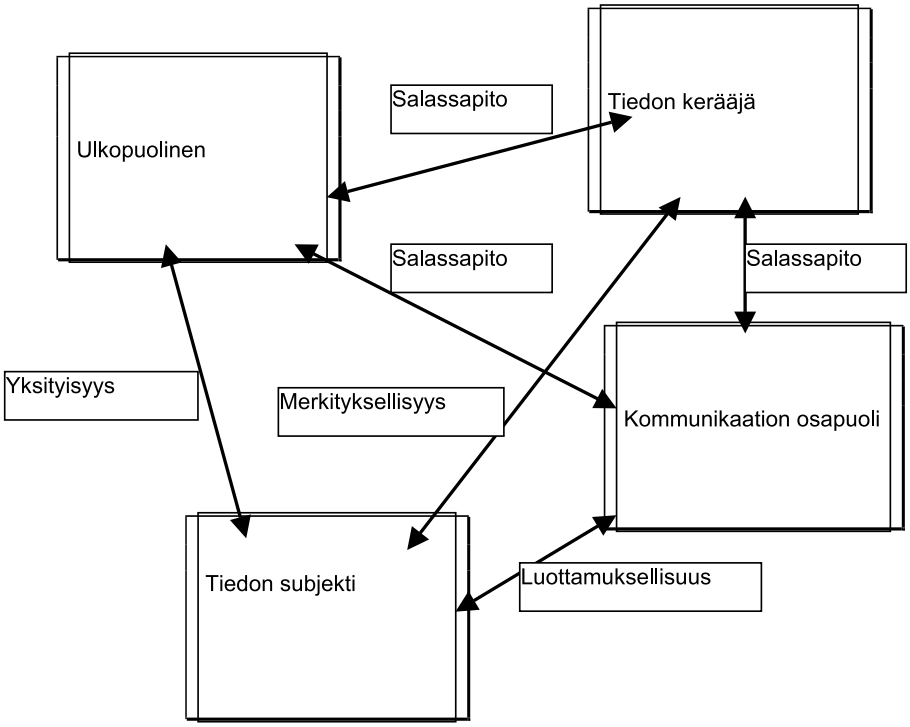
PerL 10 § edellyttää, että henkilötietojen rekisteröinnissä on säädettävä lailla. Henkilötietolain voi omalta osaltaan katsoa täyttävän ao. perustuslaillisen toimeksiannon vaatimukset[678]. Muun lainsäädännön sisällön osalta perusoikeuteen puuttumisen edellytyksiä arvioidaan perusoikeuksien yleisten rajoitusedellytysten valossa[679]. Perusoikeusuudistusta koskeneessa eduskunnan perustuslakivaliokunnan lausunnossa todetaan lisäksi, että tulkittaessa henkilörekistereitä koskevia säännöksiä pitää kyseinen perusoikeussäännös erityisesti huomioida ja normiristiriitatilanteessa pyrkiä yksityisyyden suojan turvaamiseen[680].

Henkilötietolakia edeltäneen henkilörekisterilain esitöissä selvitettiin yksityisyyden suojan käsitteellistä sisältöä huomattavasti enemmän kuin henkilötietolain esitöissä[681], vaikka henkilörekisterilakia valmistellut tietosuojakomiteakin totesi lopulta, ettei ole mahdollista tyhjentävästi määritellä, mitä yksityisyyden suoja henkilötietojen rekisteröinnissä tarkoittaa[682]. Yksityisyyteen kuluu kuitenkin mm. oikeus tietää ja päättää itseään koskevien tietojen käytöstä.

Yksityisyys on siis ennen kaikkea yksilön oikeutta pitää itseään koskevat asiat omana tietonaan ja poissa toisten ulottuvilta[683]. Yksityisyyteen liittyvä *luottamuksellisuus* merkitsee sen turvaamista, että sellaisten tietojen luovuttaminen, joihin kajoaminen merkitsisi henkilön yksityisyyden loukkaamista, voi tapahtua vain kyseisen henkilön suostumuksella taikka lainsäännöksen perusteella. Perustuslain takaama yksityiselämän suoja pitää sisällään sekä yksityisyyden (ts. henkilöä koskevia tietoja koskevan hankkimiskiellon) että luottamuksellisuuden

---

677 Esimerkiksi potilas voi kertoa suvussaan esiintyvistä sairauksista hänen oman sairautensa etiologian selvittämiseksi (mahdollinen perinnöllinen sairaus). Tällöin paitsi että rekisteröidään arkaluonteisia tietoja potilaasta, kootaan myös tietoja hoitosuhteen ulkopuolisista henkilöistä.
678 Ks. KM 1992:3, s. 300.
679 Viljanen 1999b, s. 163–164, Viljanen VP 1999c, s. 339.
680 HE 309/1993 vp., s. 29 ja 52–53.
681 KM 1981:66, s. 71.
682 Ks. Konstari 1992, s. 11.
683 Westin 1970 , s. 7, O'Brien and Yasnoff. 1999, s. 351–352.



Kuva 3: *Yksityiselämän suojaan kuluvat oikeudet*

suojan (ts. että luvallisestikin hankittujen yksityisyyteen kajoavien tietojen luovuttamiseen tarvitaan henkilön suostumus taikka tietojen luovuttamiseen nimenomaisesti oikeuttava lainsäännös)[684]. Tietojen luottamuksellisuuteen liittyy edelleen *salassapito*, eli että silloinkin kun luottamuksellisten tietojen vaihto on tehty mahdolliseksi, tietojen pysyminen asiaankuulumattomien ulottumattomissa turvataan[685]. Jokainen on oikeutettu myös edellyttämään, että viranomaisen taholta tapahtuva yksilön arviointi laillisestikin hankittujen tietojen avulla perustuu paitsi oikeisiin myös *merkityksellisiin* tietoihin – ts. viranomainen ei saa koota toimintansa taikka ratkaisunsa perustaksi epärelevanttia tietoa. *Yksityiselämän suoja muodostuu siis oikeudesta yksityisyyteen, oikeudesta luottamuksellisuuteen, oikeudesta salassapitoon ja oikeudesta edellyttää yksilöstä kerättävän tiedon*

---

[684] Ibid.

[685] Jo 1970-luvulla mietintönsä jättänyt sosiaalihuollon periaatekomitea (KM 1971:25, s. 36) katsoi *luottamuksen suojan* sosiaalihuollossa edellyttävän, että: 1) asiakas tietää mihin hänen antamiaan tietoja käytetään; 2) asiakkaalle ilmoitetaan, mihin tietoja todennäköisesti luovutetaan; 3) tietojen luovuttamiseen hankitaan asiakkaan suostumus; 4) asiakas on varma siitä, että hänen luovuttamiaan tietoja ei käytetä häntä vastaan.

merkityksellisyyttä tiedon kerääjän toiminnan kannalta[686]. Näitä erillisiä oikeuksia voi jälleen tarkastella suhteessa eri henkilötahoihin (Kuva 3). Oikeuksista ”yksityisyys” liittyy henkilön suhteeseen kaikkiin ulkopuolisiin, ”luottamuksellisuus” liittyy henkilön suhteeseen kommunikaation toiseen osapuoleen, ”salassapito” liittyy kommunikaation toisen osapuolen suhteeseen ulkopuolisiin (mutta myöskin tiedon kerääjän suhteeseen ulkopuolisiin) ja ”merkityksellisyys” liittyy henkilön suhteeseen tiedon kerääjään (eli esim. rekisterinpitäjään).

Edellä on jo alustavasti tarkasteltu potilasta koskevien arkaluonteisten tietojen suojaa erityyppisissä hoitosuhteissa. *Potilaan itsemääräämisoikeuden todellinen laajuus riippuu oleellisesti hoitosuhteen tyypistä:* Pakkohoitosuhteessa, jossa pakkohoidon intressinä on yleisen turvallisuuden suojaaminen, itsemäärämisoikeuden suoja väistyy, kun taas tutkimussuhteessa, joka perustuu täysin potilaan nimenomaiseen suostumukseen, tämä suoja korostuu[687]. Vastaavasti myös potilaan yksityiselämän suoja ja tiedollinen itsemääräämisoikeus riippuvat hoitosuhteen tyypistä. Yleisesti ottaen kaikki terveyden- ja sairaanhoidon tiedot ovat kuitenkin hyvin vahvasti suojattuja, sillä pääsääntöisesti:

1. Henkilön terveydentilaa koskevia tietoja ei saa rekisteröidä.
2. Jos tietoja kuitenkin on rekisteröity, ovat rekisterejä käyttävät terveydenhuollon ammattihenkilöt vaitiolovelvollisia.
3. Jos potilastietoja on kuitenkin tullut hoitohenkilökunnalta julkishallinnon muun virkamiehen tietoon, on hänkin niistä salassapitovelvollinen.

Voikin kysyä, onko näin voimakkaasti suojatulla alueella yleensä mahdollista rikkoa henkilön yksityisyyden suojaa.

Kun – kuten jäljempänä osoitetaan – vastaus kysymykseen on myönteinen, on tutkimuksen lopussa yritettävä miettiä oikeusjärjestyksemme keinoja paremmin varmistaa, että perustuslaillinen oikeus yksityiselämään myös käytännössä toteutuu eräällä yksityisyyden ydinalueella eli henkilön omaa terveyttä ja sairautta koskevassa päätöksenteossa. Yksityiselämän suoja kokretisoituukin lopulta yksittäisissä intressiristiriidoissa, joissa suomalaisenkin lainsäätäjän nimenomaisen toivomuksen mukaan pitäisi yksityisyyden suoja korottaa julkisen tiedonsaanti-intressin yläpuolelle, mutta jossa käytännössä hyvin monenlaiset – usein lainsäännöksiinkin kirjatut – intressit muokkaavat säädöstulkintaa.

[686] Vaikka lainvalmisteluaineisto ja suomalainen oikeuskirjallisuus eivät olekaan määritelleet yksityisyyden suojan tarkkaa sisältöä on siihen mm. sisällytetty oikeus päättää siitä, mitä tietoja itsestään luovuttaa käytettäväksi; oikeus tietää mitä tietoja viranomainen on koonnut; oikeus päättää tietojen käytöstä; oikeus vaatia korjattavaksi virheelliset tiedot sekä oikeus vaatia epärelevanttien tietojen hävittämistä.

[687] Voidaan jopa todeta, että *tutkimussuhteessa* kaikki toiminta edellyttää potilaan nimenomaista suostumusta, *potilasaloitteisessa* hoitosuhteessa voidaan vedota potilaan oletettuun suostumukseen pienten ja alkuperäisen tarkoituksen kannalta yhdenmukaisten toimintojen osalta, *hoitovelvollisuuteen* perustuvassa hoitosuhteessa oletetaan potilaan suostuvan varsin radikaaleihinkin toimenpiteisiin, ellei kielteistä tahdonsuunta ole ennalta vakaasti ilmaistu, ja *pakkohoitosuhteessa* potilaan suostumusta ei vaadita lainkaan.

4.3. YKSITYISYYDEN SUOJAN ERITYISPIIRTEET TERVEYDEN- JA SAIRAANHOIDOSSA

4.3.1. Yksityisyyden muodot

On selvää, että yksityisyyden suoja eri elämän alueilla konkretisoituu hyvinkin erityyppisten asioiden suojana[688]. Hoitosuhteessa suojan tarve koskee ensinnä monia *immateriaalisia intressejä*, kuten henkilön omaa käsitystä itsestään (ts. *minäkuvaa*) – intruusiot henkilön ruumiiseen ja mieleen voivat paljastaa asioita, joista henkilö ei ole tietoinen ja joista hän ei välttämättä halua olla tietoinen. Toisaalta terveydenhuoltojärjestelmän puristuksessa potilaan *itsemääräämisoikeus* (joko hoitotoimenpiteestä taikka häntä koskevien arkaluonteisten tietojen käytöstä) saattaa vaarantua. Lopulta henkilön *sosiaaliset suhteet* saattavat vaarantua, jos hänen sairaudentilaansa koskevat tiedot vuotavat sellaisten henkilötahojen ulottuville, joiden potilas ei halua näistä arkaluonteisista asioista tietävän. Immateriaaliset intressit (esim arkaluonteisten tietojen paljastuminen) ovat tyypillisesti subjektiivisia, eli niiden taloudellinen arvottaminen on vaikeaa[689]. Oikeusvaltio kuitenkin tunnustaa nämä oikeushyvät osana jokaisen yksilön ihmisarvoa ja on saattanut monet teot, jotka loukkaavat tällaista yksityisyyttä, joko rikosoikeudellisen taikka hallinto-oikeudellisen kontrollijärjestelmän piiriin.

Immateriaalisten intressien suojan lisäksi, yksityisyyttä tarvitaan suojaamaan monia selkeästi *materiaalisia intressejä*, kuten työsuhdetta, elinkeinotoimintaa taikka yksityisoikeudellisia sopimuksia[690]. Materiaalisten intressien arvottaminen on objektiivista ja niiden loukkaaminen voidaan korvata vahingonkorvausoikeudellisten säännösten mukaan. Lopulta yksityiselämän suoja estää *itseinkriminaation*, eli kenelläkään ei ole velvollisuutta julkituoda asioita, joista voi joutua rikosoikeudellisen rangaistusjärjestelmän seurausten piiriin. Itseinkriminaatioon pakottamisen kielto on perustavaa laatua oleva osa kaikkien länsimaisten oikeusvaltioiden rikosoikeudellista järjestelmää[691].

---

[688] Saarenpää 1997, s. 267–273.

[689] Ks. esim. Mason and McCall Smith 1999, s. 198–200 ja siinä esitetty tapaus U.K. [1988] 2 All ER 648, *X vs. Y*, jossa HIV-infektoituneiden lääkäreiden nimien paljastaminen johti koko heidän lääkärinuransa päättymiseen. Tapauksen vahingonkorvauksen osalta tuomari totesi: ”No-one has suggested that damages would be an adequate remedy in this case”.

[690] Ks. Wacks 1989, s. 15–17.

[691] Merrills and Robertson 2001, s. 99–103.

4.3.2. Immateriaalinen yksityisyys

4.3.2.1 Potilaan minä-kuvan suoja

Klassisen lääkärietiikan keskeisiin periaatteisiin kuuluu olla väärinkäyttämättä sitä valtaa, mikä hoitosuhteen myötä lääkärille saattaa syntyä potilaan persoonallisuuteen. Psykiatri ei saa aivopestä potilastaan, eikä lääkkeitä saa määrätä tarkoituksessa saattaa potilas lääkäristään riippuvaiseksi, vaikka hoitaminen näin olisi ”helpompaa”. ”*Non nocere*” -periaate edellyttää, että hoidon lähtökohtana on vain ja ainoastaan potilaan paras[692].

On kaiken kaikkiaan kuitenkin todettava, että hoitotilanteessa yksityisyys joutuu joskus todelliseen rasituskokeeseen. Puuttuminen henkilön ”yksityisyyteen” eli sisäisen elämän sfääriin voi hoitotilanteessa (ja erityisesti mielenterveyspotilaiden kohdalla) olla intensiivisempää kuin missään muussa normaalielämän tilanteessa[693]. Siksi hoitosuhteen luottamuksen suoja on perinteisesti ollut hyvin vahva ja sen tulisi pysyäkin vahvana, jotta hyvä hoito yleensä olisi mahdollista.

Hoitosuhteen erityispiirteisiin kuuluu siis hoitohenkilökunnan mahdollisuus vaikuttaa potilaan persoonallisuuteen[694]. Tämä on oleellinen osa hoitotapahtumaa ja esimerkiksi psykiatrisissa sairauksissa usein koko hoidon perusta, joskin hajanaiseen persoonallisuuteen vaikuttaminen on käytännössä vaikeaa. Monien somaattistenkin sairauksien osalta yhtenä hoidon tavoitteena voi olla muuttaa potilaan asenteita taikka käyttäytymistä ja psykosomaattisissa sairauksissa vaikuttaminen potilaan persoonallisuuteen tehdään juuri tarkoituksessa poistaa potilaan käsitys somaattisesta oireesta. Hoitotieteellisessä tutkimuksessa on jo pitkään korostettu potilaan ja hoitohenkilökunnan interaktion keskeistä merkitystä kaikessa hoitotoiminnassa[695]. Potilaan minä-kuvan suoja merkitsee keskeisesti sitä, että ymmärretään hoidon tapahtuvan potilaan lähtökohdista käsin kunnioittaen hänen yksilöllisyyttään[696]. Yksityisyyden suojaa toteutetaan näin puhtaimmillaan.

Joissain tilanteissa potilaan minä-kuvan suojaaminen on kuitenkin erittäin monimutkaista. Esimerkiksi esteettistä kirurgiaa haluava potilas haluaa usein

---

692 Pelkonen 2000, s. 53–54.

693 Esimerkiksi 1950–60 -luvuilla toteutetuissa lobotomialeikkauksissa muutettiin tietoisesti psyykkisesti sairaan potilaan persoonallisuutta, jotta hänen muu hoidettavuutensa paranisi. Sittemmin henkilön persoonallisuuden suojaa on korostettu yli subjektiivisen hoidon tarpeen. Tällä perusteella näihin operaatioihin on retrospektiivisesti suhtauduttu kielteisesti, vaikka ne valitsevassa tilanteessa saattoivat tarjota monelle potilaalle parhaan saatavissa olevan hoidon. Ks. tarkemmin Pekkanen 2000, s. 1–7.

Ks. myös Apo ja Keskinen 1984, s. 613–619 ja Cantrell 1994, s. 342.

694 Ks. Tähkä 1978, s. 12–14.

695 Andersson 1994, s. 185–212.

696 Modeen 1992, s. 198–199.

juuri muuttaa ulkoista ilmiasuaan ja käsitystä itsestään[697]. Kompetentin potilaan osalta tällainen toiminta on sallittua (kuten laihduttaminen taikka fyysisen kunnon kohottaminenkin itsetunnon parantamiseksi) ja usein potilasta hyödyttävääkin[698], mutta mikäli potilaan käytöksen taustana on psykiatrinen häiriö, on plastiikkakirurgisen toimenpiteen suorittaminen taitovirhe. Hoitohenkilökunnalla on siis itse asiassa velvollisuus suojata haavoittuvaisen potilaan ulkoista olemusta tämän omia toivomuksia vastaan[699]. Saman tyyppisen velvoitteen kohtaavat myös ne henkilöt, jotka hoitavat sukupuoli-identiteetin häiriöistä kärsiviä potilaita[700]. Sukupuolenvaihdosta koskevan lainsäädännön uudistamisen valmistelun yhteydessä erityistä huomiota onkin kiinnitetty sen varmistamiseen, ettei sukupuolisen ilmiasun muuttaminen johda vakaviin psykiatrisiin ongelmiin[701].

Potilaan minä-kuvan suojan merkitystä hoidon toteuttamisessa kuvaa hyvin suhtautuminen homoseksualismiin. Homoseksualismia pidettiin 1970-luvulle saakka psykiatrisena sairautena, jota hoidettiin psykoterapialla yms. Homoseksualistien pitäminen sairaina on kuitenkin 1980-luvulta lähtien aiheuttanut voimakkaitakin vastareaktioita ja nykyisessä psykiatrian opetuksessa tätä seksuaalisen käyttäytymisen muotoa ei luokitella sairaudeksi. Niinpä tällaisen potilaan seksuaalikäyttäytymiseen vaikuttava hoito ei ilman erityisindikaatioita ole hyväksyttävää, vaan potilaan tahdonvastaisesti toteutettuna (ml. psykiatrisen pakkohoidon yhteydessä annettu hoito) se loukkaa potilaan yksityisyyden suojaa[702]. On kuitenkin huomattava, että esimerkiksi pedofiilien lääketieteelliseen hoitoon on julkisessa sanassa suhtauduttu huomattavasti hyväksyvämmin.

Hoitohenkilökunnasta tehdyt kantelut ja valitukset varsin usein liittyvät juuri siihen, että hoitohenkilökunta ei ole ottanut riittävästi huomioon potilaan käsityksiä itsestään ja sairaudestaan[703]. Terveydenhuollon valvontaviranomaisten standardiratkaisuna on näissä tilanteissa yleensä huomautus hoitavalle lääkärille vastaisen varalle ja toteamus mahdottomuudesta arvioida yksityiskohtaisesti käytyjen keskustelujen asianmukaisuutta[704]. Useinkaan mitään havaittavaa virhettä potilaalle annetussa hoidossa ei tule esiin. Oikeustieteellisissä arvioissa taas hahmotetaan potilaan informointi tällaisissa tapauksissa puutteelliseksi ja korostetaan tietoisen suostumuksen merkitystä hoitotoimenpiteeseen ryhdyttäessä[705].

---

[697] Bradbury 1994, s. 301.
[698] Turner et al. 1997, s. 1.
[699] Mowlavi et al. 1999, s. 97–98.
[700] Nieminen et al. 1996, s. 1486–1491.
[701] Ks. STM 2000:2.
[702] Homoseksuaalien ”hoito” oli viimeksi laajemmin esillä 1990-luvun alussa keskusteltaessa toimista HIV-infektion leviämisen estämiseksi. Tällöinkään sukupuoliorientaatioon vaikuttavaa lääketieteellistä hoitoa ei pidetty hyväksyttävänä edes HIV-infektion leviämisriskin rajoittamiseksi.
[703] Fagerström 1983, s. 270–279; Ellilä 2000, s. 69–81.
[704] Ks. esim. Hupli 1995.
[705] Pahlman 1997, s. 820–826.

Pyrkimykset korostaa potilaan itsemääräämisoikeutta eivät kuitenkaan poista todellista ongelmaa, jos perimmäinen kysymys on siitä, etteivät ehdotettu diagnoosi ja siihen sopiva hoito kerta kaikkiaan istu potilaan käsitykseen itsestään[706]. Hoitohenkilökunnan onnistuessa ”pakottamaan” potilaan hyväksymän tällaisen hoidon loukataan *de facto* potilaan yksityisyyttä, vaikka potilas muodollisesti hoitoon suostuisikin[707]. Sellaisen hoidon toteuttaminen, jossa potilaan persoonallisuus otetaan keskeisesti huomioon, on äärettömän vaikeaa, mutta se on kuitenkin merkittävä tavoite pyrittäessä korkean eettisen standardiin hoitotoiminnassa. Äärilaiminlyönneissä taas päädytään monimuotoisiin valitus- ja kanteluketjuihin, vaikka hoitotoimenpiteet sinänsä olisi suoritettu kaikkien taiteen sääntöjen mukaisesti.[708].

4.3.2.2. Potilaan itsemääräämisoikeuden suoja

Potilaan itsemääräämisoikeuden suoja on eräitä keskeisiä aksioomia lääkintäoikeudessa. Vaatimus asioista perillä ollen annetusta suostumuksesta koskee lähinnä hoitotoimenpiteeseen ryhtymistä, eikä sitä välttämättä ole edellytetty haettaessa oikeutusta potilasta koskevien arkaluonteisten tietojen käsittelylle. Rekisteröidyn suostumuksen hankkiminen arkaluonteisten tietojen rekisteröintiin on kuitenkin keskeinen tietosuojaperiaate, jolla on paljon samoja ominaispiirteitä kuin hoitotoimenpiteeseen edellytetyllä suostumuksella[709]. Amerikkalaisessa käsitteistössä sekä oikeus päättää omasta ruumistaan että oikeus päättää luottamuksellisten tietojen käytöstä kuuluu yhtälailla yksityisyyden suojan piiriin ja molempiin asioihin puuttuminen edellyttää pääsääntöisesti henkilön nimenomaista suostumusta[710].

Kun potilaan minä-kuvan suojaa tarvitaan ennen kaikkea potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä, tarvitaan itsemääräämisoikeuden suojaa yhtälailla potilaan ja terveydenhuollon järjestelmän välillä. Yksittäisten henkilöjen välilläkin pakottamista koskevat rikosoikeudelliset säännökset tekevät tahdonvastai-

---

[706] On huomattava, että hoitoon hakeutunut potilas pääsääntöisesti haluaa hoitoa. Näin ollen hoidosta kieltäytyminen ei sekään vastaa potilaan sisäisiä tarpeita, vaan indisoi hoitosuhteen ongelmia, kuten lääkärin kyvyttömyyttä ymmärtää potilaan persoonaa ja potilaan halua puolustaa persoonaansa.

[707] Potilas on kuitenkin tosiasiallisesti monesti sellaisessa (henkisessä) riippuvuussuhteessa hoitohenkilökuntaan, että muodollinen suostuminen edustaa enemmän hoitohenkilökunnan tahtotilaa kuin potilaan omaa tahtotilaa.

[708] Ks. Brahams 1989c, s. 1407–1408. Kanadalaisessa oikeustapauksessa lääkäri oli antanut verensiirron auto-onnettomuudessa olleelle tajuttomalle potilaalle, jonka *tiesi* Jehovan todistajaksi. Lääkäri tuomittiin pahoinpitelystä, vaikkei potilaalle ollut aiheutunut muuta kuin psyykkistä vahinkoa tästä sinänsä oikein suoritetusta ensihoidosta.

[709] Wallin ja Konstari 2000, s. 273–274.

[710] Yksityisyyden käsitteen kehityshistoriasta ks. Hofstadter and Horowitz 1964, s. 1–8.

sen puuttumisen henkilön fyysiseen ja psyykkiseen koskemattomuuteen rangaistavaksi, ja tällaiset puuttumiset ovatkin harvinaisia käytännön terveydenhuollossa[711]. Fyysiseen itsemääräämisoikeuteen puuttuminen – silloin kun se yleensä on tarpeellista – tapahtuu pääosin pakkohoitoon oikeuttavien erityissäännösten perusteella. Sen sijaan se, että potilas kokee, ettei terveydenhuollon järjestelmä noudata hänen toiveitaan on tuiki tavallista esim. hoitoon pääsyn, hoitopaikan valinnan tai hoidon kustannusten korvaamisen suhteen. Myöskään henkilön tiedollisen itsemääräämisoikeuden loukkaukset eivät ole harvinaisia: Itse asiassa harva potilas ollenkaan tietää, kuka hänen sairaustietojaan käsittelee isossa terveydenhuollon yksikössä. Kun yksilön tiedollinen itsemääräämisoikeus kohdistuu järjestelmää vastaan, voidaan se hyvin sijoittaa muiden kansalaisten vapausoikeuksien joukossa perusoikeuksien suurperheeseen. Tämän tutkimuksen pääpainopiste onkin sen selvittämisessä, onko potilaan tiedollinen itsemääräämisoikeus todellisuudessa suojattu oikeushyvä Suomen oikeusjärjestelmässä.

4.3.2.3. Potilaan sosiaalisten suhteiden suoja

Kolmas yksityisyyden suojan muoto on se osa yksityisyyttä, joka erityisesti suojaa potilaan henkilösuhteita hoitosuhteen ulkopuolella[712]. Edellisten yksityisyyden suojan muotojen merkityshän oli nimenomaan potilaan ja hoitohenkilökunnan sekä potilaan ja hoitojärjestelmän välillä. Pyrkimys suojata potilaan sosiaalisia suhteita on kuitenkin terveydenhuollon yksityisyyden suojan vanhin muoto[713]. Määräykset lääkärin vaitiolovelvollisuudestahan ovat laadittu juuri siksi, että ne rajoittavat arkaluonteisten terveydentilatietojen joutumista hoitosuhteen ulkopuolisten tahojen tietoon.

Tarve salassapidolla rajoittaa tietojen saantia henkilön terveydentilasta perustuu ilmeisiin intresseihin: Kun tieto henkilön toimintakykyisyydestä/toimintakyvyttömyydestä määritti ratkaisevasti hänen sosiaalista asemaansa ihmisyhteisössä, oli tilapäisesti tai pysyvästi toimintakyvyttömäksi joutuneella henkilöllä

---

[711] Huoltajien oikeudesta päättää lapsensa hoidosta on kuitenkin suhteellisen runsaasti tapausmateriaalia. Suomessa huoltajan oikeus kieltää lapselta lääketieteellisesti tarpeellinen hoito on rajoitettu (ks. KHO 10.3.2000 T 530). Useissa maissa myös huoltajan oikeutta tehdä vajaakykyisen lapsensa puolesta henkilön fyysiseen integriteettiin voimakkaasti kajoavia hoitopäätöksiä on rajoitettu. Ks. esim. Brahams 1989b, s. 854–855 koskien kehitysvammaisten naisten sterilointia koskevia käytäntöjä Isossa-Britanniassa, Kanadassa, Yhdysvalloissa ja Australiassa.

[712] Sosiaalisten suhteiden suojaamisesta oikeuskäytännössä ks. esim. KKO:2000:85, 11.9.2000 T 1887: Mies oli tunnustanut lapsen isyyden tietoisena siitä, että lapsi oli syntynyt sellaisen hedelmöityshoidon tuloksena, jossa oli käytetty ulkopuolisen luovuttajan siemennestettä. Miehellä ei ollut isyyslain 35 §:n 4 momentista ja 42 §:n 2 momentista ilmenevä oikeusohje huomioon ottaen oikeutta nostaa kannetta isyyden kumoamiseksi.

Tuomioistuin siis suojasi perhesuhteen pysyvyyttä, vaikka henkilö ei ollut lapsen biologinen isä.

[713] Ks. Veatch 1984, s. 82–86.

intressi estää tällaisen tiedon pääsy julkisuuteen[714]. Toiseksi moniin sairauksiin liittyy perusteltu tai perustelematon arvolataus (näin esimerkiksi sukupuolitauteihin, psyykkisiin sairauksiin ja alkoholisairauksiin)[715], joka vaikuttaa muiden ihmisten – myös henkilön lähiomaisten – käyttäytymiseen sairastunutta henkilöä kohtaan. Kolmanneksi henkilön sairastuminen voi vaikuttaa myös henkilön perheenjäsenten sosiaaliseen asemaan (esimerkiksi tarttuvat taudit ja perinnölliset taudit) ja sairastuneella henkilöllä perusteltu intressi suojella myös perheenjäseniään estämällään sairauttaan tai terveydentilaansa koskevien tietojen julkituloa[716]. Perinnöllinen hemofilia Euroopan kuningashuoneissa 1800-luvun lopulla oli valtiosalaisuus, jonka julkituloa esim. Venäjän sensuuri aktiivisesti yritti estää. Vaikka perinnöllisistä (tai perinnöllisenä pidettyjä ominaisuuksia) koskevien tietojen suojaa koskevat ongelmat ovat aktualisoituneet viime vuosina geneettisen testauksen mahdollisuuksien kasvettua[717], ei tämäkään ongelma-alue ole terveystietojen yksityisyyden suojan alueella mitenkään uusi.

Yksityisyyden suojan rikkomisen rikosoikeudellinen rangaistavuus perustuu pitkälti juuri niiden intressien suojaamiseen, jotka ovat riippuvaisia henkilön sosiaalisesta statuksesta: sosiaalisesti merkittävät henkilöthän ovat aina myös saaneet oikeudellista suojaa intresseilleen. Hoitosuhteen luottamuksellisuutta ainoastaan hoitotulosta parantavana tekijänä tuskin on pidetty niin merkittävänä intressinä, että sitä olisi kannattanut suojata massiivisella salassapitosäännösten verkolla. Niinpä itsevaltiuden ajan Ruotsissa lääkäri, joka paljasti ylhäisen potilaansa salaisuuksia kansalle (köyhillä ei ollut varaa lääkäriin), saattoi menettää päänsä[718]. Joukkotiedotusvälineiden nousu 1800-luvun lopulla uhkasi niin ikään lähinnä vain ylimystön tai varakkaan porvariston yksityiselämää ja julkisen panettelun kieltävän lainsäädännön kehittyminen vastaa hyvin tämän yhteiskuntaluokan halua suojata sosiaalista statustaan: yksityisyyden suojaa ei todellakaan haettu julkista valtaa kohtaan, vaan nimenomaan kansanjoukkojen tunkeilua kohtaan (ts. kyse oli lähinnä siviilioikeudellisesta yksityisyyden suojasta)[719]. Tämän tyyppinen yksityisyyden suoja on edelleenkin ennen kaikkea julkisuudessa tai julkisuudesta elävien ihmisten tavoitteena – sellainen kansalainen, jonka asiat eivät suurta yleisöä kiinnosta, tarvitsee yksityisyyden suojaa pääsääntöisesti vain julkista valtaa vastaan.

---

[714] Yhteiskunnassa, jossa henkilön toimeentulo oli täysin kiinni hänen toimintakyvystään, sairastuminen saattoi olla syy jopa irtisanoa sopimukset ja periä saatavat.

[715] Juutalais-kristillisessä moraalissa sairastuminen nähtiin ”Jumalan rangaistuksena” ihmisen synneistä.

[716] ”Kaatumatauti” oli vielä 1940-luvulla Suomessa peruste sterilisaatiolle, jottei yhteiskunta joutuisi vastaamaan sairaan perimän omaavista lapsista – epilepsiaahan pidettiin erheellisesti periytyvänä ominaisuutena.

[717] Meincke 2001, s. 117–126.

[718] Welamson 1962, s. 7–12.

[719] Ks. Habermas 1991, s. 43–51.

4.3.3. Materiaaliset intressit

Edellä henkilön sosiaalisten suhteiden suoja luettiin yksityisyyden immateriaalisiin muotoihin. Sosiaalisten suhteiden suoja on kuitenkin yhteydessä myös selkeisiin taloudellisiin intresseihin[720]. Arkaluonteisilla terveydentilatiedoilla on merkitystä esimerkiksi työelämässä taikka arvioitaessa henkilön kykyä tulevaisuudessa vastata taloudellisista sitoumuksistaan. Hyvä esimerkki tästä ketjussa on joidenkin pankkien asuntolainoituksen yhteydessä lainanottajalta edellyttämä henkivakuutus, jonka saamisen edellytyksenä taas on, ettei henkilö sairasta (tai ainakaan tiedä sairastavansa) vakavaa tautia[721].

On huomattava, että julkisen vallan hoitaessa sekä terveydenhuoltoa että jakaessa taloudellisia etuuksia, roolit usein sekoittuvat[722]. Hallintokoneiston taholta esitetään äänekkäitäkin vaatimuksia julkisen hallinnon tietokantojen yhdistämiseksi esimerkiksi taloudellisten toimeentulopäätösten materiaalisen oikeellisuuden varmistamiseksi[723]. Vastaavia vaatimuksia ei kuitenkaan hyväksytä esimerkiksi työsuhteessa, kun työnantaja haluaisi yksityiskohtaisesti arvioida työntekijänsä kykyä selvitä tulevista työsuorituksista. *Onkin pitkälti selvittämättä, mitkä ovat ne oikeutusperusteet, jotka mahdollistaisivat yhteiskunnan taloudellisen edun nimessä puuttumaan yksilön perusoikeuksiin kuuluvaan arkaluonteisten tietojen suojaan vai tuleeko sivistyneessä yhteiskunnassa tällaisia valtaoikeuksia ollenkaan suvaita*. On huomattava, että salassapidettävien arkaluonteisten tietojen käyttö todisteena henkilöä vastaan on joka tapauksessa kiellettyä, ja julkisen vallan tunkeutuminen henkilön yksityiselämään taloudellisen kontrollin toteutta-

---

[720] Ks. myös Mahkonen 1997b, s. 190–191.

[721] Yhdysvalloissa useissa tapauksissa henkilön terveydentilaa koskevia tietoja on hyödynnetty myös terveydenhoitotuotteiden suoramarkkinoinnissa. Ks. Starr 1999, s. 197.

Suomesta vastaaviin ongelmiin on puuttunut mm. tietosuojavaltuutettu tapauksessa: TSV DNo 400/52/89: *Optikkokortiston tietojen luovuttaminen ja käyttö suoramainonnassa*.

Henkilörekisteriin saa tallentaa ilman rekisteröidyn suostumusta tietoja mm. sellaisista henkilöistä, joilla on asiakassuhteen vuoksi asiallinen yhteys rekisterinpitäjän toimintaan. Asiakassuhteella tarkoitetaan jatkuvaa molemminpuoliseen yhteydenpitoon perustuvaa asiakassuhdetta, jonka hallinnoimiseen tarvitaan henkilörekisteriä. Niiden henkilöiden tiedot, joilla ei ole asiakassuhdetta rekisterinpitäjään ja jotka eivät ole antaneet suostumustaan rekisteröintiin, on poistettava asiakasrekisteristä tai siirrettävä tietosisältöä karsimalla erilliseen suoramainontarekisteriin. Laki edellyttää, että rekisterille annetaan nimi, joka erottaa sen muista rekistereistä. I Oy ylläpitää tietoja asiakkaista useissa rekistereissä mm: optikkorekisteri, suoramarkkinointirekisteri, asiakasrekisteri, optiikan asiakasrekisteri, päärekisteri, kanta-asiakasrekisteri. I Oy:n tulee selvittää, perustuuko rekisterin pito kussakin tapauksessa optikkoasetuksen määräyksiin, HenkRekL 5 § 1 mom:iin vai HenkRekL:n suoramarkkinointisäännöksiin. Rekisteröidyllä on oikeus vaatia tietojaan poistettavaksi I Oy:n suoramarkkinointirekistereistä.

[722] Julkisen vallan puuttuessa esim. potilas–lääkäri-suhteessa käydyn keskustelun sisältöön ja ohjatessa hoidon sisältöä, rajoitetaan samalla potilaan omaa päätäntävaltaa. Ks. Sugarman and Powers 1991, s. 3323–3327.

[723] Ks. esim. STM 1998:8, s. 41–43.

miseksi edustaa näin vain erästä konfiskaation muotoa, mikä konfiskaatio kyseissä tapauksissa tapahtuu hallintoviranomaisen toimesta edun kieltämisellä taikka peruuttamisella.

4.3.4. Itseinkriminaatioon pakottamisen kielto

Yleisiin rikosprosessioikeudellisiin periaatteisiin kuuluu syytetyn oikeus olla todistamatta itseään vastaan eli pitää yksityiset tietonsa ominaan[724]. Tämä oikeus voidaan johtaa myös kansainvälisten ihmisoikeussopimusten syytetylle takaamista oikeuksista[725] ja se on ilmaistu Suomen lainsäädännössä oikeudenkäymiskaaren 17. luvun 18 ja 24 §:ssä. Syytetyn omainenkin voi kieltäytyä todistamasta sukulaistaan vastaan (OK 17:20). On varsin luonnollista, että ne henkilöt, joiden kanssa rikoksesta epäillyn henkilön on voitava käydä luottamuksellisia keskusteluja kuuluvat todistamiskiellon piiriin. Näitä henkilöitä ovat tyypillisesti oikeudenkäyntiavustaja, lääkäri apulaisineen sekä sielunhoitoa rikoksesta epäillylle antanut pappi (OK 17:23, kirkkolaki 2 §).

Itseinkriminaatioon pakottamisen kiellolla on taustansa valistusajan perustuslakien laatijoiden tuntemassa inhossa inkvisitorisen metodin käyttöön rikosoikeudessa[726]. 1700-luvulle asti oli yleistä pyrkiä rikosoikeudenkäynnissä tunnustuksen hankkimiseen syytetyltä tarvittaessa vaikka kidutusta käyttäen. Tätä kidutusta voitiin kohdistaa myös todistajiin (esim. syytetyn omaisiin). Rikosoikeudellisessa kirjallisuudessa on yleisesti katsottu epäinhimilliseksi myös se, että rikoksentekijältä evättäisiin tosiasiallisesti mahdollisuus tarpeelliseen sairaanhoitoon asettamalla häntä hoitava henkilökunta ilmoitus- tai todistamisvelvollisiksi näin saamistaan tiedoista[727]. Ei lienekään suurta eroa sillä, että rikoksesta epäilty kidutuksella saatetaan käsivään tilaan, jotta hänestä näin saadaan tarvittavat tiedot tuomiota varten taikka että jo kärsivässä tilassa olevan epäillyn kärsimystä käytetään hyväksi tietojen saamiseksi sellaiselle henkilölle, joka ilmoittaa ne edelleen tutkintaviranomaisille.

Kuuluisimpiin tapauksiin lääkärin ilmoitusvelvollisuuden ja hoitamisvelvollisuuden ristiriidasta kuuluu Abraham Licolnin murhanneen John Wilkes Boothin hoito. Paetessaan ampumisen tapahtumapaikalta Washington D.C:n Ford-teatterista Booth mursi jalkansa ja joutui siksi hakeutumaan lääkärin hoitoon. Etelävaltiollissympatioita vaalinut Booth joutui pakomatkallaan pian kiinni ja hirtettiin, mutta myös häntä hoitanutta lääkäriä syytettiin avunannosta rikokseen. Kiihkeässä ilmapiirissä toiminut tuomioistuin ei tuntenut sympatiaa lääkärin salassapitovelvollisuudelle, vaan tuomitsi Boothia hoitaneen lääkärin vankeuteen,

---

[724] Vrt. kuitenkin edellä KKO:2000:90, 26.9.2000 T 2104.
[725] Hallberg 2000, s. 662.
[726] Ks. Tribe 1988, s. 12–15 ja 663–677 ja Pellonpää 2000, s. 214–220.
[727] Tirkkonen 1972, s. 246–250.

josta hänet tosin armahdettiin neljän vuoden rangaistuksen jälkeen. Tästä tapauksesta huolimatta Yhdysvaltain oikeusjärjestys suhtautuu hyvin tiukasti lääkärin salassapitovelvollisuuteen myös rikosoikeudenkäynneissä[728].

4.4. YKSITYISELÄMÄN SUOJAN YDINALUE

Perusoikeuksien rajoittaminen eduskuntalailla on mahdollista, kunhan perusoikeuden rajoitus on täsmällisesti määritelty, rajoitus on välttämätön rajoituksen tavoitteen saavuttamiseksi eikä rajoitus ulotu perusoikeuden ydinalueeseen[729]. Lisäksi rajoitusperusteen on oltava perusoikeusjärjestelmän kannalta hyväksyttävä ja rajoituksen oikeassa suhteessa rajoitusperusteen yhteiskunnalliseen painoarvoon. Rajoituksen kohteeksi joutuneella on vielä oltava käytössään asianmukainen oikeusturvajärjestelmä[730]. Rajoituksen välttämättömyyteen ja suhteellisuusvaatimukseen palataan jäljempänä samoin kuin yksityiselämän rajoitusten kohteeksi joutuneen oikeusturvajärjestelmään. Perustuslakimme perusoikeusjärjestelmän kannalta on kuitenkin keskeistä huomata, että jokaisella perusoikeudella – myös yksityiselämän suojalla – on olemassa sellainen ydinalue, *perusoikeuden kova ydin*, johon puuttuminen tavallisella eduskuntalailla ei normaalioloissa ole mahdollista[731]. Ydinalueeseen kuuluvien oikeuksien poistaminen tekisi nimittäin asianomaisen perusoikeuden käytännössä merkityksettömäksi[732].

Ydinalueen määrittely yksityiselämän suojan osalta on vielä testaamatta suomalaisessa lainsäädäntökäytännössä. Euroopan Ihmisoikeustuomioistuimen käytännössä sen sijaan on runsaasti ratkaisuja, joissa on viitoitettu sitä aluetta, joka kuuluu tämän perusoikeuden ytimeen. Ratkaisun Z vs. Finland (EIT 25.2.1997, *Z. vs. Finland -tapaus)* perusteluissa Euroopan Ihmisoikeustuomioistuin korosti arkaluonteisten terveydentilatietojen luottamuksellista tiedonvaihtoa osana suojattua yksityiselämää[733]. Luottamukselliseen tiedonvaihtoon on kuitenkin mahdollista puuttua *yksittäistapauksessa* tärkeän yhteiskunnallisen intressin

---

[728] Ks. luku 15.4.

[729] Viljanen 2001, s. 229. Ks. myös PeVM 25/1994 vp., s. 5: ”Tavallisella lailla ei voida säätää perusoikeuden ytimeen ulottuvaa rajoitusta.”

[730] Euroopan Ihmisoikeustuomioistuin on pitänyt EIS:n 13 artiklan mukaisena asianmukaisena oikeusturvajärjestelmänä myös muita kuin riippumattomia tuomioistuimia, mutta oikeusturvaelimellä on oltava riittävä tosiasiallinen toimivalta ihmisoikeusloukkauksen korjaamiseksi. Ks. Merrills and Robertson 2001, s. 196–197.

[731] Poikkeusolojen vallitessa perusoikeuksien rajoittaminen on toki mahdollista suuremmassakin määrin. Ks. Tuori 1999f, s. 676–677.

[732] Manninen 1999, s. 409.

[733] Ks. myös Matikkala 1997, s. 888–890. Euroopan Ihmisoikeustuomioistuimen päätöksen johdosta Korkein oikeus purki ja oikaisi hovioikeuden tuomion terveydentilatietojen salassapidon osalta**.** KKO 1998:33, 19.3.1998 T 905.

takia (jollaiseksi on katsottu esim. edellä mainittu törkeän rikoksen selvittäminen taikka varmistettaessa julkisyhteisöön kohdistetun sosiaalietuutta koskevan hakemuksen oikeellisuus[734]). Kummassakin tapauksessa yksityiselämän loukkauksen kohteeksi joutuneella henkilöllä oli mahdollisuus saattaa asia riippumattoman tuomioistuimen arvioitavaksi.

Eduskunnan perustuslakivaliokunta on yksityiselämän suojaa koskevissa tulkinnoissaan seurannut pitkälti samanlaista linjaa kuin Euroopan Ihmisoikeustuomioistuin sen tulkitessa Euroopan Ihmisoikeussopimuksen 8 artiklaa[735]. Euroopan Ihmisoikeussopimuksen 8 artiklan mukaan julkisen vallan puuttuminen henkilön yksityiselämään on mahdollista lain nojalla vain silloin, kun se on *välttämätöntä demokraattisessa yhteiskunnassa*[736]. Esimerkiksi sosiaalihuollon asiakaan asemaa ja oikeuksia koskevan lain (L 812/2000) sosiaalihuollon viranomaisen tiedonsaantioikeutta koskevan 20 §:n osalta perustuslakivaliokunta nimenomaisesti katsoi, että pyydetyn tiedon on oltava yksittäistapauksessa välttämätön asian ratkaisemiseksi ja että henkilölle, jota pyyntö koskee, on oltava mahdollista saattaa tämän välttämättömyyden arviointi riippumattoman tuomioistuimen ratkaistavaksi[737]. Kun kyse on yksityiselämän kaikkein intiimeimmistä osa-alueista, valtion tulisi pystyä esittämään erityisen painavia perusteita yksilön oikeuksiin puuttumisen välttämättömyydelle[738]. Tällaiseksi erittäin intiimiksi yksityiselämän osa-alueeksi on katsottu mm. seksuaalinen käyttäytyminen[739].

Euroopan ihmisoikeussopimuksen takaama oikeus yksityiselämään suojaa salassapitovelvollisuuden alaisten tietojen paljastamiselta ulkopuolisille[740]. Myös henkilön yksityiselämää koskevien tietojen keräämisen ja henkilörekisteröinnin on katsottu merkitsevän puuttumista henkilön yksityiselämään[741]. Mitä ovat sitten ne tiedot, joiden salassapidon vastainen paljastaminen ja rekisteröiminen loukkaisi henkilön yksityiselämää niin paljon, että koko yksityiselämän suoja tulisi merkityksettömäksi? Tällaisiksi tiedoiksi on sekä Euroopassa että Yhdys-

---

734 EIT 27.8.1997, *M.S. vs. Sweden*

735 Ks. jäljempänä luku 5.2.

736 Hyväksyttävinä rajoitusperusteina tulevat kyseeseen kansallinen tai yleinen turvallisuus, maan taloudellinen hyvinvointi, epäjärjestyksen ja rikollisuuden estäminen, terveyden ja moraalin suojeleminen sekä muiden henkilöiden oikeuksien ja vapauksien turvaaminen. Rajoitusperusteiden luettelo on siis niin laaja, että se kattaa käytännössä lähes kaikki lainsäädäntötyön motiivit. Niinpä rajoituksen hyväksyttävyyttä arvioitaessa keskeiseksi perusteeksi nouseekin sen *välttämättömyys*. Ks. Pellonpää 2000, s. 383–384.

737 Perustuslakivaliokunta katsoi, että tiedon antamisesta kieltäytymisen seurauksena arkaluonteisten asiakirjojen luovutuspyyntö tulee joka tapauksessa tuomioistuimen arvioitavaksi. Ks. PeVL 7a/2000 vp.

738 Pellonpää 2000, s. 386.

739 EIT 22.10.1981, *Dudgeon-tapaus*; EIT 22.4.1993, *Modinos vs. Kypros*; EIT 27.9.1999, *Lustig-Prean and Beckett vs. the United Kingdom*; EIT 27.9.1999, *Smith and Grady vs. the United Kingdom*.

740 Merrills and Robertson 2001, s. 138.

741 Pellonpää 2000, s. 388.

valloissa katsottu mm. *terveydentilaa, sukupuolikäyttäytymistä ja perhesuunnittelua koskevat tiedot*[742]. Yksityis- ja perhe-elämä ovat toki kulttuurisidonnaisia käsitteitä, mutta Pohjoismaista Euroopan Ihmisoikeustuomioistuimen arvioitavaksi on tullut suhteessa varsin paljon juuri niiden suojaa koskevia tapauksia[743]. Kun ihmisoikeuksille on muotoutumassa ainakin eurooppalainen – jos ei globaalinen standardi – onkin mahdollista, että pohjoismaisen hyvinvointivaltion tapa ”huolehtia” yksilöstä ei enää kaikilta osin vastaakaan henkilön autonomialle asetettavia ihmisoikeusvaatimuksia.

Euroopan Neuvoston tietosuojasopimus 28.1.1981 tarkentaa Euroopan Ihmisoikeussopimuksen 8 artiklan yksityiselämän suojaa koskevaa säännöstä määrittelemällä tietyt tietotyypit arkaluontoisiksi ja siten henkilön yksityiselämää loukkaaviksi. Näihin tietoihin kuuluvat nimenomaisesti henkilön terveydentilaa koskevat tiedot. Henkilön terveydentilaa ja sairautta koskevat tiedot kuuluvat siis pääosin yksityiselämän kovaan ytimeen. Näiden tietojen laajamittainen kerääminen ja hyödyntäminen julkisen vallan toimesta *hoitosuhteen ulkopuolella* tekee yksityiselämän suojan merkityksettömäksi eräällä hyvin henkilökohtaisella elämänalueella, eikä siis ole hyväksyttävää demokraattisessa yhteiskunnassa. Seuraavassa tarkastellaan eräitä niistä vaatimuksista, joita yksityisyyden suojalle demokraattisessa yhteiskunnassa asetetaan.

---

[742] Ks. Yhdysvaltojen osalta Alderman and Kennedy 1995, s. 55–70.
[743] Nieminen 1999, s. 110–111.

5. Kansainväliset tietosuojavelvoitteet

5.1. YHDISTYNEET KANSAKUNNAT

Yhdistyneiden Kansakuntien ihmisoikeuksien julistus vuodelta 1948 edellyttää, että kenenkään yksityiselämään, perheeseen, kotiin tai kirjeenvaihtoon ei puututa mielivaltaisesti ja ettei kenenkään kunniaa ja mainetta saa loukata[744]. Vaikka julistus ei ole valtioiden välinen kansainvälinen sopimus, vaan kansainvälisen yhteisön antama julkilausuma, on asiakirjalla oikeudellista merkitystä[745]. YK:n ja sen ylläpitämän turvallisuusrakenteen tehtävänä on mm. suojella ihmisoikeuksia ja julistus voidaankin katsoa selitykseksi sille, mitä ihmisoikeuksisilla tarkoitetaan. Ihmisoikeuksien julistuksessa ei sen antamisajankohdan takia tietenkään voitu vielä huomioida automaattisen tietojenkäsittelyn henkilön yksityiselämälle aiheuttamia ongelmia. Julistuksen sisältöä on kuitenkin konkretisoitu monilla myöhemmillä ihmisoikeussopimuksilla, joista Suomen kannalta Euroopan Neuvoston sopimukset ovat merkittävimpiä.

5.2. EUROOPAN NEUVOSTO

Euroopan Neuvoston ihmisoikeussopimus (Yleissopimus ihmisoikeuksien ja perusvapauksien suojaamiseksi, 4.11.1950, SopS 19/1990) lisäpöytäkirjoineen ja siihen liittyvät valvontamekanismit ovat merkinneet ihmis- ja perusoikeusajattelun huomattavaa yhdenmukaistumista Länsi-Euroopassa[746]. Liittyessään Euroopan Neuvostoon v. 1989 Suomi sitoutui ratifioimaan paitsi Euroopan ihmisoikeussopimuksen, myös tämän sopimuksen sisältöä myöhemmin konkretisoineet sopimukset. Ihmisoikeussopimuksen 8 artiklassa suojataan henkilön yksityis- ja

---

[744] YK:n ihmisoikeuksien yleismaailmallisen julistuksen 10.12.1948 12. artikla.
Ihmisoikeusjulistus käyttää alkuperäistekstissään englanninkielistä termiä ”privacy” (”No one shall be subjected to arbitrary interference with his privacy, family, home or correspondence”) eli yksityisyys. Euroopan Neuvoston ihmisoikeussopimuksen ranskankielisen alkuperäistekstin vastaava termi (”vie privée et familial”) on käännetty suomeksi ”yksityis- ja perhe-elämä”. Ihmisoikeuksien julistuksen ja ihmisoikeussopimuksen terminologiset erot johtuvat kuitenkin englanninkielen ja ranskankielen termien käännöksistä ja pyrkimyksestä varmistaa erikielisten versioiden yhdenmukaisuus eikä siitä, että yksityisyydellä (”privacy”) tai yksityiselämä (”private life”) olisi näissä konventioissa tarkoitettu eri asioita. Merrills and Robertson 2001, s. 137.
[745] Scheinin 1999, s. 188.
[746] ibid., s. 131–141 ja 164–169.

perhe-elämä, joihin puuttuminen tehdään sopimuksen perusteella mahdolliseksi vain eduskuntalain perusteella silloin, kun se on demokraattisessa yhteiskunnassa välttämätöntä.[747].

Euroopan Neuvoston v. 1981 laatima yleissopimus yksilöiden suojelusta henkilötietojen automaattisessa tietojenkäsittelyssä (SopS 35–36/1992) koskee nimenomaisesti henkilötietojen keruuta ja rekisteröintiä[748]. Tämän ns. tietosuojasopimuksen tulkintaa on edelleen selvennetty Euroopan Neuvoston ministerikomitean antamilla suosituksilla, joita mm. tietosuojavaltuutetun toimisto on käyttänyt ohjenuoranaan arvioidessaan yksittäisen kansalaisen tietosuojaa eri toimialoilla. Useimmat suositukset on esitetty (epävirallisena) suomennoksena tietosuojavaltuutetun toimiston julkaisemassa Tietosuoja-lehdessä. Ministerikomitean suosituksista erityisesti suositus Nro R(97)5 (13.2.1997) lääketieteellisten tietojen tietosuojasta ja suositukset Nro R(83)10 (23.9.1983 tutkimuksen ja tilastoinnin tietosuojasta) ja (edellisen osin korvannut suositus) Nro R(97)18 (30.9.1997) tilastollisiin tarkoituksiin kerättyjen ja käsiteltyjen henkilötietojen suojelusta koskevat potilastietoja.

Tietosuojasopimus edellyttää, että tietojen kerääminen henkilörekisteriin tapahtuu asiallisesti ja laillisesti. Tietojen tulee olla määriteltyihin ja laillisiin tarkoituksiin tallennettuja (*käyttötarkoitussidonnaisuuden periaate*), eikä niitä saa käyttää sellaisella tavalla, joka on ristiriidassa sanottujen tarkoitusten kanssa. Tietojen oltava riittäviä, asiaan liittyviä eivätkä ne saa olla liiallisia siihen tarkoitukseen, jota varten ne on tallennettu (*tarpeellisuusvaatimus*). Tietojen on oltava paikkansa pitäviä ja tarpeen mukaan ajan tasalle saatettuja (*virheettömyysvaatimus*). Rekisteröidyn henkilön yksilöinti ei saa olla mahdollista pidempään, kuin mitä vaaditaan siihen tarkoitukseen, johon tieto on kerätty[749]. Tietosuojasopimus edellyttää myös, että henkilötietojen suojelemiseksi ryhdytään riittäviin turvatoimiin tietojen vahingossa tapahtuvalta tai luvattomalta tuhoamiselta tai vahingossa tapahtuvalta katoamiselta sekä luvattoman tiedostoihin pääsyn, niiden muuttamisen tai levittämisen varalta (*huolellisuusvelvoite*). Tietosuojasopimus koskee henkilörekisterejä sekä julkisella että yksityisellä sektorilla[750].

Euroopan Neuvoston tietosuojasopimuksen 6 artikla määrittää ne tietotyypit[751], joiden käsittelyllä on erityistä merkitystä henkilön yksityiselämän suojalle. Näitä arkaluonteisiksi luokiteltavia tietoja, joihin henkilön terveydentilaa tai hänen saamaansa hoitoa koskevat tiedot kuuluvat, ei saa käsitellä automaattisesti, ellei kansallinen lainsäädäntö tarjoa riittävää suojaa (*arkaluonteisten tietojen*

---

747 Nieminen 1999, s. 120–124.
748 Tietosuojasopimusta voidaan pitää Euroopan ihmisoikeussopimuksen 8 artiklan ”standardina” henkilötietojen käsittelyn osalta.
749 Konstari 1992, s. 22.
750 Euroopan Neuvoston tietosuojasopimus 3 artikla.
751 Tietosuojasopimuksen englanninkielinen versio käyttää termiä: ”Special categories of data”.

käsittelykielto)[752]. Henkilön terveydentilaa koskevilla arkaluonteisilla tiedoilla tarkoitetaan sopimuksessa kaikkea aiempaa, nykyistä ja tulevaa tietoa elossa olevan tai kuolleen henkilön fyysisestä ja psyykkisestä terveydestä tai sairaudesta[753].

Tietosuojasopimuksen 8 artikla edellyttää mm., että kenen tahansa henkilön on voitava selvittää automaattisen tietojenkäsittelyn avulla ylläpidettävän rekisterin olemassaolo, sen päätarkoitukset sekä rekisterinpitäjää koskevat tiedot. Rekisteröidyn on saatava kohtuullisin väliajoin vahvistus siitä, onko häntä koskevia tietoja tallennettu kyseiseen rekisteriin ja tiedot itselleen ymmärrettävässä muodossa. Tieteellisiin tarkoituksiin käsiteltävien rekisterien osalta voidaan poiketa rekisteröidyn informointivelvollisuudesta, mutta vain silloin, kun on ilmeistä, ettei rekisteri loukkaa rekisteröidyn yksityisyyttä.

Lääketieteellisten tietojen tietosuojasta annettu ministerikomitean suositus antaa lisäohjeita arkaluonteisten terveydentilatietojen käsittelystä. Suositus määrittelee lääketieteellisiksi tiedoiksi paitsi henkilön terveyttä koskevat tiedot, myös sellaiset tiedot, joilla on selvä ja läheinen yhteys terveyteen samoin kuin geneettiset tiedot. Suositus sallii lääketieteellisten tietojen käsittelyn ja luovutuksen yleisten lain perusteella terveydellisten syiden takia, todellisen vaaran ehkäisemiseksi taikka muun *tärkeän yleisen edun takia*[754]. Lisäksi lain salliessa tietoja voidaan käsitellä rekisteröityä tai geneettisessä linjassa olevaa sukulaista koskeviin ennaltaehkäiseviin ja diagnostisiin tarkoituksiin, rekisteröidyin tai kolmannen henkilön elintärkeiden etujen suojelemiseksi, erityisten sopimusoikeudellisten velvoitteiden täyttämiseksi taikka lakiin perustuvan vaatimuksen esittämiseksi. Tietoja voidaan myös muutenkin käsitellä rekisteröidyn *erillisellä suostumuksella*.

Lääketieteellisten tietojen tietosuojaa koskeva suositus edellyttää rekisteröidyn ehdotonta informoimista kerätyistä tiedoista ja rekisteröidylle mahdollisuutta saada ja korjata tietoja. Oikeutta saada tietoja voidaan rajoittaa vain, jos se on tarpeen demokraattisessa yhteiskunnassa valtiollisen turvallisuuden tai yleisen järjestyksen suojelemiseksi taikka rikosten ehkäisemiseksi tai jos tietoja käytetään tilastollisiin tai tieteellisiin tarkoituksiin, joissa *rekisteröidyn yksityisyys ei vaarannu*. Lisäksi tiedon saantia voidaan rajoittaa, jos tiedon antaminen todennäköisesti aiheuttaisi vakavaa vaaraa rekisteröidyn terveydelle taikka jos annettu tieto samalla paljastaisi tietoja kolmannesta osapuolesta[755]. Rekisteröidyllä tulee

---

[752] Ks. Callens 1993, s. 56–59.
[753] Henke 1986, s. 117.
[754] Euroopan Neuvoston ministerikomitean lääketieteellisten tietojen tietosuojaa koskeva suositus, 4. artikla.
[755] Jos kyseessä ovat geneettiset tiedot, tieto olisi omiaan aiheuttamaan vakavaa vahinkoa verisukulaisille tai sisarruksille taikka henkilölle, jolla on suora yhteys tähän geneettiseen linjaan. Ibid, 8.2. artiklan, c-kohta.

kuitenkin aina olla mahdollisuus hakea muutosta tietojen antamatta jättämistä koskevaan taikka tietojen korjaamisen epäävään päätökseen.

Lääketieteellisten tietojen tietosuojaa koskeva suositus korostaa velvollisuutta käyttää lääketieteellisessä tutkimuksessa sellaisia tietoja, joista yksittäinen henkilö ei ole tunnistettavissa. Tunnistetietojen käyttö tutkimusrekistereissä on mahdollista vain, jos henkilö tai hänen laillinen edustajansa on antanut tähän suostumuksensa taikka mikäli kansallinen toimielin (so. tietosuojalautakunta) on antanut tähän luvan. Luvan saamisen edellytyksenä kuitenkin tulisi olla, että tutkimusprojekti liittyy *tärkeään yleiseen etuun ja on sen lisäksi tarpeellinen yleisen terveyden takia*. Näiden edellytysten lisäksi vaaditaan, että rekisteröity ei ole vastustanut tiedon ilmaisemista ja että olisi kohtuullisista yrityksistä huolimatta epäkäytännöllistä ottaa häneen yhteyttä suostumuksen saamiseksi tunnistetietojen rekisteröintiin.

Tutkimuksen ja tilastoinnin tietosuojaa koskeva Euroopan Neuvoston ministerikomitean suositus täsmentää puolestaan tietosuojasopimuksen tutkimusrekistereitä koskevia tavoitteita[756]. Suositus korostaa, että tutkimustoiminta – mikäli mahdollista – tulisi toteuttaa käyttämällä sellaisia tietoja, joista henkilö ei ole tunnistettavissa. Myös julkisten viranomaisten tulisi aktiivisesti edistettävä rekisteröidyn anonyymiteetin varmistavien keinojen ja menettelytapojen kehittämistä. Vaikka tietojen keruu tapahtuisi ilman henkilön tunnistetietoja (ja erityisesti jos henkilö on tiedostossa tunnistettavissa), tulee rekisteröidyn henkilön ensisijaisesti antaa suostumuksensa tietojen viemiseen tutkimusrekisteriin. Suostumuksensa tietojen rekisteröintiin antanut henkilö voi tällöin myös luopua yhteistoiminnasta tutkijan kanssa ja vaatia hänestä koottujen tietojen poistamista tutkimusrekisteristä[757].

Tutkimusrekisteriin kerättyjä tietoja ei ministerikomitean suosituksen mukaan saa käyttää muuhun kuin tutkimustarkoituksiin. Niitä ei missään tapauksessa saa käyttää henkilöä koskevassa hallinnollisessa päätöksenteossa. Mikäli tutkimusrekisteriä halutaan käyttää toiseen tutkimushankkeeseen, tulee pääsääntöisesti rekisteröidyltä hankkia uusi suostumus tutkimustietojen käyttöön. Ainoastaan, mikäli uusi tutkimus ei luonteeltaan eroa edellisestä taikka suostumuksen hankkiminen olisi käytännössä mahdotonta (esim. ajan kulumisen takia taikka rekisteröityjen suuren lukumäärän takia), voidaan aikaisemmin kerättyjä tietoja käyttää uuteen tutkimukseen ilman rekisteröidyltä hankittavaa suostumusta. Vaikka sekä julkinen että yksityinen yhteisö voikin käyttää hallinnollisiin tarkoituksiin

---

[756] Tilastoinnin osalta on lisäksi annettu erillinen suositus tilastollisiin tarkoituksiin kerättyjen ja käsiteltyjen henkilötietojen suojelusta (Euroopan Neuvoston ministerikomitea 30.9.1997, R(97) 18.) Suosituksen 8 artikla suosittaa tilastotietojen anonyymisointia tai silloin, kun se ei ole mahdollista, tunnistetietojen ja henkilötietojen erottamista toisistaan (10 artikla).

[757] Euroopan Neuvoston ministerikomitean tutkimuksen ja tilastoinnin tietosuojaa koskeva suositus, 3.2 artikla.

keräämiään henkilötietoja tutkimustarkoituksiin, tulisi tällaisista tiedostoista muodostettuihin tutkimusrekistereihin soveltaa edellä kuvattuja ohjeita. Uuden tutkimustiedoista muodostetun rekisterin tietoja ei myöskään suosituksen mukaan saa antaa hallinnolliseen käyttöön muutoin kuin rekisteröidyn henkilön erillisellä suostumuksella.

Euroopan Neuvoston tietosuojasopimuksella on ollut keskeinen merkitys Euroopan Unionin tietosuojalainsäädännölle, vaikkakaan Unioni ei ole liittynyt minkään kansainvälisen ihmisoikeussopimuksen osapuoleksi[758].

5.3. EUROOPAN UNIONIN TIETOSUOJADIREKTIIVI

Euroopan Unionin tietosuojadirektiivi (EPNDir 95/46/EY) määrittää sen tietosuojalainsäädännön perustason, joka unionin jäsenvaltion on toteutettava[759]. Direktiivin tarkoituksena on paitsi suojella henkilön yksityisyyttä, myös luoda edellytykset jäsenvaltioiden väliselle henkilötietojen siirroille[760]. Henkilötietojen siirto on usein osa palveluiden vapaata liikkuvuutta Euroopan Unionin sisällä ja jäsenvaltioiden välisiä terveydentilatietojen siirtoja tarvitaan paitsi välitettäessä terveydenhuollon palveluja, myös esim. työnvälityksessä, vakuutustoiminnassa sekä monikansallisissa tutkimus- ja tuotekehityshankkeissa. Kun direktiivin yhtenä tarkoituksena on taloudellisen tehokkuuden lisääminen Euroopan Unionin perusperiaatteiden mukaisesti, ei jäsenvaltioilla ole mahdollisuutta rajoittaa tiedonsiirtoja jäsenvaltioiden välillä laajemmin, kuin mitä direktiivi mahdollistaa[761].

Direktiivin johdannossa edellytetään, että henkilötietoja koskevan lainsäädännön tavoitteena tulee mm. olla perusoikeuksien ja erityisesti yksityisyyden suojan kunnioittaminen ja että tietosuojaa koskevia periaatteita on sovellettava kaikenlaiseen henkilötietojen käsittelyyn[762]. EU-direktiivi edellyttääkin, että

---

[758] Rosas 1999, s. 909.

[759] Direktiivin kansalliselle implementoinnille asetettavista vaatimuksista ks. Kapteyn et al. 1990, s. 193–197.

[760] Callens and Nys 1996, s. 24.

Direktiivi edellyttää myös, että henkilötietoja voidaan ilman erillistä lupaa siirtää Unionin jäsenmaista Unionin ulkopuolelle vain ns. turvallisiin maihin, joiden tietosuojalainsäädäntö vastaa Euroopan Unionin tietosuojan tasoa. Ks. Ylipartanen 2001, s. 104–108.

[761] Ks. Pöysti 1999, s. 518–521. Pöystin mukaan erot yksityisyyden oikeussystemaattisessa painoarvossa ja toteuttamistavassa saattavat muodostua esteiksi informaation vapaalle liikkuvuudelle niin informaatiomarkkinoilla kuin viranomaistoiminnassakin. Unionissa ei siten saisi olla epäluottamusta jäsenvaltioiden välillä yksityisyyden suojan suhteen. Direktiivi merkitsee sitoutumista informaatioyhteiskunnan kannalta ajankohtaisiin ajatuksiin informaation vapaudesta ja vapaasta liikkuvuudesta.

[762] Kuopus 1996, s. 21.22. Poikkeuksena on kuitenkin tietojenkäsittely yksinomaan yksityisissä taikka henkilökohtaisissa asioissa kuten esim. kirjeenvaihto taikka osoitteiston pitäminen.

kerättävät tiedot ovat olennaisia tietojen aiotun käyttötarkoituksen kannalta ja jäsenvaltioiden on lainsäädännössään pystyttävä estämään kerättyjen tietojen käyttö toisessa yhteydessä yksilöä koskevaan päätöksentekoon tai valvontaan[763].

Tietosuojadirektiivi rakentuu tietojen käsittelyn (”*processing of personal data*”) yleiskäsitteelle.[764]. Tämä käsite pitää sisällään henkilötietojen keräämisen, tallettamisen, luovuttamisen ja muun käytön. Asiallisesti direktiivin edellyttämä tietojen käsittelyn kielto pitää sisällään myös salassapitovelvoitteen, koska tietojen luovuttaminen ja paljastaminen kuuluvat direktiivin tarkoittamaan tietojen käsittelyyn.

Direktiivin 8 artiklan mukaan jäsenvaltioiden on kiellettävä sellaisten arkaluonteisten henkilötietojen käsittely, jotka koskevat mm. henkilön terveydentilaa, jollei rekisteröity ole antanut tietojen käsittelyyn suostumustaan tai jollei käsittely on tarpeen rekisterinpitäjän erityisten velvoitteiden noudattamiseksi työoikeuden alalla taikka jollei käsittely ole tarpeen rekisteröidyn taikka toisen henkilön elintärkeiden etujen suojelemiseksi ja rekisteröity on estynyt antamasta suostumustaan. Direktiivin 8 artiklan 3-kohdan mukaan arkaluonteisten tietojen käsittely on kuitenkin sallittua, mikäli se on tarpeen ennalta ehkäisevää lääketiedettä tai lääketieteellisen diagnoosin tekoa varten, hoidon antamista varten taikka terveydenhuollon palvelujen hallintoa varten. Edellytyksenä poikkeukselle on kuitenkin, että tietojen käsittelystä vastaa terveydenhuollon ammattikoulutuksen saanut henkilökunta, jota koskee kansallisen lainsäädännön asettama salassapitovelvoite.

On kuitenkin huomattava, että direktiivin johdannon mukaan jäsenvaltioilla on oikeus tehdä poikkeuksia myös arkaluonteisten tietojen käsittelykiellosta, mikäli sen on *tärkeän yleisen edun* takia perusteltua esim. kansanterveyden ja sosiaaliturvan alueilla[765]. Poikkeuksia tehdessäänkin jäsenvaltion on annettava asianmukaiset takeet yksilön perusoikeuksien ja yksityisyyden suojaamisek-

---

[763] EYT C-369/98, *The Queen vs. Minister of Agriculture, Fisheries & Food, ex parte: Trevor Robert Fisher and Penny Fisher.* Kun toimivaltainen viranomainen kieltäytyy antamasta pyydettyjä tietoja, sillä ei ole oikeutta määrätä tiettyjä yhteisön tukijärjestelmiä koskevan yhdennetyn hallinto- ja valvontajärjestelmän soveltamista koskevista yksityiskohtaisista säännöistä 23. päivänä joulukuuta 1992 annetun komission asetuksen (ETY) N:o 3887/92 9 artiklan perusteella seuraamuksia hakijalle, käyttäen perusteena niitä tietoja, joita se ei pyynnöistä huolimatta ole tälle antanut. Ks. myös EYT C-209/97, *Euroopan Yhteisöjen komissio vs. Euroopan Unionin neuvosto*.

[764] EPNDir 95/46/EY Article 2 (b): 'processing of personal data' ('processing') shall mean any operation or set of operations which is performed upon personal data, whether or not by automatic means, such as collection, recording, organisation, storage, adaptation or alteration, retrieval, consultation, use, disclosure by transmission, dissemination or otherwise making available, alignment or combination, blocking, erasure or destruction.

[765] EPNDir 95/46/EY johdanto 34. kohta: Poikkeuksia on mahdollista tehdä mm. laadun ja kustannustehokkuuden takaamiseksi, henki- ja sairausvakuutustoiminnassa, etuuksia ja palveluja koskevien vaatimusten käsittelymenettelyssä, tieteellisessä tutkimuksessa tai julkisessa tilastotoimessa.

si[766]. Vaikka direktiivi on pääosin saatettu voimaan henkilötietolailla, edellyttää Euroopan Unionin oikeus, että myös muu suomalainen henkilötietojen rekisteröintiä koskeva lainsäädäntö vastaa tämän direktiivin vaatimuksia. Ennen direktiivin voimaantuloa on säädetty mm. laki sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisista keskusrekistereistä, joka oikeuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisia esim. keräämään ns. hoitoilmoitustiedot kaikista hoidetuista potilaista taikka tiedot lääketieteellisten toimenpiteiden kohteina olleista henkilöistä (esim. abortti taikka sterilisointi) sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimus- ja kehittämiskeskuksen (STAKES) keskusrekistereihin[767].

Tietosuojadirektiiviä sovelletaan niin julkisen viranomaisen kuin yksityisen henkilönkin pitämän rekisteriin ja yhtälailla sekä automaattisen tietojen käsittelyn avulla että manuaalisesti toteutettavaan henkilötietojen käsittelyyn. Direktiivin tavoitteena on paitsi yksityisyyden suoja toteuttaminen jäsenvaltioissa, myös määrittää ne periaatteet, joita noudatetaan tietojen siirtyessä EU:n perusperiaatteiden mukaisesti jäsenvaltiosta toiseen. Direktiivi määrittää myös sen yksityisyyden suojan perustason, jota toisen jäsenmaan kansalainen voi olettaa nauttivansa käyttäessään esim. toisen jäsenmaan terveydenhuolto- taikka sosiaalipalveluja. Pyrkiessään laajentamaan ”hyvinvointiklusterinsa” markkina-aluetta Euroopassa, Suomen onkin otettava huomioon muiden jäsenmaiden terveydenhuoltojärjestelmissä vallitseva vaatimustaso yksityisyyden suojan suhteen.

Direktiivin tavoiteosassa korostetaan paitsi Euroopan Unionin pyrkimystä suojata jäsenmaidensa kansalaisten perusoikeuksia, myös tarvetta kansainvälisessä yhteistyössä edistää tieteellisten tietojen liikkuvuutta. Jäsenvaltioilla on periaatteessa mahdollisuus poiketa direktiivin vaatimasta arkaluonteisten tietojen rekisteröintikiellosta (johdannon kohta 34.) mm. tieteellistä tutkimusta varten, kunhan jäsenvaltio toteuttaa asianmukaiset takeet yksilöiden perusoikeuksien ja yksityisyyden suojaamiseksi. On huomattava, että direktiivi varsinainen säännösteksti ei kuitenkaan mainitse tätä mahdollisuutta, vaan direktiivin 8 artiklan 2-kohta mahdollistaa arkaluonteisten terveydentilatietojen rekisteröinnin ainoastaan rekisteröidyn nimenomaisella suostumuksella taikka terveyden- ja sairaanhoidollisia tarkoituksia varten. Direktiivin 13 artikla antaa mahdollisuuden poiketa rekisteröidyn informointivelvollisuudesta tieteellisen tutkimuksen yhteydessä, jos informointivelvollisuuden laiminlyömisestä ei aiheudu vaaraa henkilön yksityisyyden suojalle (ja on oikeudellisesti varmistettu, ettei tietoja mis-

---

[766] Ks. Mäenpää 2001, s. 371: EU-oikeudessa hyväksyttyihin oikeusturvan minimivaatimuksiin kuuluvat oikeusturvan riittävä saatavuus, oikeusturvamenettelyn tasapuolisuus ja oikeusturvan toteuttamiskelpoisuus sekä oikeusturvakeinojen tehokkuus. Yhteisön oikeus edellyttää mm. pääsyä toimivaltaiseen tuomioistuimeen silloin, kun on kysymys perustavanlaatuisten oikeuksien toteuttamisesta kansallisella tasolla. Joutsamo et al. 2000, s. 316.

[767] Sosiaali- ja terveyshallitus 1991.

Esim. Ruotsissa on katsottu, että aborttitietojen kerääminen tunnistetiedoilla varustettuun rekisteriin on vastoin kansalaisten perusoikeuksia. Editorial: Läkartidningen 1997: 94; 1342.

sään tapauksessa käytetä rekisteröityjä koskevien toimenpiteiden toteuttamiseen taikka päätösten tekemiseen). Tämä poikkeussäännös ei kuitenkaan suoraan salli arkaluonteisten terveydentilatietojen rekisteröintiä ilman rekisteröidyn suostumusta. Toisaalta henkilörekisterin (esim. sairaalan potilastiedostot) tietojen käyttöä myöhempään tieteellisen tutkimukseen ei pääsääntöisesti pidetä ristiriitaisena rekisterin alkuperäisen käyttötarkoituksen kanssa, mutta rekisteröityä henkilöä tulisi informoida häntä koskevien tietojen viemisestä tutkimusrekisteriin ja henkilöllä pitäisi olla mahdollisuus kieltää häntä koskevien tietojen käyttö[768].

5.4. OECD:N SUOSITUS YKSITYISYYDEN SUOJAAMISESTA JA VALTIOIDEN VÄLISESTÄ HENKILÖTIETOJEN SIIRROSTA

Tiedonsiirrolla ja tiedonsiirtoteknologialla on suuri merkitys maailmantaloudessa. Tiedonsiirron rajoittaminen voi muodostaa esteen vapaakaupalle. Toisaalta globaalissa tiedonsiirrossa on pystyttävä turvaamaan myös luottamuksellisten tietojen pysyminen vain niihin oikeutettujen käsissä[769]. Tämän luottamuksellisuuden keskeisenä sisältönä on informaatioon ja sen käsittelyyn kohdistuvien määräämis- ja käyttöoikeuksien (asiallisen sisällön ja merkityksen) turvaaminen. Nämä määräämisoikeudet konkretisoivat informaatioon kohdistuvaa oikeudellista valta-asemaa. Taloudellisen toiminnan kysymyksessä ollen ja erityisesti tarkasteltaessa niitä arkaluonteisia tietoja, jotka liittyvät taloudelliseen toimintaan (ml. terveyspalvelujen tarjoamisen yhteydessä kertyvät tiedot asiakkaiden terveydentilasta), määräämisoikeudet koskevat nimenomaan yksinoikeutta informaatioon salaisuutena ja tiedollista ”omistusoikeutta” eli oikeutta määrätä itseään koskevan informaation kaupallisesta käytöstä[770].

Edellä kuvattu Euroopan Unionin tietosuojadirektiivi on yksi esimerkki konkreettisesta pyrkimyksestä määritellä tämän tiedollisen omistusoikeuden ulottuvuus tavaroiden ja palvelujen vaihdannassa. Myös OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) on antanut oman suosituksensa yksityisyyden suojaamisesta siirrettäessä henkilötietoja valtioiden välillä[771]. Tässä suosituksessa esitetään kahdeksan erillistä tietosuojaperiaatetta, joista poikkeamisen

---

[768] Ks. jäljempänä kappale 13.2.

[769] Saarenpää et al. 1997, s. 47: Muita tietoturvallisuuden ulottuvuuksia ovat informaation eheys ja tiedon käytettävyys.

[770] Ibid s. 50–51: Informaatiota koskeviin määräämisoikeuksiin sisältyy toimivaltanormeja, jotka osittavat, kenellä on oikeudellinen kelpoisuus määrätä kussakin tilanteessa informaatiosta ja pääsystä informaatioon.

[771] OECD 1994, s. 69–70.

tiedonsiirtotoiminnassa tulisi olla mahdollisimman vähäistä. Nämä periaatteet ovat:

- Tietojen keruun rajoittamisen -periaate: tietojen keruun tulisi tapahtua henkilön tieten tai hänen suostumuksellaan
- Tietojen laatu -periaate: kerättävien tietojen olla täsmällisiä, täydellisiä ja ajan tasalla.
- Käyttötarkoituksen määrittelyn -periaate: kerättyjen tietojen käytön on rajoituttava ilmoitettujen tai niiden kanssa sopusoinnussa olevien tarkoitusperien toteuttamiseen.
- Tietojen käytön rajoittamisen -periaate: henkilötietoja ei saa paljastaa tai pitää saatavilla muuhun kuin käyttötarkoitusta vastaavaan tarkoitukseen, ellei rekisteröity siihen suostu tai muu lainsäädäntö tietojen paljastamista vaadi.
- Suojatoimenpiteiden asettamisen -periaate: henkilötietoja on suojeltava katoamiselta, luvattomalta saatavillapidolta, luvattomalta hävittämiseltä, luvattomalta käytöltä, muuttamiselta tai paljastamiselta.
- Yksilön osallistumisen -periaate: henkilöllä on oikeus saada tietoja, onko hänestä tallennettu henkilötietoja sekä itseään koskevat henkilötiedot kohtuullisessa ajassa, kohtuullisin kustannuksin, soveliain tavoin ja ymmärrettävässä muodossa. Mikäli tiedon antaminen evätään, henkilöllä on oltava mahdollisuus muutoksenhakuun. Rekisteröidyn on myös voitava vaatia itseään koskevia tietoja oikaistavaksi tai poistettavaksi.
- Vastuun periaate. Rekisterinpitäjän on kannettava oikeudellinen vastuu em. periaatteiden vaatimien lainsäädännöllisten tai muiden toimenpiteiden noudattamisesta.

Elektronisen kaupan kehittyessä henkilötietojen tietoturva on yhä merkittävämpi huolenaihe sekä yksittäisille kuluttajille että hallituksille. Elektronisen palvelutarjonnan ja kaupankäynnin volyymin kasvattaminen edellyttää käytännössä tietoturvaperiaatteiden käytännön soveltamista palvelujen käyttäjien luottamuksen ylläpitämiseksi[772]. Kansainvälisen tietosuojasäännöstön implementointi kansalliseen lainsäädäntöön on keskeinen osa tämän luottamuksen aikaansaamista.

[772] http://cs3-hq.oecd.org/scripts/pwv3/pwhome.htm.

6. Yksityisyyden suojaamiskeinot

6.1. LUVATTOMAN TIEDONKERUUN KIELTO

Ennen tietotekniikan leviämistä yksityisyyden suoja oli pitkälti kotirauhan suojaa[773]: Ulkopuolisilla ei ollut lupa kurkistella toisen asuntoon yms. Kotirauhan suojan tapaiset periaatteet ovat vieläkin käytännössä terveydenhuollossa, jossa esim. tutkimustilanteesta pyritään sulkemaan pois ulkopuoliset ja asiaankuulumattomien henkilöiden paikalle ilmestymiseen suhtaudutaan varsin kielteisesti, kuten myös siihen, että joku pyrkisi salaa seuraamaan tutkimustilannetta. Toisaalta kuitenkin esim. sairaaloissa osastokiertojen yhteydessä ei pidetä mitenkään sopimattomana, että potilasta tutkitaan taikka hänen asioitaan selvitellään muiden potilaiden läsnä ollen[774]. Potilaan ”kotirauhan” turvaaminen ei kuitenkaan ole tämän tutkimuksen kannalta keskeinen oikeusongelma, joskin voi esittää kysymyksen siitä, onko esim. lääkärintointa harjoittavalla (yksityisellä taikka yhteisöllä) juridinen velvoite järjestää sellainen rauhallinen tila potilaan tutkimista ja hänen kanssaan keskustelemista varten, jotta yksityisyys voidaan turvata[775].

Henkilötietojen keruu ei EU-alueella sinänsä vaadi erillistä lupaa[776]. Arkaluonteisten henkilötietojen käsittely sen sijaan on pääsääntöisesti kiellettyä. Euroopan Neuvoston tietosuojasopimuksen (28.1.1981) 6 artikla ja EU:n tietosuojadirektiivin (95/46/EC) 8 artikla kieltävät terveydentilaa koskevien tietojen automaattisen tietojenkäsittelyn, jollei kansallinen lainsäädäntö takaa ko. tietojen riittävää turvaa[777]. Sekä tietosuojasopimus että EU:n tietosuojadirektiivi mahdollistavat kuitenkin terveydentilatietojen käsittelyn terveydenhuollon toimintayksikössä salassapitovelvollisten terveydenhuollon ammattihenkilöiden toimesta. Lisäksi perusteena arkaluonteisten henkilötietojen käsittelykiellosta poikkeamiselle voi olla joko tietosuojaviranomaisen erillinen lupa taikka käsittelyyn muu-

---

[773] Bruun 1984, s. 219–221.

[774] Vrt. kuitenkin Tietosuojavaltuutetun kannanottoja 1997, s. 24: Salassapidon turvaaminen tulee ottaa huomioon viraston työtiloja suunniteltaessa ja järjestettäessä sekä työtehtäviä virkailijoille jaettaessa.

[775] PotL 3 § 2 mom: Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan.

[776] Esim. Norjassa kuitenkin lähes kaikille arkaluonteisia henkilötietoja sisältäville rekistereille vaaditaan tietosuojaviranomaisen erillinen lupa. Schartum 2001, s. 100–102.

[777] Ylipartanen 1997b, s. 14–15.

ten oikeuttava lainsäännös[778]. Koska terveydenhuollon tiedonkeruun oikeusperusteena ovat juuri rekisteröintiin velvoittavat ja arkaluonteisten tietojen käsittelykiellosta poikkeamaan oikeuttavat säännökset, joihin yleensä sisältyy erityisiä tietoturvaa ja salassapitoa koskevia määräyksiä, ei *potilasta hoitava* terveydenhuollon toimintayksikkö yleensä voi syyllistyä luvattomaan tietojen keräämiseen. Ongelmallisia ovat kuitenkin tilanteet, jossa terveydentilatietoja halutaan kerätä ilman potilaan nimenomaista suostumusta *muussa kuin hoitoon liittyvässä* tarkoituksessa (esim. erilaiset yhdistykset, tutkimus, tilastointi, markkinointi). Tällaiseen toimintaan puuttuvia ratkaisuja löytyy tietosuojavaltuutetun käytännöstä useita[779]:

> TSV DNo 368/41/88: *Kysymys K ry:n sydäntahdistimista pitämästä rekisteristä:*
>
> Suostumus ko. arkaluonteisten tietojen rekisteröintiin ja luovuttamiseen tulee hankkia kirjallisena. Suostumusasiakirjasta tulee ilmetä, mihin henkilötietoja on lupa käyttää tai luovuttaa. Rekisterikuvauksessa tulee määritellä ne tahot, joille rekisteristä säännönmukaisesti luovutetaan tietoja. Nämä tiedot tulee myös *ilman eri pyyntöä* ilmoittaa myös tarkastusoikeuttaan käyttävälle. Henkilötietoja voidaan luovuttaa vain asianomaisen rekisteröidyn suostumuksella tai hänelle itselleen. Tunnistamattomassa muodossa olevia tietoja voidaan kuitenkin salassapitosäännösten estämättä luovuttaa.

> TSV DNo 155/41/90: *Kysymys yhdistys L ry:n asiakasrekisterin perustamisesta:*
>
> Rekisterin pitämisen perusteeksi on ilmoitettu L ry:n toiminta valtakunnallisena kuntoutuspalvelujen tuottajana. Rekisteriin kerättäisiin alueellisten kuntoutussihteerin toteuttaman kuntoutusohjauksen asiakastietoja.
>
> Vaikka estettä keskitetyn, asiakastietoja sisältävän rekisterin pitämiseen ei ole, voidaan rekisteriin kerätä henkilötietoja vain voimassa olevan asiakassuhteen perusteella. Henkilötietojen on oltava rekisterin käyttötarkoituksen kannalta tarpeellisia. *Edes rekisteröidyn suostumus ei oikeuta keräämään muita kuin käyttötarkoituksen kannalta tarpeellisia tietoja*[780]. Jos L ry tarvitsee toiminnassaan vain tilastotietoja, ei henkilötietojen kerääminen ole lain mukaista.

---

[778] Direktiivi 95/46/EC 8 art., 4. kohta: ”Subject to the provision of suitable safeguards, Member States may, for reasons of substantial public interest, lay down exemptions in addition to those laid down in paragraph 2 either by national law or by decision of the supervisory authority.”

[779] Ko. ratkaisut perustuvat nyttemmin kumottuun HenkRekL:iin. Ratkaisuja on toimituksellisista syistä lyhennetty ja selvennetty.

[780] Samoin TSV DNo 684/41/89. Tietoja saa lisäksi rekisteröidä vain sellaisista henkilöistä, joilla asiakas- tai palvelussuhteen, jäsenyyden tai muun niihin verrattavan suhteen vuoksi on asiallinen yhteys rekisterinpitäjän toimintaan (*yhteysvaatimus*). Rekisterin perustietoja käytettiin eri tarkoituksiin (yhdistyksen jäsenrekisteri, lehden tilaajarekisteri, kurssilaisrekisteri, palkka- ja palkkiorekisteri). Jokaisen rekisterin tarpeelliset perustiedot tulee selvittää erikseen ja käyttöoikeudet rekisteriin antaa niin, että käyttäjä voi katsella ja päivittää ainoastaan tehtäviensä hoitamisessa tarvittavia tietoja.

TSV DNo 704/45/89: *Kysymys siitä, kuinka laajalti I ry on oikeutettu rekisteröimään jäseneksi liittyvien henkilöiden tietoja (ml. vamman aiheuttama haitta-asteprosentti ja myönnettyjä avustuksia koskevat tiedot):*

Yhdistys I ry:n varsinaiseksi jäseneksi liittymisen edellytyksenä on, että vamman henkilölle aiheuttama haitta-asteprosentti on vähintään 10 %. Henkilörekisterilainsäädännön esitöissä on todettu (HE 49/1986 vp., s. 28), että rekisterinpito on sallittua vain, jos se perustuu rekisterinpitäjän ja rekisteröidyn molemminpuoliseen yhteydenpitoon ja jos rekisteriä käytetään yhteydenpidon hallinnointiin. Yhdistys I:hin kuuluu n. 50.000 jäsentä. I ry:llä on merkittävää palvelutuotantoa ammatillisen ja lääkinnällisen kuntoutuksen alueella. Henkilörekisteriin saa tallettaa *vain rekisterin käyttötarkoituksen kannalta tarpeellisia* tietoja. Yhdistyslain (L 503/1989) 11 § 1 mom:n mukaan yhdistyksen jäsenluetteloon on merkittävä kunkin jäsenen täydellinen nimi ja kotipaikka sekä ulkomaalaisen osalta kansalaisuus. Tietosuojavaltuutettu katsoi, että henkilötunnuksen tunnusosa ja entistä sukunimeä koskevat tiedot eivät ole rekisterinpidon kannalta tarpeellisia. Ammattia ja koulutusta koskeva tiedon osalta tulisi jäsenelle ilmoittaa, minkälaisessa tilanteessa ao. tietoja pidetään tarpeellisena *ja saada jäsenen suostumus* niiden ilmoittamiseen ja rekisteröintiin. Sama koskee tietoja vamman aiheuttajasta, työssä käynnistä ja apuvälineistä. Haitta-asteprosentti merkitään muutenkin jäsenrekisteriin vain, kun jäsen sitä haluaa. Jäsenhakemuslomakkeiden säilyttäminen sekä yhdistyksessä että jäsenyhdistyksessä on tarpeetonta. Tieto kuulumisesta I ry:hyn on arkaluonteinen tieto ja jäsenluettelon tietoja *ei saa luovuttaa ilman jäsenen kirjallista suostumusta*[781].

Suomenkaan henkilötietolaki ei sinänsä rajoita sairaanhoidosta vastaavan viranomaisen oikeutta ylläpitää potilasasiakirjoja[782], koska erityislait ja lääkintäviranomaisten määräykset juuri näin velvoittavat tekemään[783]. Terveydenhuollon toimintayksiköiden välisiä tiedonsiirron väyliä ei erityislainsäädännössä kuitenkaan ole pystytty tarkasti kuvaamaan ja samat potilastiedot onkin tosiasiallisesti saatettu koota usean terveydenhuoltoyksikön rekistereihin (esim. kunnan terveyskeskus, erikoissairaanhoitopiirin sairaala, yksityinen kuntoutuslaitos, julkinen eläkelaitos).

---

[781] Ks. myös TSV DNo 268/41/90: *Kysymys säätiön oikeudesta saada tietoja toisen saman alan järjestön rekisteristä:* Säätiöllä ei ole erityistä oikeutta saada V ry:n piirijärjestöltä arkaluonteisia tietoja sen jäsenistä, vaan tietojen luovutukseen sovelletaan HenkRekL:n 18 ja 19 §:n säännöksiä.
[782] HetiL:n 12 §, kohdat 5, 6, 10, 11 ja 12: poikkeukset arkaluonteisten tietojen rekisteröintikiellosta.
[783] Ks. jäljempänä luku 8.1.

6.2. TIETOJEN LUOVUTTAMISEN RAJOITTAMINEN

Terveyden- ja sairaanhoidon yhteydessä kerättyjen tietojen luottamuksellisuus on Suomessa sinänsä hyvin suojattu. Paitsi että rikoslaki ja terveydenhoitoa erityisesti koskevat säännökset määräävät rangaistuksen hoitohenkilökunnalle vaitiolovelvollisuuden rikkomisesta[784], myös oikeudenkäymiskaari rajoittaa mahdollisuuksia käyttää ko. tietoja todisteena yleisissä alioikeuksissa[785]. Lisäksi toimialan erityislainsäädäntö (esim. potilaslaki) määrää pääsääntöisesti ko. asioiden kanssa tekemisissä olleille vaitiolovelvollisuuden ja asiakirjajulkisuutta koskeva lainsäädäntö määrää tällaiset asiakirjat salassa pidettäväksi.

Terveyden- ja sairaanhoidon asiakirjat ovat myös pääosin julkisen hallinnon asiakirjoja, joihin soveltuvat samat säännökset julkisuudesta ja salassapidosta kuin muihinkin viranomaisen asiakirjoihin. Asiakirjat laatinutta virkamiestä sitovat lisäksi vaatimukset, jotka koskevat julkisen hallinnon asiakirjojen huolellista säilyttämistä[786]. Potilaan vaikutusmahdollisuuksia näiden asiakirjojen käyttöön suojaa JulkL 26 §:n säädös, jonka mukaan viranomainen voi antaa tiedon salassa pidettävistä terveydentilatiedoista pääsääntöisesti vain sen henkilön suostumuksella, jonka suojaksi salassapitovelvollisuus on määrätty. Potilaslain 13 § edellyttää vielä, että mainittu suostumus on annettava kirjallisena. Suostumuksesta on tietosuojavaltuutetun kannan mukaan myös ilmettävä se, mihin rekisteröityjä tietoja saa edelleen luovuttaa.

> TSV DNo 718/41/91: *Terveyskeskuksen oikeus luovuttaa potilaiden terveydentilatietoja keskushallinnon viranomaisen rekisteriin***.**
>
> Kuntien terveydenhuollon toimintayksiköt voivat luovuttaa salassa pidettäviä tietoja Kansanterveyslaitoksen diabetes-rekisteriin *vain asianomaisten tai alaikäisten osalta heidän huoltajiensa kirjallisella suostumuksella*. Suostumusasiakirjasta on ilmettävä, mihin henkilötietoja on lupa käyttää tai luovuttaa. Kansanterveyslaitoksella voidaan katsoa sitä koskevien säännösten mukaan olevan oikeus kerätä ja tallentaa *yksilöityä* tutkimustarkoitusta varten diabetesta sairastavien tietoja henkilörekisteriin. Kansanterveyslaitoksella *ei* ole oikeutta voimassaolevien säännösten mukaan muodostaa pysyvää arkaluonteisia terveydentilatietoja sisältävää henkilörekisteriä.

---

[784] RL 38 luku ”Tieto- ja viestintärikoksista”, 1 §: Joka laissa tai asetuksessa säädetyn tai viranomaisen lain nojalla erikseen määräämän salassapitovelvollisuuden vastaisesti paljastaa salassa pidettävän seikan, josta hän on asemassaan, toimessaan tai tehtävää suorittaessaan saanut tiedon tai käyttää tällaista salaisuutta omaksi tai toisen hyödyksi, rangaistaan salassapitorikoksesta enintään 1 vuoden vankeudella.

Ks. myös PotL 14 §, L terveydenhuollon ammattihenkilöistä 36 §.

[785] OK 17:23.

[786] Arkistolaki (L 831/1994) 4. luku. Salassa pidettävät asiakirjat on mm. säilytettävä niin, että asiattomilla ei ole niihin pääsyä.

TSV DNo 169/41/92: *Kysymys O ry:n oikeudesta luovuttaa jäsentietoja Tri K:lle:*

Tri K oli pyytänyt luutautipotilaita edustavalta O ry:ltä jäsentietoja tutkimusrekisterin perustamista varten. Henkilötietojen luovutus on mahdollista vain rekisteröityjen suostumuksella. Kun jäsenrekisterin tieto samalla ilmaisee jäsenen terveydentilaa koskevan tiedon *tai kun yhdistykseen kuulumisesta voidaan tehdä tällainen olettama*, tulee tietojen luovuttamiseen tarvittava suostumus saada yksilöitynä ja kirjallisena. Yhdistyksen tulee myös selvittää, onko (sen suorittama) jäsenen vanhempia koskevien tietojen rekisteröinti laillista[787], koska rekisteriin saa tallettaa vain käyttötarkoituksen kannalta tarpeellisia tietoja. Jäsenen suostumuksella voidaan luovuttaa vain heitä itseään koskevia tietoja. *Luovuttaessaan tietoja rekisterinpitäjän on huolellisuusvelvoitteensa mukaisesti varmistauduttava, että tietojen saajalla on oikeus kerätä ja tallettaa tietoja rekisteriin. Tri K:n on myös saatava rekisteröitävän suostumus tietojen kokoamiseen omaan rekisteriinsä*. Jos K:n tarkoituksena on hankkia tietoja O ry:n jäsenistä sairaaloiden potilasrekistereistä, suostumuksessa tulee saada tähän *lupa, eikä K:lla ole oikeutta ilman potilaan suostumusta käyttää (hoitosuhteen perusteella tiedossa olevan) sairauskertomuksen tietoja omaa yksityistä käyttötarkoitusta varten perustamaansa rekisteriin*[788].

TSV DNo 397/41/91: *Kysymys siitä, voidaanko yhdistys M ry:n jäsenluettelosta toimittaa kopio yksittäiselle jäsenelle***:**

Yhdistyslain mukaan jäsenelle on pyydettäessä varattava oikeus tutustua jäsenluetteloon. Tutustumisoikeus koskee kuitenkin vain jäsenen nimi- ja kotipaikkatietoja. Yhdistyslaki ei kuitenkaan velvoita eikä oikeuta yhdistystä kopioimaan ja jakamaan jäsenluetteloa jäsenistölleen, vaan *jäsenrekisteriä voidaan käyttää vain rekisterinpitäjän omassa toiminnassa*. Jäsenluettelon tai sen osan jakaminen jäsenistölle voidaan tietyin edellytyksin katsoa yhdistyksen toiminnan kannalta perustelluksi henkilörekisterin käytöksi. Tällöinkin on otettava huomioon huolellisuusvelvoite sekä tietojen suojausvelvoite. Koska yhdistys ei voi tosiasiassa valvoa sitä, että luovutettua jäsentietoja käytetään vain yhdistystoimintaan, edellyttää jäsenluettelon jakaminen, että asiasta ilmoitetaan jokaiselle jäsenelle etukäteen. Niille jäsenille, jotka eivät halua itseään koskevia tietoja jaettavaan jäsenluetteloon, on varattava riittävä aika ilmoittaa tästä yhdistykselle. Jos jäsenluettelon jakelu on säännöllistä, tulee siitä ilmoittaa jäsenen liittyessä yhdistykseen. Jaettavaan jäsenluetteloon saa merkitä vain yhdistyksen sisäisen käytön kannalta välttämättömät yhteystiedot. Jäsentietojen käytöstä on annettava määräykset jaettavassa luettelossa (ml. edelleenluovutuskielto). Yhdistyksen hallitus on korvausvastuussa jaettu-

---

[787] Ks. Konstari 1992, s. 438: TSL No 4/25.4.1988: Tietosuojalautakunta myönsi Sotainvalidien Veljesliitto ry:lle ja sen jäsenyhdistyksille HenkRekL:ssa tarkoitetun poikkeusluvan kerätä ja tallentaa henkilöjäsenistään ja heidän perheenjäsenistään sotilasvammakorvausjärjestelmän mukaisten asioiden hoidossa tarpeellisia arkaluonteisia tietoja. Perheenjäsenten osalta poikkeuslupa koski myös poikkeamista HenkRekL:ssa säädetystä yhteysvaatimuksesta.

[788] Tietosuojavaltuutetun mukaan (yhdistys O:n) on saatava rekisteröidyn suostumus sekä tietojen luovuttamiseen vanhasta rekisteristä että (Tri K:n on saatava) eri suostumus niiden tallentamiseen uuteen rekisteriin.

jen tietojen lainvastaisen käytön seurauksista. Kun mielenterveyspotilaita edustavaan yhdistys M ry:een kuuluminen ilmaisee suurella todennäköisyydellä arkaluonteisen tiedon henkilön terveydentilasta tai voi luoda siitä oletta-man, voidaan jäsenluettelo jakaa vain, jos ao. rekisteröidyt ovat antaneet kirjallisen suostumuksen kopiointiin ja jakoon. Tämä koskee sekä yhdistyksen jäsenille että ulkopuolisille jaettavia kopiota[789].

PotL:n 13 § pykälä määrittää myös sivullisen käsitteen sairaanhoidossa. HetiL ei sinänsä rajoita sivullisasemassakaan olevan viranomaisen mahdollisuutta saada koota tietoja omaan rekisteriinsä silloin, kun se on tarpeen laissa tai asetuksessa määrätyn tehtävän hoitamiseen[790]. HetiL:n huolellisuusvelvoite edellyttää kuitenkin sitä, että tietoja luovuttava varmistautuu siitä, että tietoja haluavalla on todella oikeus kerätä ao. tietoja ja että myös hän noudattaa tietojen rekisteröinnissä asianmukaista huolellisuutta.

Erityislainsäädäntö antaakin useille viranomaisille oikeuden vaatia tietoja potilasasiakirjoista (esim. sairausvakuutus, eläkelait, terveydenhuollon hallinto- ja valvontaviranomaiset)[791]. Vaikka terveydentilatietojen luottamuksellisuutta suojaa moninkertainen säännössuoja, suuntautuu se pääosin vain yhtä tiedonintressitahoa eli *hoitosuhteen ulkopuolista yksityistahoa vastaan*, ts. hoitohenkilökunta taikka hoidosta vastaava viranomainen ei saa luovuttaa potilasta koskevaa tietoa toiselle yksityiselle kansalaiselle[792].

Eräs keskeinen tietosuojan osa on kuitenkin yksilön oikeus kontrolloida niitä tietoja, mitä hän on velvoitettu terveydentilastaan luovuttamaan. *Hoitosuhteessa*, jossa lääkärin ja muun hoitohenkilökunnan tehtävänä on potilaan antamien tietojen perusteella päätyä oikeaan taudinmääritykseen, tilanne on potilaan kannalta sikäli hankala, että hän ei voi ennalta tietää, mitkä yksittäiset tiedot tulevat lopulta johtamaan oikeaan diagnoosiin. Näin ollen on luonnollista ja potilaan edun mukaista, että taudinmääritykseen pyrkiville, hoidosta vastaaville henkilöille luovutetaan ja he kokoavat potilaasta enemmän tietoa kuin mikä taudinmäärityksen jälkeen on tarpeellista edelleen välittää. Toisaalta hoitosuhteessa potilas on myös jatkuvassa kontaktissa häntä hoitavan henkilökunnan kanssa ja pystyy itse paremmin varmistamaan, että tiedot ovat oikeita ja että niitä käytetään hänen hoitonsa suunnittelussa.

Toisin kuin taudinmääritykseen pyrkivän tahon, tietoja vaativan julkisen hallinnon muun orgaanin pitäisi pystyä *ennakolta määrittämään*, mitkä tiedot ovat

---

[789] Tiedon antamisesta yhdistyksen jäsenrekisteristä sivulliselle ks. Halila 1989, s. 153–165. Arkaluonteisten tietojen luovuttaminen on mahdollista, vain kun luovutuksensaajalla itsellään olisi oikeus kerätä ao. tietoja.

[790] Viranomaisten välisistä oikeussuhteista ks. Mäenpää 1989, s. 172–176.

[791] Ks. jäljempänä luku 11.

[792] Ks. jäljempänä luku 16.2.

oleellisia viranomaisratkaisun tekemiseen. Hallinnon suhteellisuusperiaatehan edellyttää mm., ettei viranomainen voi käyttää voimakkaampaa pakkoa kuin kyseisen päämäärän saavuttaminen edellyttää[793]. Tietojen vaatiminen on hyvinkin rinnastettavissa pakkoon, koska yksilöä usein uhkaa negatiivinen seuraamus (edun menetys), jollei hän tietoja luovuta. On esim. ilmeisen tarpeetonta edellyttää, että potilas toimittaa koko sairauskertomuksen taikka erillisen lääkärintodistuksen viranomaiselle, jos tämä tosiasiassa tarvitsee tietoa vain sairaalassaoloajasta tms. *Diagnoositietojen – jotka itse asiassa ovat eräänlainen hoito-ohje – vaatimiseen tulisi kaikessa viranomaistoiminnassa suhtautua varsin pidättyvästi ja oikeuden niiden eteenpäin luovuttamiseen tulisi olla sidottu hoitosuhteeseen.* Toistaiseksi ei tietosuojavaltuutetun ratkaisuissa kuitenkaan ole tehtyä eroa sen perusteella, liittyikö tietojen luovutus hoitosuhteeseen vaiko muuhun terveydenhuollon hallinnon toimintaan.

6.3. TIEDONSAANTIOIKEUS

Rekisteröidyn oikeusturvan toteutumisen kannalta keskeistä on tieto siitä, mitä tietoja ja mihin hänestä kerätty. Potilaan tai hänen edustajansa oikeus tiedonsaantiin ja mahdollisuus tutustua potilasasiakirjoihin on nyttemmin turvattu erityisen tehokkaasti[794]. Kuitenkaan sitä henkilötahoa, joka voi saada salassapidettäviä tietoja toimintakyvytöntä potilasta edustaessaan taikka on oikeutettu saamaan kuollutta potilasta koskevia tietoja, ei ole määritelty yksiselitteisesti[795].

Pohjoismainen julkisuusperiaate jo sinällään on antanut kansalaisille laajat mahdollisuudet tutustua viranomaisten kokoamaan materiaaliin[796]. Asianosaisjulkisuus on entisestään lisännyt näitä mahdollisuuksia. Terveydenhuollon kyseessä ollen tiedonsaantioikeutta on nimenomaisesti laajennettu hoitohenkilökunnan velvollisuudeksi informoida potilasta hoitopäätökseen vaikuttavista asioista[797]. Ongelmana ei niinkään ole se, etteikö potilas saisi tietoa, kun hän osaa sitä pyytää, vaan se, ettei potilas todellisuudessa tiedä, mihin kaikkiin tietokantoihin hänen terveydentilaansa koskevaa aineistoa on koottu.

> TSV DNo 37/41/90 *Kysymys potilaan tarkastusoikeudesta yksityisen lääkäriaseman eri lääkärien pitämiin potilastiedostoihin.*
>
> Potilas A vaati tarkastuspyynnössään lääkärikeskus T:tä esittämään kaikki tiedot, mitä hänestä oli koottu mukaan lukien tiedot siitä, mistä lähteistä ja millä

[793] Konstari 1979, s. 63–67. Ks. myös jäljempänä luku 11.1.
[794] L potilaan asemasta ja oikeuksista (L 785/1992) 5 §.
[795] Ks. jäljempänä luku 11.7.
[796] Konstari 1977, s 85–96; Ilveskivi 1997b, s. 791–792.
[797] Ilveskivi 1997b, s. 782–783.

tavoin tiedot on kerätty ja mihin paikkoihin ja tarkoituksiin tietoja on luovutettu. Lisäksi A ilmoitti kieltävänsä häntä koskevien tietojen yhdistämisen ja luovutuksen mm. tutkimustarkoituksiin. Lääkärikeskus T pyysi tietosuojavaltuutetun kannanottoa siitä, miten tarkastusoikeus tulisi toteuttaa, kun ko. tietoja ei ole koottu yhtenäiseen rekisteriin ja kun potilas ei yksilöi häntä hoitaneita lääkäreitä. Tietosuojavaltuutettu totesi, että jokaisella on *tiedon etsimiseksi tarpeelliset seikat ilmoitettuaan* oikeus saada tietää, mitä häntä koskevia tietoja on henkilörekisteriin tallennettu[798]. Rekisterinpitäjän on tarvittaessa avustettava rekisteröityä tarkastuspyyntönsä yksilöimisessä[799]. Potilasrekisterissä olevista merkinnöistä antaa tiedon lääkäri tai hänen ohjauksensa mukaan muu terveydenhuollon koulutuksen saanut henkilö. Lääkärin tulee samalla selvittää potilaalle merkintöjen sisältö, mikäli terveydentilaa kuvaavat tiedot eivät ole sellaisenaan rekisteröidyn ymmärrettävissä. Tiedot tulee pyydettäessä antaa kirjallisesti. Tarkastusoikeus voidaan evätä, jos tiedon antamisesta saattaisi aiheutua vakavaa vaaraa rekisteröidyn terveydelle tai hoidolle. Koska potilas ei ole antanut tarpeeksi tietoja, jotta tarkastuspyyntö voitaisiin toimittaa oikealle rekisterinpitäjälle (hoitavalle lääkärille), tulisi asianomaista pyytää tarkentamaan tarkastuspyyntöään. Vaikka henkilötietoja voidaan luovuttaa tieteellistä tutkimusta ja tilastointia varten, *ei säännös kuitenkaan oikeuta salassapidettävien tietojen luovuttamiseen, jollei laki toisin määrää*. Yksityisen terveydenhuollon keräämiä potilastietoja ei siis voi luovuttaa tutkimustarkoituksiin ilman potilaan suostumusta[800].

Terveydenhuollon henkilörekisterien osalta tarkastuspyyntö on tehtävä lääkärille tai muulle terveydenhuollon ammattihenkilölle, joka huolehtii tietojen hankkimisesta rekisteröidyn suostumuksella[801]. Tarkastuspyynnön ohjaamista lääkärille on perusteltu sillä, että näin voidaan varmistaa potilaan ymmärtävän terveydentilaansa tai sairauttaan koskevan tiedon sisällön ja merkityksen[802]. Lisäksi on mahdollista tietojen antamisen yhteydessä lääketieteellisesti arvioida, onko annettavissa tiedoissa seikkoja, joiden takia tietoa ei voida antaa aiheuttamatta vakavaa vaaraa potilaan hengelle tai terveydelle, jolloin HetiL 27 §:n mukaisesti tarkastusoikeuden käyttämistä voidaan rajoittaa.

---

798 TSV DNo 247/52/90: Rekisteröidyn tulee HenkRekL 11 §:n mukaisesti ilmoittaa tarkastusoikeuden perusteeksi tiedon etsimiseen tarpeelliset seikat, mm. se mihin yhtiöön henkilö on ollut työsuhteessa ja että työsuhde on lakannut.

799 HE 49/1986 vp., s. 35.

800 Nyttemmin HetiL 14 § oikeuttaa käsittelemään henkilötietoja tieteellistä tutkimusta varten ilman rekisteröidyn suostumusta. Ko. säännös ei kuitenkaan oikeuta poikkeamaan potilasasiakirjojen salassapitovelvollisuudesta, vaan siihen tarvitaan joko potilaan lupa taikka erityissäännökseen perustuva valtuutus. Asiakirjoihin perustuvaa tieteellistä tutkimusta voidaan siis tehdä ilman potilaan erillistä suostumusta yksityisen terveydenhuollon toimintayksikön sisällä potilaan hoitoon osallistuneiden toimesta.

801 HetiL 28 § 3 mom.

802 Konstari 1992, s. 200–201.

6.4. OIKEUS PÄÄTTÄÄ ASIAKIRJOJEN KÄYTÖSTÄ

Tämän tutkimuksen kannalta kysymys siitä, kenellä on oikeus päättää potilastietojen käytöstä on keskeinen. Julkisen terveydenhuollon sisällä tätä kysymystä ei ole tyydyttävästi ratkaistu. Esimerkiksi kysymys sitä, kuka on oikeutettu toimimaan toimintakyvyttömän potilaan puolesta, aiheuttaa edelleen ongelmia käytännössä (esim. ratkaistaessa oikeustoimikelpoisuutta taikka testamentin moitekanteita)[803]. Vedottaessa potilaan heikentyneeseen oikeustoimikelpoisuuteen halutaan yleensä esittää näyttönä otteita potilasasiakirjoista, joiden luovuttamista testamentinsaaja yleensä vastustaa. Kuolintodistusta koskevien säännösten mukaan vainajaa koskeva tieto voidaan antaa hänen lähimmälle omaiselleen[804], jona käytännössä pidetään aviopuolisoa taikka samassa taloudessa asuvaa henkilöä, vainajan lasta, vanhempaa taikka sisarusta ja näillä tahoilla on katsottu asianosaisjulkisuussäännösten mukaan yleensä olevan oikeus saada tieto edesmenneen potilaan tiedoista[805].

Valitettavaa vain on, että tyyppitilanteessa juuri ao. asianosaistahot ovat vastakkain (esim. samassa taloudessa asuva henkilö taikka uusi aviopuoliso vs. lapset, lapset keskenään tms.).

Potilaan omakin mahdollisuus vaikuttaa näiden sairausasiakirjojen kohtaloon on varsin rajoitettu:

> LKH DNo 2492/49/83: LKH oli terveyskeskuksen johtavalta lääkäriltä saamansa ilmoituksen johdosta ryhtynyt kurinpitomenettelyyn terveyskeskuslääkäriä kohtaan, joka *potilaan pyynnöstä* oli luovuttanut tälle potilasta koskevat, viiden vuoden aikana laaditut sairauskertomusasiakirjat hävitettäväksi. Lääninhallituksen suorittamassa tutkimuksessa ao. terveyskeskuslääkäri kertoi luovuttaneensa sairauskertomusasiakirjat, koska oli katsonut sen olleen potilaan edun mukaista, eikä asiakirjoissa ollut pitkäaikaisia elimellisiä sairauksia koskevia tietoja, joilla olisi ollut merkitystä muussa asiayhteydessä. LKH:n pääjohtajan määräämä syyttäjä katsoi ko. terveyskeskuslääkärin menetelleen STM:n päätöksen 555/68, kansanterveyslain 18 §:n, arkistolain 19 §:n ja LKH:n yleiskirjeen 1778 vastaisesti. Syyttäjä vaati rangaistukseksi varoitusta. Koska teko oli vähäinen ja johtunut olosuhteet huomioon ottaen anteeksi annettavasta ajattelemattomuudesta, eikä yleinen etu vaatinut rankaisemista, LKH harkitsi oikeaksi jättää terveyskeskuslääkärin rankaisematta kurinpitotoimin.

Potilasasiakirjoihin vietyjen tietojen tulee toki olla virheettömiä ja hoidon kannalta tarpeellisia (HetiL 9 §)[806]. Henkilötietolain mukainen mahdollisuus virheel-

---

[803] Kangas 1995, s. 518–523.
[804] Laki kuolemansyyn selvittämisestä (L 459/1973) 15 §.
[805] Raekallio et al. 1981, s. 47–50.
[806] Ks. jäljempänä TSL DNo 45/761/96.

listen merkintöjen korjaamiseen ei kuitenkaan merkitse lupaa hävittää potilaan mielestä epärelevantteja taikka epämiellyttäviä tiedostoja viranomaisen rekisteristä:

> TSV DNo 228/52/89: *Kysymys potilaan mielestä virheellisen merkinnän poistamisesta sairausasiakirjoista***:**
>
> Rekisterinpitäjä on velvollinen oikaisemaan rekisterissä olevan virheen rekisteröidyn perustellusta vaatimuksesta. Koska kyse ei ole rekisterissä olevasta virheellisistä merkinnöistä, vaan näkemyseroista sen suhteen, onko hoidossa tapahtunut virhe vai ei, tulee asia tältä osin saattaa potilasvahinkolautakunnan käsiteltäväksi[807].

Kysymys siitä, kuka päättää potilasasiakirjojen ja niihin sisältyvien terveydentilatietojen käytöstä julkishallinnon sisällä, on tämän tutkimuksen kannalta erityisen mielenkiintoinen ja potilaan tiedollisen itsemäärämisoikeuden kannalta keskeinen ongelma. Tyypillisestihän terveydentilaa koskevia tietoja lähetetään hoitoyksiköstä toiseen sen mukaan kun, missä niitä oletetaan tarvittavan. Erilaisia arkaluonteisia tietoja sisältäviä rekisteri-ilmoituksia lähetetään terveydenhuollon keskushallinnon viranomaisille (tartuntataudit, työtapaturmat jne.) runsain määrin. Aika ajoin joihinkin yksittäisiin tiedonsiirtoihin puututaan potilaiden kanteluiden perusteella, mutta potilaan oikeutta päättää tietojensa käytöstä ei kuitenkaan ole selkeästi määritetty lainsäädännössä. Jäljempänä tullaankin paneutumaan sen kysymyksen selvittämiseen, kuka on oikeutettu päättämään – ja missä tilanteessa – rekisteritietojen luovutuksesta[808].

6.5. TEKNINEN TIETOTURVA

Tietoturvallisuuden vakiintumattomuus oikeudellisena instituutiona vaikeuttaa tietoturvan oikeudellisten vaatimusten määrittämistä[809]. *Tietoturvalla* ymmärre-

---

[807] Ks. myös TEO DNo 1363/475/96: Sairausasiakirjoissa olevan virheellisen tiedon korjaamiseksi potilaan tulee ensisijaisesti kääntyä hoitavan lääkärin puoleen. Mikäli hoitava lääkäri ei pyynnöistä huolimatta katso aiheelliseksi tehdä korjausta, pyyntö korjauksen suorittamiseksi voidaan tehdä kirjallisesti myös johtavalle lääkärille. Mikäli johtavan lääkärinkin kanta on kielteinen, hän on velvollinen pyynnöstä antamaan todistuksen asiasta. Potilaalla on mahdollisuus tämän jälkeen tehdä hakemus tiedon oikaisemiseksi Tietosuojavaltuutetun toimistoon. Edellä mainittu kirjallinen todistus tulee tällöin liittää hakemukseen.

[808] Ks. luku 10.

[809] Saarenpää et al. 1997, s. 9. Erityisesti tietoturvan rajanveto tietosuojaan on häilyvää. Tietoturvaan kuuluu kuitenkin mm. varautuminen informaatioyhteiskunnan eri riskityyppeihin, joita Saarenpää et al. erottaa 18 eri tyyppiä. Näistä yksittäiset tietoturvariskit, systeemi- ja systeemiympäristöriskit , tietotekniikka ja tietojenkäsittelyriippuvuuden riskit sekä julkisen vallan kontrolliriskit kohdistuvat selkeästi myös potilastietojärjestelmiin.

tään ensisijaisesti tiedon eheyden eli integriteetin (koskemattomuuden) säilyttämistä ja teknisin keinoin tapahtuvaa suojelua. *Tietosuojalla* on taas perinteisesti tarkoitettu yksityisyyttä loukkaavan tiedon oikeudettoman saannin estämistä[810].

Tietojärjestelmän tietoturvallisuusominaisuuksilta voidaan vaatia ainakin informaation eheyttä, käytettävyyttä ja luottamuksellisuutta[811]. Näillä vaatimuksilla tarkoitetaan informaation säilymistä vain siihen oikeutettujen käytettävissä, informaation oikeellisuutta, aitoutta ja ajantasaisuutta sekä informaation saatavuutta, hyödynnettävyyttä ja oikea-aikaisuutta.

Arvioitaessa henkilörekisterin suojaamisen riittävyyttä on lähtökohtana sen arviointi, miten arkaluonteisia ja salassa pidettäviä tietoja rekisteriin sisältyy. Koska terveydenhuollon henkilörekisterien tiedot ovat salassapidettäviä, on pääsyä rekisteriin ilman muuta rajoitettava. Potilastietojen käyttö tai siirto edellyttää voimassa olevaa hoitosuhdetta tai muuta asiallista yhteyttä tietoja haluavan henkilön ja potilaan välillä[812]. Jotta rekisterin käyttö olisi mahdollista, mutta samalla rajoitettua, on arvioitava erikseen, mitä uhkia ja riskejä liittyy rekisterinpidon kannalta välttämättömään tietojenkäsittelyyn. Tämän riskianalyysin perusteella on sitten määriteltävä tarvittavat toimenpiteet uhkien torjumiseksi[813].

Kaikissa tietojärjestelmissä, joissa rekisteröityjen (esimerkiksi potilaiden) tietoja käsitellään, salassapitovaatimukset ja tietosuojaperiaatteet tulee ottaa huomioon jo tietojärjestelmä pystytettäessä[814]. Tietojärjestelmän tulisi perustua sellaiseen toiminta-analyysiin, jossa em. tietosuojariskit on kartoitettu. Vastuu hyvän tiedonhallintatavan huomioimisesta kohdistuu ennen kaikkea rekisterinpitäjään, jona pidetään niitä terveydenhuollon toimintayksiköitä taikka ammatinharjoittajia, joiden käyttöä varten potilasrekisteri perustetaan ja joilla on oikeus

---

[810] Ks. HE 94/1993 vp. (luku 1.12.1.4.). Tietoturvan ja tietosuojan välillä ei ole kuitenkaan selkeää asiallista rajaa. Yksityisyyden käsitteeseen kuuluu toisaalta oikeus määrätä itseään koskevan tiedon käytöstä, mikä liittyy kiinteästi myös tiedon eheyteen, esimerkiksi haluttaessa varmuus siitä, ettei arkaluonteisia tietoja asiattomasti muunnella. Toisaalta tiedon eheyden suojaaminen edellyttää tietojen saannin rajoituksia eli jonkinasteista salaisuussuojaa. Toisin sanoen tietojärjestelmiin pääsyä on kontrolloitava ja rajoitettava.

[811] Saarenpää et al. 1997, s. 45–56. Ks. myös Valtiovarainministeriö 2001.

[812] Kleemola ja Tervo-Pellikka 1998, s. 95–96: Potilastietojärjestelmän tulisi pystyä varmistamaan, että vain ne, jotka osallistuvat potilaan hoitoon, voivat saada potilasta koskevia tietoja ja vain niitä tietoja, joita työssään tarvitsevat. Terveydenhuollon ammattihenkilön käytettävissä tulisi olla vain niiden tietojen, jotka ovat avohoitokäynnillä taikka vuodeosastolla tarpeellisia (ts. potilas on paikalla taikka on olemassa muu asiallinen yhteys tai perusteltu syy, esim. ajanvaraus tai hoidonvaraus). Sivullisilla (hoitoon osallistumattomilla) ei tulisi olla mahdollisuutta saada nähtäväkseen tai päästä käyttämään potilasta koskevia tietoja.

[813] Tietosuojavaltuutetun toimiston sisäisten ohjeiden mukaan rekisterikuvaukseen on liitettävä kuvaus rekisterinpitäjän toimintaan liittyvistä uhkatekijöistä ja suunnitelma niiden torjumiseksi (Tietosuojavaltuutetun toimisto 1991).

[814] Kleemola ja Tervo-Pellikka 1998, s.2.

määrätä rekisteristä[815]. Rekisterinpitäjän tehtäviin kuuluvaan rekisterinpidon organisointiin sisältyy myös laitteistokuvaus ja niiden suojauksen määrittely (myös huollon osalta). Käyttöoikeuksien osalta on selvitettävä valvontamenettely niiden myöntämisen osalta sekä käytön, käsittelyn, tulostuksen ja tiedonsiirron kirjaantuminen. Myös tietojen varmistus tulee kuvata, samoin tietojen hävittämisen toteuttaminen. Tietojärjestelmän suojaaminen ulkopuolisilta myös tiedonsiirtojen yhteydessä tulee selvittää.

Potilastietojärjestelmässä erityisesti huomioitavia asioita ovat[816]:

- Potilaan oikeus luottamukselliseen tietojen käsittelyyn ja siirtoon (terveydenhuollon ammatinharjoittajista annetun lain mukainen salassapitovelvoite)
- Potilaan oikeus saada tietoja terveydentilastaan (potilaslain mukainen tiedonsaantioikeus ja julkisuuslain mukainen asianosaisjulkisuus)
- Potilaan oikeus saada tietoja siitä, mitä tietoja hänestä on rekisteröity (henkilötietolain mukainen tarkastusoikeus)
- Potilaan oikeus saada rekisterissä oleva virhe korjatuksi (henkilötietolain mukainen tarkastusoikeus)
- Potilaan oikeus saada tietoja henkilötietojen käsittelystä ja tiedonsiirroista (tietosuojadirektiivin mukainen informointivelvollisuus)[817].

Ongelmia hyvän tiedonhallintatavan noudattamiselle potilastietojärjestelmissä aiheuttavat mm. hoito-organisaatioiden vaihtelu ja saman potilaan hoitaminen useammassa kuin yhdessä hoitoyksikössä. Potilastietojen salassapito turvataan yleensä hoitoyksiköissä rajoittamalla sitä henkilöpiiriä, jolla on fyysisesti mahdollisuus päästä käsiksi potilasasiakirjoihin. Hoito on kuitenkin tiimityötä, joten

---

[815] ibid, s. 11. Lisäksi terveydenhuollon toimintayksikköä ylläpitävällä viranomaisella (esim. kuntayhtymän taikka kunnan luottamuselimillä) on hallinnollinen vastuu tarvittavien vastuiden sisällyttämisestä virkasääntöihin. Ks. myös Kleemola ja Tervo-Pellikka 1998, s. 17: Hyvä rekisteritapa toteutuu, jos:

- henkilötietojen käsittelyn vastuut on määritelty
- tiedot ovat kaikissa vaiheissa rekisterinpitäjän ja määriteltyjen vastuuhenkilöiden hallinnassa ja määrättävissä
- vain kunkin tehtävän hoitamista varten tarpeelliset tiedot rekisteröidään
- tietojen virheettömyys, muuttumattomuus ja käytettävyys varmistetaan
- tietojen alkuperä ja merkitsijä sekä tietoihin kohdistuvat toimenpiteet on dokumentoitu
- salassapito- ja suojausvaatimus toteutuu
- potilaan yksityisyyttä ja oikeusturvaa ei (perusteettomasti) loukata
- potilaan oikeudet ja oikeusturva toteutuu
- henkilöstön oikeusturva toteutuu
- tietojen käyttöä ja luovuttamista voidaan valvoa
- tietoja säilytetään vain niin kauan, kuin se on toiminnassa tarpeellista tai lainsäädäntö edellyttää.

[816] Kleemola ja Tervo-Pellikka 1998, s. 26–27.

[817] Lisäksi potilaan itsemääräämisoikeus (ml. oikeus kieltäytyä hoidosta) vaikuttaa tietojärjestelmän toteuttamiseen. Ks. ibid. s, 26.

Ennen asetuksen 99/2001 voimaantuloa potilaalla oli myös oikeus vaatia, että potilastiedot tallennetaan vain manuaaliseen järjestelmään (STM:n määräyskokoelma 1993:7).

jo se henkilöpiiri, joka potilasarkiston kanssa on tekemisissä, on varsin laaja: hoitavan ja konsultoivan lääkärin lisäksi esim. sairaanhoitajilla, lähihoitajilla ja osastonavustajilla on mahdollisuus tutustua potilasasiakirjoihin. Potilasasiakirjojen fyysinen siirto osastolta toiselle taikka osastolta arkistoon saatetaan hoitaa siten, että asiakirjat ovat suljetussa kirjekuoressa, mutta usein asiakirjanippuja säilytetään ja siirretään varsin huolettomasti ja ne saattavat lojua osastolla ilman sen suurempaa valvontaa esim. odottamassa konekirjoitusta tms.[818]

Tietojärjestelmien käyttö perustuu yleensä salasanan käyttöön ja käyttöoikeuksiin. Se, miten käyttöoikeudet määritellään ja mille käyttäjäryhmille ja missä laajuudessa niitä annetaan, vaihtelee terveydenhuollon eri laitoksissa. Käytännössä käyttöoikeuksia annetaan laajempiin tiedostoihin, kuin mitä henkilön työtehtävien kannalta olisi välttämätöntä, koska kaikissa ATK-järjestelmissä ei kerta kaikkiaan ole teknistä mahdollisuutta tarkkaan yksilölliseen erotteluun. Manuaalisissa järjestelmissä on usein vielä vaikeampaa toteuttaa käytön rajoituksia. Periaatteessa käyttöoikeudet tulisi kuitenkin määritellä itse henkilörekisteriin taikka sen osarekisteriin ja vielä henkilörekisterin yksittäiseen tietoon kunkin käyttäjän osalta[819]. *Jotta tietosuojalainsäädännön tavoitteet voidaan turvata, tulisi terveydenhuollon henkilörekistereitä sisältäviin ATK-järjestelmiin sisältyä menettely, jolla tietojärjestelmien käyttöä voidaan seurata*. Niin tietojen perustamista, päivittämistä, selailua, tulostamista kuin tiedonsiirtoakin tulisi voida seurata käyttäjäkohtaisesti, jolloin kullakin käyttäjällä tulisi olla henkilökohtainen – ja riittävän usein muuttuva – salasana.

Kerran arkistoitujen ja varsinkin elektronisessa muodossa olevien potilasasiakirjojen tietoturva on yleensä suhteellisen hyvin järjestetty. Tietokannan käyttöoikeuksia valvotaan yleensä hyvin tarkoin ja käyttöoikeuden omaavien henkilöiden piiri on suhteellisen suppea. Tietojen luovuttaminen ulkopuoliselle yksityishenkilölle ei ole tavanomaista ja tällaisella henkilöllä on käytännössä aina joko viranomaisen antama nimenomainen lupa[820] taikka asianomaisen potilaan suostumus. Lisäksi terveydenhoitolainsäädännön erikoissäännökset velvoittavat yksityisen ammatinharjoittajan huolehtimaan potilasasiakirjojen turvallisesta säilytyksestä vielä vastaanottotoiminnan lopettamisen jälkeenkin.

---

[818] TSV DNo 496/45/91: Tietosuojavaltuutetun kannanotto potilaan pyyntöön toimenpiteistä, jotta terveydenhuollon toimintayksiköissä potilasasiakirjoja käsiteltäisiin siten, että muut potilaat eivät voisi saada niitä nähtäväkseen. Tietosuojavaltuutettu viittasi valmisteilla oleviin yleisohjeisiin.

[819] STM 1998:9, s. 65–66. Ks. myös STM 2001:3, s. 11: ”Terveydenhuollon toimintayksikössä työskentelevien käyttöoikeudet potilasasiakirjoihin tulee määritellä yksityiskohtaisesti. Tietoja saavat ilman potilaan suostumusta käyttää vain asianomaisessa toimintayksikössä potilaan hoitoon tai siihen liittyviin tehtäviin osallistuvat henkilöt. Hoitoon tai siihen liittyviin tehtäviin osallistuvat henkilöt saavat käsitellä potilasasiakirjoja vain siinä laajuudessa, kuin heidän työtehtävänsä ja vastuunsa edellyttävät.”

[820] Hakulinen 1993, s. 136–137.

TSV DNo 776/45/89: *Kysymys potilaskorttien säilytyksestä hammaslääkäriaseman lopettaessa toimintansa:*

Laki yksityisestä terveydenhuollosta 11 §:n mukaan potilasasiakirjat on laadittava ja säilytettävä siten kuin STM määrää. STM:n yleiskirjeen mukaan lääkärin ja hammaslääkärin on tarkoituksenmukaisella tavalla *huolehdittava siitä, että hän voi tarvittaessa antaa jokaisesta hoitamastaan ja tarkastamastaan potilaasta yleiskirjeessä mainitut tiedot*. Kansanterveyslain 18 § 2 mom:n mukaan lopetettaessa terveydenhuollon palvelujen antaminen potilasasiakirjat on siirrettävä terveyskeskukseen säilytettäväksi, jollei säilyttämistä järjestetä muulla lääninhallituksen hyväksymällä tavalla. Potilaskorttien säilyttämisestä ovat vastuussa sekä hammaslääkäriasema että hammaslääkäri, joka toimii yksityisenä ammatinharjoittajana.

Varsinaisiin sairauskertomuksiin liittymättömien tiedostojen tietoturva on sen sijaan ongelmallinen. Hallinnon suunnittelussa ja valvonnassa käytetään terveyden- ja sairaanhoidon tietoja, joiden käyttöön oikeutettujen henkilöpiiriä ei ole kovin tarkkaan rajattu. Sosiaaliturvatunnuksen ja henkilötietorekisterin avulla on varsin helposti selvitettävissä yksittäisen potilaan koko henkilöllisyys. Vaikka hallintovirkamiehet ovatkin salassapitovelvollisia, ei potilaan yksityisyys voi olla turvattu yhteiskunnassa, jossa kolmannes työvoimasta on julkisen sektorin palveluksessa, sosiaali- ja terveydenhuollon ollessa suurimpia yksittäisiä hallinnon toimialoja.

TSV DNo 577/45/91: *Tietosuojavaltuutetulle tehty selvityspyyntö sen johdosta, että sairaala A:n sairaanhoitaja on käyttänyt sairaalan potilashallinnon tietojärjestelmää hankkiakseen tietoja henkilöstä, joka ei ollut hänen hoidettavanaan*.

Sairaala A:n potilashallinnon tietojärjestelmä on HenkRekL:ssa tarkoitettu henkilörekisteri. Sairaanhoitaja N on käyttänyt mainittua henkilörekisteriä ja sen tietoja muuhun kuin lain mukaisesti määriteltyihin käyttötarkoituksiin ja teko täyttää HenkRekL 43 ja 44 §:ssä säädetyn rikoksen tunnusmerkistön. Koska tapahtuneen johdosta on ryhdytty kurinpitomenettelyyn, pitää tietosuojavaltuutettu tätä riittävänä eikä omalta osaltaan ilmoita asiaa syytteeseen panoa varten. Sairaala A:ta huomautetaan vastaisen varalta väestötietojen julkisuudesta. Vaikka jokaisella on oikeus saada hyväksyttävää tarkoitusta varten väestökirjoista otteita, eivät väestörekisterin tiedot ole julkisia eikä perhesuhdetietoja voi laillisesti luovuttaa sellaisia käyttötarkoituksia varten, kuin tapauksessa oli kysymys. Sairaala A:n käytössä on sellaisia väestötietoja, jotka eivät ole sen toiminnassa HenkRekL:n mukaan arvioituna tarpeellisia eivätkä siten myöskään lainmukaisia. Väestötietojen käytön valvontaan on syytä jatkuvasti kiinnittää erityistä huomiota.

Terveydenhuollossa on, toimintojen erikoistuessa yhä enemmän, tarpeita potilastietojen sähköiseen siirtämiseen hoitoyksikköjen välillä. Useimpia potilastietojärjestelmiä ei kuitenkaan ole suunniteltu tiedonsiirtoa varten[821]. Jos terveyden-

[821] Kleemola ja Tervo-Pellikka 1998, s. 3.

huollon toimintayksikkö hankkii terveydenhuollon palveluja toiselta toimintayksiköltä, tutkimuslaitokselta tai itsenäiseltä ammatinharjoittajalta tulisi rekisterinpitäjän huolehtia siitä, että palvelujen tuottajaa sitovat vastaavat salassapitosäännökset kuin palveluja ostavaa terveydenhuollon yksikköä ja että se henkilö, jota koskevia arkaluonteisia tietoja palvelun oston yhteydessä liikutellaan, saa asianmukaisen informoinnin häntä koskevien tietojen käsittelystä[822]. Palveluja ostava yksikkö rikkoo omia rekisterinpitovelvoitteitaan, ellei sen ennen tiedonsiirtojen toteuttamista varmista, että myös palveluja myyvä yksikkö voi noudattaa hyvää tiedonhallintatapaa[823]. Jos palveluja tarjoava toimintayksikkö tulee käyttämään arkaluonteisia potilastietoja omassa toiminnassaan, tulisi tällaisten – muualta kuin potilaalta itseltään hankittujen – tietojen rekisteröintiin kansainvälisten suositusten edellyttämällä tavalla hankkia erillinen suostumus potilaalta[824].

Tiedonsiirtoon käytettävien verkkojen tietoturvallisuus on monelta osin ongelmallinen. Esimerkiksi internetin käyttöä suunnitellaan ja toteutetaan myös terveydenhuollossa (ns. virtuaalisairaaloissa). Arkaluonteisten potilastietojen siirto avoimessa internet-verkossa ei kuitenkaan täytä tietosuojavaatimuksia, ellei potilastietoja sitä ennen salata salausohjelmin[825]. Myös sähköpostin käyttöön liittyy monia ongelmia, erityisesti koska tulisi pystyä varmistumaan sekä siitä, että tieto on mennyt perille muuttumattomana siihen osoitteeseen, johon se on tarkoitettu, että myös siitä, että tietoa ei ”jää” suljetun potilastietojärjestelmän ulkopuolelle esim. yleiseen sähköpostitiedostoon taikka viestin vastaanottajan henkilökohtaiseen käyttöön. Samat ongelmat liittyvät myös langattomien verkkojen käyttöön[826]. Onkin muistettava, että kaikki yleiset tietosuojaperiaatteet ja -vastuut koskevat myös ja erityisesti ns. telelääketieteen toimintoja ja että kansainvälisessä tiedonsiirrossa Euroopan Unionin tietosuojasäännösten ja muiden kansainvälisten normien merkitys korostuu. Jäljempänä esitettävän tietosuojadirektiivin terveydentilatietoja koskevien erityisvelvoitteiden lisäksi tietojensiirrossa voidaan kuitenkin huomioida myös direktiivin 17 artiklan säädös tietotur-

---

[822] Ibid. s 34.

[823] Ibid. s. 33.Tiedonsiirrosta on tehtävät myös asianmukaiset merkinnät potilasrekisteriin. On muistettava, että jo pelkkä käyttöyhteyden luominen katsotaan lainsäädännössä tiedonsiirroksi.

[824] Suostumuksen hankkimisen tulisi aina olla ensisijainen menettely, vaikka HetiL 14 ja 16 § mahdollistavatkin tietojen käsittelyn tieteellistä tutkimusta ja viranomaisen suunnittelutoimintaa varten ilman rekisteröidyn erillistä suostumusta.

[825] Kleemola ja Tervo-Pellikka 1998, s. 126.

[826] Ks. laki yksityisyyden suojasta televiestinnässä ja teletoiminnan tietoturvasta (L 565/1999). Langattomaan tiedonsiirtoon liittyy myös teleoperaattoreiden asema arkaluonteisten ja salassapidettävien tietojen siirrossa. Hyvään tiedonhallintatapaan kuuluu, että potilasrekisterin pitäjä on tietoinen käyttämiensä teleoperaattoreiden tarjoamien palvelujen sisällöstä ja että erikseen on varmistettu, että arkaluonteisia tietoja voidaan heidän toimestaan tietosuojaperiaatteita rikkomatta käsitellä. Lähtökohtana on, että salassapidettäviä potilastietoja ei saa taltioida kolmannen osapuolen laitteisiin tai että tietojen tulee olla tunnistamattomassa muodossa. Kleemola ja Tervo-Pellikka 1998, s. 131.

vallisuusvelvoitteiden suhteellisuudesta: Tietoturvallisuuden tason on säännöksen mukaan oltava asianmukaisessa suhteessa suojattavien tietojen luonteeseen ja tietojenkäsittelyn riskeihin[827]. Vähämerkityksisten, yksittäisten taikka vaikeasti tunnistettavien tietojen osalta voidaan hyvää tiedonhallintatapaa noudattaenkin tyytyä vähäisempiin tietoturvavaatimuksin kuin luotaessa käyttöyhteyksiä tai siirrettäessä kokonaisia potilastiedostoja[828].

[827] Ks. myös Saarenpää et al. 1997, s. 39–42.

[828] Etzioni (1999b, s. 20–22) esittää konkreettisina tietoturvan vaihtoehtoratkaisuina potilaiden yksityisyyden suojaamiseksi elektronisissa potilastietojärjestelmissä: 1) monikerroksisen tietoarkkitehtuurin (joissa potilastiedot järjestetään niiden arkaluonteisuuden mukaan eri käyttäjäryhmien saataville), 2) käyttötarkistukset (joiden avulla identifioidaan tietoja käsitelleet), 3) älykortit (jotka ovat vain potilaan tai hoitavan lääkärin käytössä), 4) sokkoutetut potilastunnisteet ja sosiaalivakuutuksen maksujärjestelmät, jotka perustuvat hoidettujen päälukuun yksilöidylle hoidettavalle tehtyjen toimenpiteiden korvaamisen sijasta.

7. Henkilötietolainsäädännön tiedonsiirtoa rajoittavat periaatteet

7.1. ARKALUONTEISTEN TIETOJEN KÄSITTELYKIELTO

Edellä on tarkasteltu suojan kohdetta (so. yksityisyyden muotoja), yksityisyyden suojaamisvelvoitetta (kansainvälisiä ihmisoikeussopimuksia) sekä niitä lainsäädännöllisiä keinoja, joilla suojaamisvelvoitetta voidaan toteuttaa. Seuraavassa tarkastellaan niitä Suomen henkilötietolainsäädäntöön kirjattuja tietosuojaperiaatteita, joilla tätä suojaamisvelvoitetta käytännössä toteutetaan.

Henkilötietolain 11 §:n mukaan arkaluonteisten henkilötietojen käsittely on pääsääntöisesti kiellettyä. Lain 12 §:n mukaan tällaisten arkaluonteisten tietojen käsittely on kuitenkin mahdollista useissa erityistilanteissa taikka kun rekisteröity taikka tietosuojalautakunta on antanut käsittelyyn luvan[829]. Sosiaalihuollon taikka terveydenhuollon viranomaisen pitämät rekisterit, lääkärin tai muun terveydenhuollon ammattihenkilön potilasrekisterit, vakuutusyhtiön rekisterit vakuutetun terveydentilasta ja sairaudesta taikka yksilöityä tieteellistä tutkimusta varten kootut rekisterit eivät kuitenkaan tarvitse tietosuojalautakunnan lupaa taikka edellytä rekisteröidyn suostumusta. Kun arkaluonteisia tietoja siirretään rekisteristä toiseen, tulee *molempien* rekisterien täyttää arkaluonteisten tietojen rekisteröinnin edellytykset. Ei siis riitä, että esim. lupa rekisteröidyltä on saatu tietojen viemiseen ensimmäiseen rekisteriin ja että toisen rekisterin käyttötarkoitus vastaa ensimmäistä[830].

Käytännössä lähes kaikki julkishallinnon ja sosiaali- ja terveydenhuollon rekisterit kuuluvat HetiL 12 §:n 5, 10, 11 taikka 12 kohdan poikkeusten piiriin. Lisäksi laki terveydenhuollon valtakunnallisista henkilörekistereistä (L 556/1989) antaa keskushallinnon viranomaisille suhteellisen laajan oikeuden pitää rekisterejä tilastointi-, suunnittelu-, tutkimus- ja valvontatehtävien hoitamiseksi.

---

[829] Ks. myös PeVL 25/1998 vp: Arkaluonteisten tietojen käsittelykielto ei estä tietojen käsittelyä, josta säädetään laissa tai joka johtuu välittömästi rekisterinpitäjälle laissa säädetystä tehtävästä. Valiokunnan mielestä jälkimmäinen peruste ei sanonnaltaan ole sopusoinnussa sen kanssa, että perustuslain mukaan henkilötietojen suojasta säädetään lailla. Perusteluissa kuitenkin todetaan, että arkaluonteisia tietoja sisältävän henkilörekisterin perustaminen ei voisi perustu rekisterinpitäjälle lain tai asetuksen nojalla määrättyyn tehtävää. Poikkeusten [arkaluonteisten tietojen käsittelykiellosta] tulee olla tärkeän yleisen edun vaatimia ja sääntelyssä on otettava huomioon tietosuojadirektiivin vaatimus tarvittavista suojatoimista.

[830] Ks. edellä TSV DNo 268/41/90.

Muut terveydenhuollon viranomaiset ja laitokset ovat velvollisia luovuttamaan hallussaan olevia tietoja ao. rekistereihin tallennettavaksi. Lisäksi rekisterinpitäjät voivat luovuttaa tietoja rekistereistä terveydenhuollon toimintaa, tautien ennaltaehkäisyä tai hoitoa taikka näihin liittyvää tieteellistä tutkimusta varten. Tosiasiallisesti siis HetiL:n 12 §:n poikkeukset ja laki terveydenhuollon valtakunnallisista henkilörekistereistä supistavat merkittävästi kansalaisten terveydentilaa koskevien arkaluonteisten tietojen käsittelykieltoa ja antavat julkishallinnolle, jota vastaan perusoikeussuoja periaatteessa kohdentuu, mahdollisuuden puuttua henkilön yksityiselämään.

7.2. YHTEYSVAATIMUS

HetiL:n 8 §:n 5-kohdan mukaan tietojen rekisteröinti edellyttää, että rekisteröidyllä on asiakas- tai palvelussuhteen, jäsenyyden tai muun niihin verrattavan suhteen vuoksi asiallinen yhteys rekisterinpitäjän toimintaan. Terveydentilatietojen osalta tämä merkitsee, että terveydenhuollon ammattihenkilön ja rekisteröidyn henkilön välillä on sellainen hoitosuhde, että tällainen asiallinen yhteys potilaan ja hoitoyksikön välille on muodostunut.

> TSV DNo 400/52/89: *Optikkokortiston tietojen luovuttaminen ja käyttö suoramainonnassa*.
>
> Henkilörekisteriin saa tallentaa ilman rekisteröidyn suostumusta tietoja mm. sellaisista henkilöistä, joilla on asiakassuhteen vuoksi asiallinen yhteys rekisterinpitäjän toimintaan. Asiakassuhteella tarkoitetaan jatkuvaa molemminpuoliseen yhteydenpitoon perustuvaa asiakassuhdetta, jonka hallinnoimiseen tarvitaan henkilörekisteriä. Niiden henkilöiden tiedot, joilla ei ole asiakassuhdetta rekisterinpitäjään ja jotka eivät ole antaneet suostumustaan rekisteröintiin, on poistettava asiakasrekisteristä tai siirrettävä tietosisältöä karsimalla erilliseen suoramainontarekisteriin. I Oy ylläpitää tietoja asiakkaista useissa rekistereissä mm. optikkorekisteri, suoramarkkinointirekisteri, asiakasrekisteri, optiikan asiakasrekisteri, päärekisteri, kanta-asiakasrekisteri. I Oy:n tulee selvittää, mihin säännökseen rekisterinpito kussakin tapauksessa perustuu. Rekisteröidyllä on oikeus vaatia tietojaan poistettavaksi I Oy:n suoramarkkinointirekistereistä.

Yhteysvaatimus tiedon siirtoa rajoittavana periaatteena ei tule juuri kyseeseen julkishallinnon viranomaisen tiedonsiirron rajoittajana, koska käytännössä viranomaisen toiminta aina perustuu lakiin tai asetukseen (joita on terveydenhuollon alallakin runsaasti). Tältä osin tarpeellisuusvaatimus ja yhteysvaatimus ovat osin päällekkäisiä, koska yhteyden kansalaisen ja hallintoviranomaisen välille luo juuri viranomaisen säännösperusteinen velvollisuus hallinnoida, ja yhteys kansalaisen ja hallintoviranomaisen välillä taas luo tarpeen ylläpitää henkilöre-

kisteriä hallinnon tehokkuuden ja hallintopäätösten oikeellisuuden varmistamiseksi. Henkilörekisterin sisältämien yksittäisten tietojen rekisteröinnin hyväksyttävyyttä taas voidaan arvioida ainoastaan sen suhteen, ovatko juuri nämä tiedot tarpeellisia taikka suorastaan välttämättömiä viranomaisen tehtävien toteuttamisessa.

Merkittävä poikkeus HetiL:n 8 §:n yhteysvaatimuksesta sisältyy lain 14 §:ään. Tieteellistä tutkimusta varten ylläpidetyiltä rekistereiltä ei nimittäin edellytetä, että tutkimusyksikön ja tutkitun välillä vallitsisi asiakas tai palvelussuhdetta, joka muutoin on henkilötietojen rekisteröinnin edellytys.

7.3. SUUNNITELMALLISUUSVAATIMUS JA SÄÄNNÖNMUKAISEN TIETOJEN LUOVUTUKSEN KUVAUSVELVOLLISUUS

Henkilötietolain 6 § edellyttää, että henkilötietojen käsittelyn tarkoitukset sekä se, mistä henkilötiedot säännönmukaisesti hankitaan ja mihin niitä luovutetaan, on määriteltävä ennen henkilötietojen keräämistä. Keskeistä tämän periaatteen toteuttamisen kannalta on, että viimeistään ennen tietojen tallentamista laaditaan asianmukainen rekisterikuvaus (rekisteriseloste) (HetiL 10 §).

Myös julkisyhteisö ja sitä edustava viranomainen[831] on velvollinen laatimaan automaattisen tietojenkäsittelyn avulla pitämästään henkilörekisteristä rekisteriselosteen, joka sisältää mm. kuvauksen rekisterinpitäjän säännönmukaisista tietolähteistä ja säännönmukaisesta tietojen luovutuksesta[832]. Tietolähteen kirjaamisvelvoitteen tarkoituksena on helpottaa HetiL:n valvontaa[833] ja mahdollistaa virheellisten tietojen oikaisu[834]. Rekisteriseloste on laadittava ennen tallennettavaksi aiottujen tietojen keräämistä taikka viimeistään ennen henkilötietojen järjestämistä henkilörekisteriksi[835]. Rekisteröidyllä on oikeus saada tieto tällaisesta rekisteriselosteesta, jollei tiedonsaannin rajoittaminen ole välttämätöntä valtion turvallisuuden, puolustuksen tai yleisen järjestyksen ja turvallisuuden vuoksi, rikosten ehkäisemiseksi tai selvittämiseksi taikka verotukseen tai julkiseen talouteen liittyvän valvontatehtävän vuoksi. Tällaisessa tapauksessa tiedot rekisteriselosteesta annetaan vain tietosuojaviranomaisille.

---

831 HetiL 3 § 4 kohta: Rekisterinpitäjällä tarkoitetaan henkilöä, yhteisöä, laitosta tai säätiötä, jonka käyttöä varten henkilörekisteri perustetaan ja jolla on oikeus määrätä henkilörekisterin käytöstä tai jonka tehtäväksi rekisterinpito on lailla säädetty.
832 Ks. Suomen Kuntaliitto 1996, s. 30.
833 HE 49/1986, s. 33.
834 Konstari 1992, s. 180–181.
835 HetiL 10 §.

Potilasasiakirjojen tietosisältö on määrätty STM:n antamassa asetuksessa (99/2001), joten tiedon keruun ja rekisteröinnin suunnitelmallisuusvaatimus täyttyy, kun asetuksen edellyttämät tiedot viedään potilasrekisteriin. HetiL 10 § ei kuitenkaan anna mahdollisuutta poiketa rekisteriselosteen laatimisvelvollisuudesta potilasrekisterienkään osalta. Vaikka siis rekisteriselosteen tietosisältö voikin viitata asetuksen mukaisiin tietoihin, on selosteesta käytävä ilmi myös tietojen hankintatavat ja edelleen luovutus sekä kuka rekisteristä vastaa[836].

Myös tieteellistä tutkimusta varten perustetuista rekistereistä on laadittava erillinen rekisteriseloste, jonka on oltava rekisteröidyn saatavilla[837]. Lisäksi arkaluonteisia terveydentilatietoja sisältävistä tutkimusrekistereistä on pääsääntöisesti tehtävä ilmoitus tietosuojavaltuutetun toimistoon[838].

7.4. TARPEELLISUUSVAATIMUS JA KÄYTTÖTARKOITUSSIDONNAISUUS

HetiL:n 9 § 1 mom:n mukaan henkilörekisteriin saa tallentaa vain sellaisia tietoja, jotka ovat henkilötietojen käsittelyn kannalta tarpeellisia. Tietoja ei myöskään saa käyttää tavalla, joka ei ole yhteensopiva niiden alkuperäisten käyttötarkoitusten kanssa (HetiL 7 §). Säännöksen tarkoituksena on kiinnittää rekisterinpitäjän huomiota siihen, että henkilörekisteriä pidetään *aina ja vain* tiettyä tarkoitusta varten[839]. Rekisterinpitäjän tulee pääsääntöisesti minimoida rekisteriin koottavat tiedot yksilöstä, eikä käyttötarkoituksen kannalta merkityksettömien tietojen kokoaminen ”varmuuden vuoksi” ole sallittua.

Henkilötietolain tarpeellisuusvaatimus ja tietojen käyttötarkoitussidonnaisuusvaatimus ovat keskeisiä säännöksiä turvattaessa potilaan yksityisyyden suo-

[836] Rekisteriselosteesta on myös käytävä selville, kenellä (tai millä henkilöryhmällä) on rekisteriin käyttöyhteys. Käyttöyhteys rekisteriin merkitsee näet asiallisesti rekisteröityjen tietojen säännönmukaista siirtoa.

[837] Lääketieteellinen tutkimus perustuu käytännössä aina erilliseen tutkimussuunnitelmaan, joten tiedon keruun suunnitelmallisuusvaatimus täyttyy yleensä hyvin tutkimustiedostojen osalta.

[838] http://www.tietosuoja.fi/1698.htm: Arkaluonteisten tietojen käsittely historiallista tai tieteellistä tutkimusta taikka tilastointia varten. (HetiL 12 § 1 momentti 6 kohta): ”Ilmoitusvelvollisuus tulee kysymykseen yleensä vain silloin, jos tietoja kerätään pelkästään rekisteri- tai asiakirjapohjaisesti, ts. muualta kuin rekisteröidyltä itseltään. Jos tietojen keräämiseen on saatu asianomainen suostumus tai tietojen keräämisestä ja käsittelystä on *nimenomaisesti* muussa laissa säädetty, ilmoitusta ei tarvitse tehdä.
Tietoja ei ko. säännöksessä tarkoitetuissa, ilmoitusta edellyttävissä tilanteissa kerätä yleensä missään vaiheessa rekisteröidyltä itseltään eikä siten hänen suostumuksellaan. Jotta tietojen keräämisen voidaan katsoa tapahtuneen asianomaisen rekisteröidyn suostumuksella, suostumuksen hankkimisen ja esimerkiksi haastattelukyselyn yhteydessä on tullut saada nimenomaisen suostumus myös tietojen hankkimiseen muista tutkimuksessa käytetyistä lähteistä, jos sellaisia on tarkoitus käyttää.”

[839] KM 1981:66, s. 80.

jaa suhteessa julkiseen hallintoon. Vaikka henkilötietolain monet poikkeukset mahdollistavatkin arkaluonteisten tietojen rekisteröinnin ja vaikka hallinnon ja kansalaisen välinen yhteysvaatimus täyttyykin jo pelkästään sillä, että julkinen valta hallinnoi kansalaista, ei potilasasiakirjojen tietoja ole rekisterin käyttötarkoitussidonnaisuuden takia lupa luovuttaa muihin tarkoituksiin, kuin mitä varten ne on kerätty (eli potilaan hoitoa, hoidon hallinnointia ja valvontaa varten)[840]. HetiL 7 § mahdollistaa kuitenkin henkilötietojen käsittelyn tieteellistä tutkimusta ja tilastointia varten niiden alkuperäisestä käyttötarkoituksesta riippumatta. Lisäksi henkilötietojen käyttötarkoitussidonnaisuus murtuu silloin, kun toisella viranomaisella on lakiin perustuva tiedonsaantioikeus omia tehtäviään varten[841].

Viranomaisen sille säännösten mukaan kuuluvien tehtävien hoitamista varten perustamaan rekisteriin tallennetut tiedot ovat aina HetiL 9 § 1 mom:n tarkoittamalla tavalla ”tarpeellisia”. HetiL ei tässä suhteessa anna kansalaiselle mahdollisuutta arvioida rekisterinpidon tarpeellisuutta sinänsä[842]. Silloin kun viranomaisen toimialaan kuuluu jonkin elämänalueen ”valvonta”, voidaan tehtävän hoitamisen kannalta tarpeelliset tiedot määritellä todella laajasti. Myös yksityinen rekisterin pitäjä voi pitää henkilörekisteriä aina silloin, kun jokin säännös edellyttää, että tietyn tyyppiset tiedot on rekisteröitävä (esim. potilasasiakirjat laadittava[843]).

7.5. HUOLELLISUUSVELVOITE JA VAATIMUS TIETOJEN VIRHEETTÖMYYDESTÄ

HetiL 5 § sisältää säännöksen rekisterinpitoa koskevasta yleisestä huolellisuusvelvoitteesta. Tämä velvoite koskee rekisterinpidon kaikkia vaiheita: sekä tiedon keräämistä, tallentamista, käyttöä että edelleen luovuttamista. Huolellisuusvelvoitteeseen liittyy HetiL 9 § 2 mom:n vaatimus henkilörekisteriin vietyjen tietojen virheettömyydestä. Säännöksen mukaan rekisterinpitäjän on huolehdittava siitä, ettei virheellisiä, epätäydellisiä tai vanhentuneita henkilötietoja käsitellä.

Huolellisuusvelvoite on kohdistettu nimenomaisesti rekisterinpitäjään, mutta

---

840 Ks. STM 2001:3.

841 Ks. jäljempänä luku 11.

842 Ks. Konstari 1992, s. 145: ”Tarpeellisuusvaatimuksen tulkinnan kannalta ovat ongelmattomia sellaiset tapaukset, joiden osalta voimassa olevaan lainsäädäntöön sisältyy nimenomainen säännös siitä, että tietyt tai tietyn tyyppiset tiedot on rekisteröitävä.”

843 Ks. L potilaan asemasta ja oikeuksista 12 §: Potilasasiakirjat on laadittava siten, kuin sosiaali- ja terveysministeriö määrää.

Ko. lain esitöissä (HE 185/1991 vp.) todetaan kuitenkin, että ministeriön on otettava huomioon henkilörekisterilain vaatimukset.

Ks. myös AOA DNo 2078/4/99: *Terveydentilatietojen kirjaaminen ruoka-avun yhteydessä*. Arkaluonteisten henkilötietojen käsittelyn tarpeellisuutta tulee arvioida tiukoin kriteerein.

se koskee myös niitä, joille rekisteristä on luovutettu tietoja. Itse asiassa huolellisuusvelvoitteeseen kuuluu varsinaisen rekisterinpitäjän vastuu varmistaa tietoja luovutuksen kautta saavan kyky ylläpitää vaadittavaa huolellisuutta ja noudattaa HetiL:n säännöksiä. Huolellisuusvelvoitteen perusteella rekisterinpitäjä siis itse asiassa on valvontavastuussa kaikista rekisterin käyttäjistä[844].

Se, mitä huolellisuusvelvoite käytännön yksittäistapauksessa merkitsee, riippuu kuitenkin yksittäisen rekisterin käyttötarkoituksesta ja käyttäjäkunnasta[845]. Yleisen huolellisuuden osalta rekisterinpitäjää verrataan muihin vastaavaa rekisteriä ylläpitäviin (”hyvään tiedonhallintatapaan”). Suoraan lainsäännöksen nojalla salassapitovelvollisten osalta valvonta taas voidaan käytännössä rajoittaa siihen olettamukseen, että asianomaiset noudattavat heitä koskevia säännöksiä. Jos kuitenkin rekisterinpitäjän tietoon tulee tapauksia, joissa salassapitovelvollinen rikkoo vaitiolovelvollisuuttaan, ei rekisterinpitäjä voi sallia tietojen luovuttamista ja henkilörekisterin käyttöä tällaiselle taholle loukkaamatta omaa huolellisuusvelvoitettaan.

Eräs yksittäinen ”huolimattomuus”, johon tietosuojavaltuutettu on toistuvasti puuttunut, on henkilötunnuksen valvomaton luovuttaminen (esim. työpaikkojen ilmoitustauluille[846] taikka työttömyyskorvauksen maksatusta varten[847]). Linjauksella on merkitystä arvioitaessa henkilötunnuksen käyttöä terveydenhuollossa (mm. erilaiset todistukset, sairausvakuutuskorvaukset), jossa asianosaisasemaan (kuten työttömyyskorvausten osaltakin) usein liittyy henkilötunnuksen ilmoittaminen palvelua taikka korvausta suorittavalle taholle. Sen sijaan tunnistetietojen luovuttaminen viranomaisten tilastoihin ja tutkimuksellisiin rekistereihin ei juuri ole aiheuttanut vastaavanlaista tietosuojakeskustelua.

7.6. REKISTERÖIDYN INFORMOINTIVELVOLLISUUS

Henkilöä, jota koskevia tietoja on otettu henkilörekisteriin, tulee pääsääntöisesti informoida häntä koskevien tietojen rekisteröinnistä (henkilötietolaki 24 §). Näin myös silloin, kun tietoja kerätään muualta kuin rekisteröidyltä itseltään (esim. suoraan sairaalan potilasasiakirjoista). Ainoastaan silloin, jos tietojen antaminen rekisteröidylle on mahdotonta (esim. rekisteröity on kuollut), tiedon antaminen aiheuttaa *kohtuutonta vaivaa* tai rekisteröidylle vahinkoa taikka vaarantaa tietojenkäsittelyn tarkoituksen, voidaan rekisteröidyn informoinnista luopua.

---

844 ibid, s. 89.
845 Ks. HetiL 9 § 2 mom: Rekisterinpitäjän velvollisuutta arvioitaessa on otettava huomioon henkilötietojen käsittelyn tarkoitus sekä käsittelyn merkitys rekisteröidyn yksityisyyden suojalle.
846 Tietosuojavaltuutetun lausuntoja 1990, s. 24.
847 Tietosuojavaltuutetun ratkaisuja 1991, s. 25.

Tietosuojavaltuutetun käytännössä on hyväksytty ajatus, että erittäin suurten henkilörekisterien osalta jokaisen rekisteröidyn informointi aiheuttaisi kohtuutonta vaivaa. Tämä johtopäätös kuitenkin merkitsee sitä, että mitä useamman henkilön yksityisyyttä rekisteröinti loukkaa, sitä oikeutetummaksi se tulee. Esimerkiksi tietosuojadirektiivin tarkoitus ja EU-lainsäädännön yleinen suhteellisuusperiaate merkitsevät kuitenkin, että *informoinnin kohtuuttomuutta tulisi käyttää informointivelvollisuuden laiminlyönnin hyväksyttävyyden perusteena vain, jos tietojen merkitys henkilön yksityisyydelle on vähäinen taikka jos yksityisyydelle merkittäviä tietoja kertyy vain harvoissa tapauksissa, joiden tavoittamien tai tunnistaminen on vaikeaa*. Sen sijaan suurten kattavien rekisterien osalta, joihin kootaan paljon arkaluonteisia tietoa, tulisi ensinnä esittää kysymykset siitä:

1. onko tällaisen rekisterin perustaminen ilman rekisteröityjen henkilöiden nimenomaista suostumusta ollenkaan hyväksyttävää,
2. edellyttääkö hyvä tiedonhallintatapa, että rekisterinpitäjä ennen tietojen tallentamista luo mekanismit rekisteröityjen informoimiselle (jos suostumusta ei edellytetä rekisterin perustamiselle) ja
3. onko rekisterin perustamisella saavutettu hyöty oikeutetussa suhteessa yksityisyyden loukkauksesta aiheutuneeseen perusoikeuksien rajoittamiseen (jos sekä suostumuksen hankkiminen että rekisteröidyn informoiminen laiminlyödään).

Henkilötietolain mukaan ei rekisteröityä myöskään tarvitse erikseen informoida lakisääteisistä rekistereistä[848]. Rekisteröidyn informointivelvollisuus ja siihen liittyvä mahdollisuus vaatia tietoja poistettavaksi rekisteristä ovat kuitenkin keskeiset Euroopan Neuvoston tietosuojasopimuksen ja EU:n tietosuojadirektiivin edellyttämät oikeusturvakeinot, joiden käytön rajoittamiseen valtionsisäisessä lainsäädännössä on syytä suhtautua hyvin pidättyvästi. Esimerkiksi tietosuojadirektiivi mahdollistaa informoinnin ja rekisteröidyn oikeusturvakeinojen käytön rajoittamisen *vain tilanteissa, joissa rekisteröidyn yksityisyys ei vaarannu tai tilanteissa, jotka ovat ehdottoman välttämättömiä valtion turvallisuudelle taikka tärkeän yleisen edun vaatimia*, mikä yksilöä koskevien terveydentilatietojen suhteen tulee todella harvoin kyseeseen. Henkilötietolain direktiiviä laajemmat ra-

---

[848] Tietosuojadirektiivi kuitenkin antaa mahdollisuuden ainoastaan perustaa rekistereitä lakisääteistä tehtävää varten eli poiketa rekisterinpitäjän ja rekisteröidyn yhteysvaatimuksesta. *Se ei oikeuta rajoittamaan rekisteröidyn oikeusturvakeinoja.* Päinvastoin tietosuojadirektiivin soveltamisalueen ulottuminen julkisen vallan toimintoihin merkitsee nimenomaan, että myös lainsäännökseen perustuvassa toiminnassa syntyvien rekisterien osalta rekisteröidylle on taattava riittävät oikeusturvakeinot eli rekisteröityä on informoitava rekisterinpidosta ja sinne viedyistä tiedoista ja hänelle on annettava mahdollisuus vaatia tietojensa poistamista. EU:n yleisen oikeusturvaperiaatteen mukaan direktiiviin perustuvan henkilölle oikeuksia antavan määräyksen toteuttamisen valvontaa on voitava käsitellä riippumattomissa tuomioistuimissa.

joitukset rekisteröidyn oikeusturvaan voidaankin perustellusti katsoa direktiivin puutteelliseksi implementoinniksi, joka tulisi huomioida sovellettaessa henkilötietolain säännöksiä sekä viranomaistoiminnassa että tuomioistuimissa.

Lisäksi on huomattava, että sekä laki potilaan asemasta ja oikeuksista että laki lääketieteellisestä tutkimuksesta korostavat hoitohenkilökunnan velvollisuutta yhteistoimintaan potilaan kanssa ja potilaan itsemääräämisoikeutta. Näin ollen esimerkiksi potilaan informoimista siitä, että häntä koskevia tietoja käytetään tai saatetaan käyttää tieteelliseen tutkimukseen on pidettävä pääsääntönä[849]. Viranomaisen antama lupa käyttää potilasasiakirjoja tutkimustarkoitukseen ei vapauta rekisterinpitäjää tästä informointivelvollisuudesta. Potilaalla ei kuitenkaan henkilötietolain 27 §:n mukaan ole Suomessa tarkastusoikeutta tieteellistä tutkimusta varten perustettuun rekisteriin, eikä myöskään oikeutta vaatia tutkimusrekisterin pitäjää poistamaan rekisteristä itseään koskevia tietoja. Rekisteröity voi kuitenkin tarvittaessa ottaa yhteyttä tietosuojavaltuutettuun, joka valvoo sitä, ettei rekisterin pito loukkaa henkilön yksityisyyttä. Lisäksi eettisten toimikuntien on kunkin tutkimushankkeen osalta arvioitava henkilötietolain määräysten noudattaminen tutkimushankkeessa (TutkimusL 16 §).

---

[849] Ks. esim. Iso-Britannian Medical Research Council:n suositukset, jotka edellyttävät että tutkimussairaalaan tulevaa potilasta informoidaan jo sairaalaan tullessa siitä mahdollisuudesta, että häntä koskevia tietoja voidaan myöhemmin käyttää yksikön omassa tutkimustoiminnassa. http://www.mrc.ac.uk/ethics_a.html.

8. Terveydenhuollon rekisterit

8.1. POTILASASIAKIRJOJEN LAATIMISVELVOLLISUUS

Henkilötietolaki siis rajoittaa arkaluonteisten tietojen rekisteröintiä, mutta vain siltä osin, kun muu lainsäädäntö ei näiden tietojen rekisteröintiin velvoita. Perustuslain 10 §:n takaaman yksityiselämän suojan toteutumisen kannalta rekisteröintiä rajoittavien ja rekisteröintiin velvoittavien säännösten suhde on keskeinen. Rekisteröintiin velvoittavia säännöksiä on myös arvioitava perusoikeuksien yleisten rajoitusedellytysten valossa. Seuraavassa tarkastellaan arkaluonteisten terveydentilatietojen rekisteröintivelvollisuutta Suomessa.

Terveyden- ja sairaanhoito lienee poliisitoimen ja vankeinhoidon lisäksi niitä harvoja aloja, joissa säännösperusteisesti ja kokonaisvaltaisesti edellytetään arkaluonteisten tietojen rekisteröintiä ja ainoita tällaisia alueita, jossa rekisteröintivelvollisuus on ulotettu julkishallinnon ulkopuolelle[850]. Potilaan asemaa ja oikeuksia koskevan lain 12 §:n mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön ja kunkin terveydenhuollon toimintayksikön on laadittava ja säilytettävä potilasasiakirjat siten, kuin sosiaali- ja terveysministeriö tarkemmin määrää[851]. STM on ko. pykälän nojalla antanut potilasasiakirjojen laatimista ja säilyttämistä koskevan

---

[850] Allekirjoittaneen käsityksen mukaan potilasasiakirjojen laatimisen merkitystä hoidon laadun takeena monesti ylikorostetaan. Yhtä lailla kuin ne antavat hoitohenkilökunnalle tietoja potilaalle aiemmin annetuista hoidoista, ne myös ohjaavat potilaan kohtaavan lääkärin ajattelua joskus vääriille urille ja johtavat tarkan kliinisen tutkimuksen laiminlyömiseen lääkärin luottaessa aiempiin – ehkä jo vanhentuneisiinkin – havaintoihin potilaan tilasta. Selkeää lääketieteellistä tutkimusta potilasasiakirjojen laajuuden merkityksestä hoitotuloksen kannalta ei ole olemassa.

Potilasasiakirjoilla on kuitenkin suuri merkitys hoidon hallinnollisessa valvonnassa, koska vain niiden perusteella voidaan jälkikäteen arvioida se, onko terveydenhuollon ammattihenkilö toiminut ammattistandardinsa mukaisesti. Rikos- ja vahingonkorvausoikeudenkäynneissä näyttö voidaan kuitenkin perustaa myös potilasta hoitaneiden henkilöiden valaehtoisiin lausuntoihin. Esimerkiksi lääketieteellisten oikeudenkäyntien luvatussa maassa Yhdysvalloissa ei potilasasiakirjojen laatimisen laiminlyöntiä pidetä sinänsä sanktioitavana. Ks. Hirsch 1987, s. 79.

[851] Potilasasiakirjoilla tarkoitetaan potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa käytettäviä, laadittuja tai saapuneita asiakirjoja, taikka teknisiä tallenteita, jotka sisältävät potilaan terveydentilaa koskevia tai muita henkilökohtaisia tietoja (PotL 2 §). Potilasasiakirjoina ei kuitenkaan pidetä solu- tai kudosnäytteitä (STM 2001:3, s. 13).

Yleisten asiakirjain julkisuudesta annetun lain voimassaoloaikana korkein hallinto-oikeus tulkitsi asiakirjakäsitettä potilasasiakirjojen osalta (KHO 1971 II 17 ja KHO 1971 II 30). Asiakirjakäsitteen piiriin luettiin mm. sairauskertomuksen kansilehti, lisälehti, status praesens, hoitotaulukko, erilaiset tutkimuslomakkeet, yleistarkkailulomakkeet, yleistarkkailulehdet ja yhteenveto. Näitä asiapapereita KHO piti ei-julkisina asiakirjoina, mikä merkitsi, että oikeus tiedon saamiseen näistä asiakirjoista riippui viranomaisen harkinnasta. Sairauskertomusasiakirjat rinnastettiin siis keskeneräisiin ja valmisteltavana oleviin asiakirjoihin. Ks. myös Konstari 1977, s. 188.

asetuksen (A 99/2001) ja ohjeet julkista ja yksityistä terveydenhuoltoa varten nimenomaisesti huomioon ottaen henkilötietolain vaatimukset[852]. Ennen PotL:n voimaantuloa oli myös kansanterveyslaissa (L 66/1972) nimenomainen säädös velvollisuudesta potilasasiakirjojen laatimiseen[853].

Potilasasiakirjoja on alun perin laadittu ennen kaikkea terveydenhuollon ammatinharjoittajan taikka terveydenhuollon toimintayksikön sisäiseen käyttöön. Potilasasiakirjojen ensisijaisena tehtävänä on palvella potilaan hoidon suunnittelua ja toteutusta ja sekä edistää hoidon jatkuvuutta[854]. Potilaalle tehtyjen tutkimusten ja annetun hoidon dokumentointi helpottaa terveydenhuoltohenkilökunnan työtä erityisesti potilasta hoitavan henkilöstön vaihtuessa, mutta on myös selvää, että tuhansia yksittäisiä potilaita vuodessa tapaava terveydenhuollon ammattihenkilö ei ilman muistiinpanoja voi kovin tarkasti muistaa yksittäiselle potilaalle suunnittelemaansa hoitoa. Niinpä potilasasiakirjojen laatimista onkin pidettävä hyvän hoitokäytännön mukaisena osana potilaan hoitoa ja asiakirjojen laatimisen laiminlyönti on tuomittavaa paitsi hallinnollisten määräysten rikkomisena, myös asianmukaisen hoidon laiminlyömisenä[855].

---

[852] STM 2001:3. Ks. myös A 99/2001, 3 §.

[853] Kansanterveyslaki (L 66/1972) 18 §: Henkilöstä, joka käy terveyskeskuksen lääkärin tai muualla vastaanotolla tai jonka luona terveyskeskuksen henkilökuntaan kuuluva käy tai joka on otettu terveyskeskuksen sairaansijalle, on tehtävä hänen terveydentilaansa koskevat merkinnät terveyskeskuksen asiakirjoihin.

[854] STM 2001:3, s. 10. Ks. myös TEO DNo 991/475/96, 16.7.1996.

[855] KVL DNo 00/38/178, 23.10.2000: *Kyse siitä, onko lääkärin tekemässä rasvaimuhoidossa hyvitykseen oikeuttavaa virhettä:*
Tapahtumakuvaus:

Potilaalle oli tehty rasvaimu Tallinnassa. Hän ei ollut tyytyväinen hoidon tuloksiin ja vaati takaisin palveluksesta maksamaansa 13 500 markkaa.

Postissa tulleen mainoksen perusteella potilas oli tilannut alavatsan rasvaleikkauksen sekä alavatsan ja reisien ihon kiristyksen. Myöhemmin hänelle kerrottiin, että ensin piti tehdä kaksi rasvaimua, kumpikin hinnaltaan 13 500 markkaa, ja vasta sitten leikkaus. Yhdestä suoritetusta rasvaimusta ei kuitenkaan ollut mitään hyötyä, vaan potilaan vartalon ympärysmitta oli imun jälkeen lähtötilannetta suurempi turpoamisen vuoksi. Rasvaimun jälkeen paikat olivat kipeät ja kovat ja lisäksi potilaalla oli muita oireita. Hoidon antaneen klinikan mukaan potilas jätti hoidon kesken ensimmäisen rasvaimun jälkeen, jossa poistettiin nestettä mahdollisimman paljon eli 7,5 litraa. Lähtötilanne huomioon otettuna ei vielä tässä vaiheessa voinut ilmetä olennaisia muutoksia. Rasvaimusta puolen vuoden kuluttua mitattujen tiettyjen veriarvojen nousu tai muut oireet eivät olleet johtuneet tästä toimenpiteestä.

Kuluttajavalituslautakunnan ratkaisun pääpiirteet:

Potilaan asemasta kuluttajana ei ole annettu erityisiä säännöksiä. Kuluttajapalveluksia koskevaa kuluttajansuojalain 8. lukua sovelletaan esineitä koskeviin töihin, mutta ei terveydenhoitopalveluksiin. Lautakunta toteaa kuitenkin, että kuluttajansuojalain 8. luvusta ilmeneviä yleisiä oikeusperiaatteita ja -ohjeita voidaan soveltaa myös lääkärin palveluksiin.

Kuluttajansuojalain 8. luvun 12 §:stä ilmenevän oikeusohjeen mukaan palveluksen on sisällöltään ja tulokseltaan vastattava sitä, mitä voidaan katsoa sovitun. Palvelus on suoritettava ammattitaitoisesti ja huolellisesti sekä ottaen huomioon tilaajan edut. Todistustaakka siitä, että palvelus on suoritettu ammattitaitoisesti ja huolellisesti, on toimeksisaajalla. Jos palveluksessa on virhe, pitää toimeksisaajan hyvittää se ja korvata myös virheestä aiheutunut muu vahinko. Kuluttajansuojalain

Potilasasiakirjoilla on monia muita käyttötarkoituksia terveydenhuollon toimintayksikön sisällä ja terveydenhuollon toimintayksiköiden välillä. Niitä käytetään varmistamaan potilaan tiedonsaantioikeuden toteutuminen ja sekä potilaan että hoitohenkilökunnan oikeusturva kiistatilanteissa[856]. Lisäksi potilasasiakirjoja käytetään terveydenhuollon tutkimuksessa, hallinnossa, suunnittelussa ja opetuksessa[857]. Henkilötietolain käyttötarkoitussidonnaisuus merkitsee potilasasiakirjojen osalta kuitenkin sitä, ettei *potilasasiakirjoissa olevia tietoja saa käyttää muuta kuin sellaisiin tarkoituksiin, joita varten ne on kerätty*. Annettaessa ilmoituksia taikka selvityksiä eri viranomaisille, saadaan luovuttaa vain ko. käyttötarkoituksen kannalta tarpeelliset tiedot[858].

---

8. luvun 13 §:n mukaan palveluksessa on myös virhe, jos se ei vastaa niitä tietoja, jotka toimeksisaaja on antanut palveluksen sisällöstä tai suorituksestaan palvelusta markkinoitaessa tai muuten ennen sopimuksentekoa ja joiden voidaan olettaa vaikuttaneen tilaajan päätöksentekoon. Kuluttajansuojalain 8. luvun 14 §:stä ilmenevän oikeusohjeen mukaan, jos sopimusta tehtäessä tai sen jälkeen osoittautuu, että palvelus, sen hinta, kohteen arvo ja ominaisuudet tai muut erityiset seikat huomioon ottaen, ilmeisesti ei olisi tilaajan kannalta tarkoituksenmukainen, toimeksisaajan on viipymättä ilmoitettava siitä tilaajalle. Ellei toimeksisaaja menettele näin, on palveluksessa virhe. Kuluttajansuojalain 8. luvun 12 §:n oikeusohjeen mukaan toimeksisaajalla on todistustaakka siitä, että palvelus, rasvaimu, on toteutettu ammattitaitoisesti ja huolellisesti. Toimeksisaaja ei ole toimittanut lautakunnalle pyydettyjä potilastietoja Tallinnassa tehdystä rasvaimusta. Nämä tiedot ovat välttämättömiä toimenpiteen tarkoituksenmukaisuuden ja oikeellisuuden arvioimista varten. *Lautakunnan käytettävissä olevat tiedot eivät luotettavasti kuvaa toimenpiteen toteutusta*. Lautakunta pitää yhdellä rasvaimulla saavutettua tulosta paljon huonompana, kuin potilaalla oli ollut aihetta edellyttää huolimatta siitä, että hän keskeytti hoidon ensimmäisen rasvaimun jälkeen. Lautakunnan saama selvitys ei osoita, että rasvaimulla olisi ollut tavoiteltua vaikutusta. *Lautakunta katsoo, että toimeksisaaja ei ole osoittanut menetelleensä asiassa ammattitaitoisesti ja huolellisesti hyvän lopputuloksen saavuttamiseksi, joten hoitoa on pidettävä oleellisesti virheellisenä*. Sopimus tulee purkaa, jolloin potilaalla on oikeus saada takaisin maksamansa 13 500 markkaa.

Ks. julkisen terveydenhuollon osalta myös Jungner 1996, s. 67–70.

856 Ks. kuitenkin PeVL 13/2000 vp: ”Potilasasiakirjat eivät sisällä tietoja julkisen vallan käytöstä eikä potilastiedoilla ole hallinnon valvonnan kannalta erityistä merkitystä.”

857 STM 2001:2, s. 10. Vrt. STM määräyskokoelma 1993:7, s. 2.

858 Ks. TSL DNo 45/761/96, 9.5.1997: *Kysymys henkilöstä psykiatrian klinikan potilaskertomuksen tehtyjen merkintöjen poistamisesta:*

Potilas oli puhelimitse tavoitellut hänelle lausunnon antanutta lääkäriä, mutta puhelu oli yhdistetty psykiatrian klinikan apulaislääkärille, jota potilas ei entuudestaan tuntenut. Potilas oli aiemmin ollut sairaalan eri klinikoilla hoidossa, mutta puhelun aikaan ei ollut olemassa mitään nimeltä mainittavaa hoitosuhdetta. Apulaislääkäri oli puhelinsoiton jälkeen tehnyt sairauskertomukseen merkinnät potilaan aiemmasta hoidosta ja potilaan lausunnon antaneeseen lääkäriin kohdistaneista uhkauksista.

Asian johdosta annetussa selvityksessä sairaala totesi, että asiakassuhde syntyy silloin, kun potilas ottaa yhteyttä sairaalaan hoitoonsa liittyvässä asiassa joko henkilökohtaisesti tai puhelimitse.

Antamassaan lausunnossa TEO katsoi, että tehdyt potilasasiakirjamerkinnät olivat yleisesti psykiatrisessa hoidossa tarpeellisen ja omaksutun kirjaamiskäytännön mukaisia. Potilasta ei kuitenkaan oltu hoidettu sairaalassa psykiatrisen sairauden vuoksi, mutta psykiatrian klinikalta oli useaan kertaan pyydetty konsultaatiota potilaan psyykkisen sairauden hoidossa. Potilaan sairauskertomukseen oli myös aiemmin merkitty psykiatriset diagnoosit. TEO esitti kantanaan, että merkinnät olivat käyttötarkoituksensa kannalta tarpeellisia ja noudattivat vallitsevaa kirjaamiskäytäntöä.

STM:n asetuksen (99/2001) mukaan potilasasiakirjoihin tulee sisältyä mm: terveydenhuollon toimintayksikön/ammatinharjoittajan nimi, potilaan henkilötiedot, hoitoon saapumisaika ja hoitojakso, merkinnän tehneiden henkilöiden nimi, asema sekä merkinnän ajankohta, potilasta koskevien asiakirjojen saapumisajankohta ja alkuperä. Lisäksi asiakirjoissa on oltava esitiedot aikaisemmista potilaan terveydentilaan vaikuttavista seikoista, tiedot potilaan terveydentilasta ja sen kehittymisestä hoidon aikana, hänelle tehdyistä tutkimuksista ja annetusta hoidosta, taudin määrityksestä ja annetuista toimenpideohjeista sekä yhteenveto hoitojakson jälkeen edellä mainituista seikoista sekä annetut lääkärinlausunnot ja muut todistukset[859].

HetiL:n 12 § 10-kohdan mukaan terveydenhuollon viranomainen tai laitos saa henkilön terveydentilan tai häneen kohdistetun hoitotoimenpiteen lisäksi rekisteröidä myös muita hoidon kannalta välttämättömiä tietoja. Tällaisiksi on katsottu

---

Tietosuojalautakunta totesi päätöksessään, että terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain 16 §:n mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön velvollisuudesta laatia potilasasiakirjat on voimassa, mitä potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa säädetään.

Potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 2 §:n 5-kohdan mukaan potilasasiakirjoilla tarkoitetaan potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa käytettäviä, laadittuja tai saapuneita asiakirjoja taikka teknisiä tallenteita, jotka sisältävät hänen terveydentilaansa koskevia tai muita henkilökohtaisia tietoja. Mainitun lain 6 §:ssä säädetään potilaan itsemääräämisoikeudesta. Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Säännöksen tarkoituksena on itsemääräämisoikeuden periaatteen mukaisesti asettaa potilaan suostumus hoidon luvallisuuden edellytykseksi. Potilaalla on oikeus kieltäytyä kaikesta hänelle suunnitellusta tai jo aloitetusta hoidosta.

Henkilörekisterilain 5 §:n 1 momentin mukaan henkilörekisteriin merkittäväksi saa kerätä ja rekisteriin tallettaa ilman rekisteröidyn suostumusta tai tietosuojalautakunnan lupaa tietoja vain sellaisista henkilöistä, joilla asiakas- tai palvelussuhteen, jäsenyyden tai muun niihin verrattavan suhteen vuoksi on asiallinen yhteys rekisterinpitäjän toimintaan, jollei rekisterin pitäminen johdu rekisterinpitäjälle säädetystä taikka lain tai asetuksen nojalla määrätystä tehtävästä. Jos joku kerää ja tallentaa tietoja henkilörekisteriin vastoin henkilörekisterilain säännöksiä, tietosuojalautakunta voi henkilörekisterilain 35 § 2 momentin nojalla tietosuojavaltuutetun hakemuksesta velvoittaa asianomaisen määräajassa oikaisemaan sen, mitä oikeudettomasti on tehty tai laiminlyöty.

Asiakirjoista saatavan selvityksen mukaan ja asiassa annettujen lausuntojen perusteella tietosuojalautakunta katsoi, että potilas ei ole hakemuksessa tarkoitettujen merkintöjen tekohetkellä ollut hoitosuhteessa sairaalan psykiatrian klinikkaan. Asiakirjoista käy myös ilmi, että potilas oli toistuvasti kieltäytynyt psykiatrian klinikalla annettavasta hoidosta. Näin potilaan ja psykiatrian klinikan välillä ei ko. ajankohtana voida katsoa olevan sellaista henkilörekisterilain 5 §:n 1 momentissa tarkoitettua asiallista yhteyttä, joka olisi oikeuttanut tekemään potilaasta merkintöjä psykiatrian klinikan sairauskertomukseen.

Näistä syistä tietosuojalautakunta määräsi henkilörekisterilain 35 §:n 2 momentin nojalla sairaalan välittömästi poistamaan psykiatrian klinikan sairauskertomuksesta apulaislääkärin tekemät merkinnät potilaasta.

[859] STM:n ohje edellyttää, että potilasasiakirjoista tulisi käydä ilmi myös potilaalle PotL 5 §:n perusteella annettu selvitys hänen terveydentilastaan ja hoitovaihtoehdoista sekä merkintä siitä, jos potilas kieltäytyy hoidosta. STM 2001:3, s. 18. Kieltäytyminen tulisi ministeriön ohjeiden mukaan vahvistaa potilaan allekirjoituksella, vaikka käytännössä tavanomaisin hoidosta kieltäytymistilanne on potilaan häviäminen omin toimin sairaalasta (esim. itsensä loukanneen päihtyneen potilaan poistuminen neuvoista huolimatta päivystyspisteestä).

mm. potilaan sosiaalinen tilanne, mahdollinen rikollinen teko taikka seksuaalinen käyttäytyminen[860].

Potilasasiakirjoista muodostuu henkilötietolain tarkoittamia henkilörekisterejä, joiden pitämisestä on vastuussa rekisterinpitäjä[861]. Samaan henkilörekisteriin luetaan kuuluvaksi myös teknisesti erikseen pidetyt henkilörekisterit, jos niitä käytetään samaan tarkoitukseen. Rekisterinpitäjänä pidetään sitä henkilöä tai yhteisöä, *jonka tarkoituksia varten* potilastiedot sisältävä henkilörekisteri perustetaan ja jolla on oikeus määrätä henkilörekisterin käytöstä. Rekisterinpitäjä vastaa rekisterin käyttötarkoituksen määrittelystä sekä henkilörekisteriin vietävien potilasasiakirjojen laatimisesta ja säilyttämisestä[862]. Rekisterinpitäjä vastaa myös siitä, että ainoastaan hoidon järjestämiseen ja toteuttamiseen osallistuvat voivat käyttää potilasasiakirjatietoja ja silloinkin ainoastaan niihin käyttötarkoituksiin, mihin tiedot on kerätty ottaen huomioon myös terveydentilatietojen salassapitoa koskevat erityissäännökset[863]. Sairausasiakirjoja säilytetään rekisterinpitäjän toimesta kuten muitakin kunnallisten viranomaisten salassapidettäviä asiakirjoja, ja ne arkistoidaan potilaan kuoleman jälkeen[864].

Paitsi avoterveydenhuollon yksiköissä ja sairaaloissa, tietoja potilaista ja hoidosta kootaan mm. apteekeissa.

TSV DNo 418/41/91: *Kysymys siitä, onko apteekin pitämiä reseptipäiväkirjoja pidettävä sellaisena henkilörekisterinä, josta apteekin asiakkaana olleella yksityisellä henkilöllä on oikeus saada tietoja.*

---

860 II LaVM 10/86, s. 3. Esimerkiksi potilasvahinkoa taikka hoidosta tehtyä kantelua koskevat kannanotot eivät kuitenkaan ole sellaisia hoidon kannalta välttämättömiä tietoja, joiden rekisteröinti olisi mahdollista potilasasiakirjojen käyttötarkoitusperiaatetta rikkomatta. Vrt. kuitenkin STM 2001:3, s. 15.

861 Potilasasiakirjat muodostavat ns. loogisen henkilörekisterin. Samaan henkilörekisteriin kuuluvat kaikki ne potilasta koskevat tiedot, jotka ovat rekisterinpitäjän hallussa ja joita käytetään samaan käyttötarkoitukseen. STM 2001: 3, s. 10.

862 TEO DNo 991/475/96, 16.7.1996: Hammaslääkärien vuokranantajana toiminutta hammaslääkäriasemaa ei voida pitää sellaisena henkilörekisterilain mukaisena rekisterinpitäjänä, jonka käyttöä varten yksityishammaslääkärien potilasasiakirjoista koottu henkilörekisteri oli perustettu. Yksityishammaslääkäreillä oli rekisterinpitäjinä ensisijainen oikeus määrätä henkilörekisterin käytöstä ja myös velvollisuus huolehtia potilasasiakirjojen laatimisesta ja asianmukaisesta säilyttämisestä.

863 A 99/2001 3 ja 4 §.

864 Arkistolaki (L 831/1994) 1, 12 ja 13 §. Potilasasiakirjojen säilyttämisajat ovat Suomessa olleet poikkeuksellisen pitkät. Asetuksen 99/2001 liitteen mukaan potilasasiakirjoja säilytetään nyttemmin 10 vuotta potilaan kuolemasta taikka 10 vuotta hoidon päättymisestä. Mikäli potilaan kuolemasta ei ole tietoa, säilytetään asiakirjoja 100 vuotta potilaan syntymästä.

Esim. Hollannissa on katsottu, että henkilörekisterilainsäädännön tarpeellisuusvaatimus edellyttää, että tiedot hävitetään 10 säilyttämisvuoden jälkeen. Yhdysvaltain eri osavaltioissa säilyttämisaika vaihtelee yleensä 3–7 vuoden välillä (ks. Roscam Abbing 2000, s. 107–112, Callens and Nys 1996, s. 23–52, Hirsch et al. 1985, s. 148–149).

H:n kaupungin apteekin ATK-järjestelmässä reseptejä koskevat tiedot häviävät ATK:n muistissa noin viikon kuluttua reseptin noutamisesta. Tiedot tulostetaan paperitulosteelle, jota säilytetään lääkintöhallituksen antamien ohjeiden mukaan. Ns. seurattavia lääkkeitä koskevat tiedot häviävät ATK:n muistista n. vuoden kuluttua reseptin käsittelystä. Seurattavia lääkkeitä koskevat tiedot kopioidaan kuitenkin tietolevykkeelle.

Henkilörekisterillä tarkoitetaan henkilötietoja sisältävää tietojoukkoa, jota käsitellään automaattisen tietojenkäsittelyn avulla, sekä sellaista luetteloa, kortistoa tai muuta näihin verrattavalla tavalla järjestettyä henkilötietoja sisältävää tietojoukkoa, josta tiettyä henkilöä koskevat tiedot voidaan löytää helposti ja kohtuuttomitta kustannuksitta. Niin kauan kuin reseptejä koskevat tiedot ovat ATK:lla ja ATK:lta tulostettavissa henkilön nimen tai henkilötunnuksen perusteella, niitä on pidettävä henkilörekisterinä. ATK:n muistista poistamisen jälkeen ratkaisevaa on, ovatko tiettyä henkilöä koskevat tiedot helposti löydettävissä. Ns. seurattavia lääkkeitä koskevat tiedostot ovat henkilörekistereitä.

Terveydenhuoltoyksikössä laaditut potilasasiakirjat ovat se perustiedosto (”source data”), johon muut viranomaiset perustavat omat tietonsa, joten hoitoyksikön potilasasiakirjoissa olevat virheet saattavat kertaantua läpi koko hallintobyrokratian.

8.2. TERVEYDENHUOLLON VALTAKUNNALLISET REKISTERIT

Potilasasiakirjat ovat siis potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa käytettäviä, laadittuja tai saapuneita asiakirjoja ja teknisiä tallenteita, jotka sisältävät potilaan terveydentilaa koskevia taikka muita henkilökohtaisia tietoja[865]. Potilasasiakirjoja pidetään joko yksittäisen terveydenhuollon ammattihenkilön toimesta tai terveydenhuollon toimintayksikössä. Näitä asiakirjoja koskevat ennen kaikkea potilaslain salassapitosäännökset, joiden mukaan niistä ei saada luovuttaa tietoa hoitoon osallistumattomalle. Kun näistä asiakirjoista siirretään tietoja terveydenhuollon toimintayksikön ulkopuolelle, eivät tietojen perusteella laaditut asiakirjat ja tiedostot enää ole potilasasiakirjoja, vaan terveydentilatietoja sisältäviä henkilörekisterejä. Vaikka tällaisten rekisterien sisältämät terveydentilatiedot ovat salassapidettäviä, voidaan viranomaisen henkilörekisteristä antaa tietoja salassapitovelvollisuuden estämättä ja potilaan suostumuksesta riippumatta silloin, kun oikeudesta tiedon antamiseen tai saamiseen on laissa erikseen säädetty

[865] PotL 2 § 5. kohta. Ks. myös STM 2001:3.

(JulkL 26 § ja 29 §)[866]. Euroopan Neuvoston tietosuojasopimuksen ja EU:n tietosuojadirektiivin periaatteiden mukaan kansalaisten tulisi kuitenkin voida sääntelyn perusteella tietää itseään koskevien tietojen rekisteröinnistä, käytöstä ja luovuttamisesta[867].

Lailla terveydenhuollon valtakunnallisista henkilörekistereistä (L 556/1989) on luotu poikkeusjärjestelmä arkaluonteisten terveydentilatietojen rekisteröintikiellon osalta ja samalla annettu valtionhallinnon viranomaisille yleinen oikeus tiedonsaantiin terveydenhuollon toimintayksikköjen potilasasiakirjoista[868]. Samanlaista rekisteriä kootaan myös sosiaalipalvelujen käyttäjistä ja sosiaalipalveluihin liittyvistä terveydentilatiedoista[869]. Kyseisissä laeissa annetaan sosiaali- ja terveysalan kehittämiskeskukselle (STAKES) oikeus saada sekä julkisilta että yksityisiltä terveydenhuollon toimintayksiköiltä ja terveydenhuollon ammattihenkilöiltä tilastojen laatimisen kannalta ”välttämättömät” tiedot. STAKES:in tilastolain (L 409/2001) 3 §:n mukaan STAKES kuitenkin itse päättää kerättävistä tiedoista eli siitä, mitkä tiedot ovat ”välttämättömiä” sen omalle toiminnalle[870].

Tällaisessa tilanteessa olisi asianmukaista, että muita keskeisiä tietosuojaperiaatteita noudatettaisiin (käyttötarkoitussidonnaisuus, huolellisuusvelvoite yms.) erityisen tiukasti. Kuitenkin jo lausunnossaan valtakunnallisia henkilörekisterejä koskevasta hallituksen esityksestä (HE 223/1988 vp.), tietosuojavaltuutettu toteaa, että terveydenhuollon valtakunnallisten henkilörekisterien ylläpidon tarvetta ja asianmukaisuutta sekä tietosuojan kehittämiskeinoja ei ole kovin seikkaperäisesti selvitetty. Valtakunnallisista henkilörekistereistä ei kuitenkaan ole muodostunut väliaikaista, siirtymävaiheen ratkaisua, vaan ilmeisesti pysyvä legitimaatio jo ennen henkilötietolainsäädäntöä voimassa olleiden käytäntöjen jatkamiselle.

---

866 Tiedonsaantiin salassapitovelvollisuuden estämättä oikeuttavia ”yleissäännöksiä” on mm. poliisilain 35 §:ssä ja esitutkintalain 27 §:ssä. Ks. myös Wallin ja Konstari 2000, s. 293–302.

Ks. myös HE 90/2001 vp. (kohta 1.1.): Viranomaisten toiminnan julkisuudesta annetun lain säätämisen yhteydessä muutettiin lukuisia muita säädöksiä siten, että muun muassa syyttäjäviranomaiselle saa luovuttaa salassa pidettävää tietoa sisältävän asiakirjan. Näissä säädöksissä ei kuitenkaan asetettu velvollisuutta luovuttaa tietoja syyttäjäviranomaiselle, vaan tietojen luovuttaminen jäi riippumaan asianomaisen viranomaisen harkinnasta. Esimerkiksi poliisiviranomaisilla sen sijaan on poliisilain (493/1995) 35 ja 36 §:n nojalla laajempi oikeus tietojen saantiin viranomaisilta, julkista tehtävää hoitamaan asetetuilta yhteisöiltä sekä yhteisön jäseneltä, tilintarkastajalta, hallituksen jäseneltä tai työntekijältä.

867 HE 43/1991 vp., s. 11, EN tietosuojasopimuksen 28.1.1981 8 artikla, EPNDir 95/46/EY kohdat 39–41 sekä 10 ja 12 artikla.

868 Laki sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksesta (1073/1992), 6 §.

869 Laki sosiaali- ja terveysalan kehittämiskeskuksen tilastotoimesta (409/2001).

870 Perusoikeuksien loukkaustilanteessa loukkauksen kohteeksi joutuneella tulisi pääsääntöisesti olla mahdollisuus saattaa asiansa riippumattoman tuomioistuimen arvioitavaksi. STAKES:in tilastolain nojalla tekemästä tiedonkeruupäätöksestä voidaan valittaa hallintotuomioistuimeen. Lisäksi ennen tietojenkeruupäätöksen tekemistä tulee kuulla tiedonantajia edustavia järjestöjä ja organisaatioita sekä tietosuojavaltuutettua.

Kaikkien sairaanhoidon henkilörekisterien perustiedostoina ovat varsinaiset potilasasiakirjat, joihin potilas voi suhteellisen helposti tutustua. Näistä perustiedostoista johdettujen rekisterien tietosuojakysymykset ovat ongelmallisia, koska potilas ei välttämättä tiedä edes sitä, että häntä koskevia tietoja on rekisteröity varsinaisten sairauskertomusten ulkopuolelle. Mitään selkeitä rajoituksia siihen, kuinka paljon henkilön terveydentilaa koskevia tietoja voidaan kerätä näihin potilaskertomusten ulkopuolisiin rekistereihin ei ole olemassa, vaan tiedon keruu perustuu viranomaisten itse määrittelemiin tarpeisiin[871].

8.3. POTILASREKISTERIEN KESKEISET TIETOTYYPIT

8.3.1. Tunnistetiedot

Henkilörekisterin yksilöä koskevat tunnistetiedot muodostuvat yleensä ko. henkilön nimestä ja/tai henkilötunnuksesta sekä mahdollisesti ko. rekisteriä varten luodusta erityistunnisteesta. *Potilaan nimen* käyttäminen rekistereissä, jotka kootaan tilastointia taikka tutkimusta varten, on pääsääntöisesti tarpeetonta ja nimen käyttö antaa vain lisämahdollisuuksia yksityisyyden suojan loukkaamiseen.

> AOA DNo 281/4/93, 11.4.1994: *Käsitys mielenterveystoimiston potilastietojen siirtämisestä:*
>
> Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän mielenterveystoimistoissa otettiin vuoden 1993 alusta käyttöön tietojärjestelmä, joka kattaa mielenterveystoimistojen tilastoinnin, hallinnollisen suunnittelun ja kuntalaskutuksen. Tiedot toimitetaan mielenterveystoimistoista tallennuslomakkeilla kuntayhtymän suunnittelutoimistoon. Mielenterveystoimistoissa lomakkeeseen merkitään potilaasta mm. nimi, henkilötunnus ja diagnoosi.
>
> Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista lähtökohtana on se, että potilasasiakirjoja käytetään lähinnä potilaan hoidon suunnitteluun ja seurantaan. Laskutus, hallinnollinen suunnittelu tai tilastointi ei liity suoranaisesti yksittäisen potilaan hoitamiseen. *Saadusta selvityksestä ei ilmennyt, miksi laskutuksessa tarvittaisiin potilaan sairautta koskevia tietoja tai miksi hallinnollisessa suun-*

---

[871] STM:n lausuntopyyntö 218/059/91, TSV DNo 19/03/92: Tietosuojavaltuutetun toimiston lausunto tartuntatautien hallintotyöryhmän muistiosta: "...tartuntatauti-ilmoitusten yhteydessä ilmoitetaan säännönmukaisesti myös sairastuneen tiedot sellaisillekin viranomaisille, joille hyvin saattaisi riittää tiedot havaituista taudeista tai niiden määristä..."

TSV DNo 296/03/92: Lausunnossaan terveydenhuollon ammatinharjoittamistoimikunnan mietinnöstä, tietosuojavaltuutetun toimisto toteaa, että valvontaviranomaisen tiedonsaantioikeus ei täytä henkilörekisterilainsäädännön eikä Euroopan Neuvoston tietosuojasopimuksen vaatimuksia. Ko. laki jättää avoimeksi sen, mitä tietoja, millä perusteilla, keneltä ja mitä tarkoitusta varten tietoja hankittaisiin.

nittelussa ja tilastoinnissa tarvittaisiin potilaan nimeä tai henkilötunnusta.

Asiassa ei ilmennyt, että sairaanhoitopiirin kuntayhtymässä olisi sinänsä esiintynyt huolimattomuutta tallennuslomakkeiden käsittelyssä tai että potilastietojen salassapitovelvollisuus olisi sen vuoksi tähän mennessä vaarantunut. Apulaisoikeusasiamies katsoi kuitenkin, että kuntayhtymän käyttämä tallennuslomake ei vastannut potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain potilasasiakirjojen salaisuutta koskevien perussäännösten tarkoitusta.

Apulaisoikeusasiamiehen mielestä potilastiedot tulisi eritellä jo mielenterveystoimistossa siten, *ettei potilaan nimeä ja henkilötunnusta voitaisi yhdistää sairautta koskevien tietojen kanssa jatkokäsittelyssä*. Apulaisoikeusasiamies saattoi käsityksensä sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tietoon[872].

Henkilötunnus on luotu nimenomaisesti henkilön yksilöintiä (so. tunnistamista) varten, joten sen käyttö terveydenhuollon rekistereissäkin on perusteltua silloin, kun on tarvetta yksittäisen rekisteröidyn tunnistamiseen. Ongelmana kuitenkin on, että potilaan nimi on täydellisen henkilötunnuksen avulla helposti selvitettävissä, koska henkilötunnusta koskevat tiedot ovat hallinnon sisällä helposti saatavissa. Valvontaviranomaiset ovatkin 1990-luvulla toistuvasti huomauttaneet ns. maamme-kirjojen tietojen helposta saatavuudesta ja sen aiheuttamista ongelmista[873].

Rekisterikuvauksessa viranomaisen on määriteltävä rekisterin tarkoitus ja yksilöitävä siihen kerättävät tiedot. Mikäli rekisteriä pidetään puhtaasti tilastotarkoituksessa (esim. seurataan tietyn taudin esiintymistä väestössä), on potilaan nimen ja täydellisen henkilötunnuksen rekisteröinti (kun tunnisteosa riittää henkilön yksilöintiin) käyttötarkoituksen kannalta tarpeetonta[874]. Mikäli rekisterin tarkoituksena on myös seurata yksilön käyttäytymistä, on perusteltua yksilöidä potilas täydellisesti (esim. tartuntatautien seuranta), mutta tällöin henkilötietolain huolellisuusvelvoite korostuu ja arkaluonteisten tietojen suojaamiseen ja rekisterin käyttäjien tarkkaan määrittelyyn tulisi kiinnittää erityistä huomiota rekisterikuvauksessa. Tilanne on varsin samankaltainen silloinkin, kun rekisterin käyttötarkoitus ei suoranaisesti liity terveydenhuoltoon, mutta henkilön terveydentilaa koskevat tiedot ovat tärkeitä asianomaiselle viranomaiselle sen seuratessa ja valvoessa henkilön toimia omalla hallinnonalallaan (esim. ajokorttirekisteri, asevelvollisuusrekisteri yms.).

---

[872] Oikeusasiamies perusti kyseisen ratkaisunsa PotL 2 ja 13 §:ään, eikä tarkastellut asiaa ollenkaan henkilörekisterilainsäädännön kannalta.

[873] Ks. edellä TSV DNo 577/45/91.

[874] Ks. myös PeVL 22/2000 vp., jossa perustuslakivaliokunta kiinnitti huomiota PotL 13 §:n mukaisen salassapitovelvollisuuden laajuuteen. Käsiteltävänä olleen ehdotuksen mukaan salassa pidettäviä olivat potilasasiakirjoihin sisältyvät kaikki tiedot riippumatta siitä, onko niiden salassapito yksityiselämän suojan turvaamiseksi välttämätöntä. Potilasasiakirjoista ei ehdotuksen perusteella saanut antaa tietoja myöskään yksityiselämän suojan turvaavalla tavalla niin, että tietoja ei voitu yhdistää tiettyä potilasta koskeviksi. Valiokunnan mielestä lakiin oli syytä lisätä säännös, joka mahdollistaisi tietojen antamisen tällaisella tavalla.

8.3.2. Diagnoositiedot

Lääkärin tekemä taudinmääritys eli diagnoosi on länsimaisen lääketieteen, joka pyrkii syynmukaiseen hoitoon, kulmakivi. Koska potilaan hoito määräytyy taudin syyn – ei välttämättä sen oireen – mukaan, on selvää, että varsinaisen hoitohenkilökunnan lisäksi, myös hoidon järjestämisestä vastaavat viranomaiset ja hoitokustannuksista vastaavat tahot ovat kiinnostuneita diagnoosista ja siitä, että suunniteltu, toteutettu ja kustannettu hoito vastaa diagnoosia[875].

Diagnoositiedon ja tunnistetiedon yhdistelmä itse asiassa luo arkaluonteisen tiedon sisältävän henkilörekisterin ja jos nämä voidaan pitää erillään, paranee potilaan yksityisyyden suoja terveydenhuollon hallinnon sisällä oleellisesti. Kuitenkin tapauksissa, joissa rekisteri on tarpeen potilaan tarvitsemien erilaisten sosiaalisten etuuksien hallinnointia varten, on ilmeistä, että päätöksen perustana on juuri sairaustilan toteaminen. Tällöin diagnoositiedon ilmoittamatta jättäminen on mahdotonta.

Terveydenhuollon hallinnon kustannusten ohjaus potilastietojen perusteella edellyttää käytännössä tietoja sekä potilaan henkilöstä (ainakin asuinpaikan osalta), että tämän sairaustilasta. KHO onkin antanut *asianosaisen aseman* hoidon maksavalle julkisyhteisölle (kunnalle). Asianosaisjulkisuutta koskevien säännösten mukaan maksajalla on oikeus saada tieto maksun kohteena olevista tapahtumista[876]. Kustannusvalvontaa varten on lisäksi lupa pitää erillistä henkilörekisteriä:

> KHO 1993 A 13: *Sairaanhoitopiirin kuntainliiton jäsenkunnalla oli yleisten asiakirjain julkisuudesta annetun lain 19 § mom:ssa säädetty asianosaisen oikeus saada sanotun lain 18 a §:ssä säädetyn luovutusrajoituksen estämättä massaluovutuksena tiedot, jotka vaikuttivat kunnan maksuosuuden määräytymiseen*[877].
>
> Siitä, että potilastiedot ovat salassa pidettäviä, on säädetty erikoissairaanhoitolain 57 §:ssä ja potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 13 §:ssä. Erikoissairaanhoitolain 58 § ei velvoita liittohallitusta antamaan kaupunginhallitukselle salassa pidettäväksi säädettyjä tietoja. Potilaita koskevia tietoja on pyydetty vain siltä osin, kuin tiedoilla on merkitystä laskettaessa kaupungin maksuosuutta kuntainliitolle. Pyyntö koskee massaluovutusta yleisten asiakirjain julkisuudesta annetun lain 2 §:n 2 mom:ssa tarkoitetusta teknisestä tallenteesta, joka muodostaa henkilörekisterilain 2 §:ssä tarkoitetun henkilörekisterin. Pyydetystä tiedosta laadittavaan luetteloon tai sitä korvaavaan tallentee-

---

[875] Taudinmäärityksen jälkeen on hyvin helppoa selvittää, mikä on ”*de lege artis*” hoitokäytäntö ao. tilanteessa.

[876] Vaikka AsiakJulkL on nyttemmin kumottu, eivät JulkL:n asianosaisen tiedonsaantioikeutta koskevat säännökset poikkea oleellisesti aikaisemmasta tässä suhteessa.

[877] Ks. myös KHO 26.8.1992 T 2923.

seen on sovellettava yleisten asiakirjain julkisuudesta annetun lain 18 a §:n luovutusrajoitussäännöstä.

Ne perusteet, joilla Oulun kaupungin maksuosuus sairaanhoitopiirin vuoden 1990 käyttömenoista määräytyy, koskevat kaupungin asemaa yleisten asiakirjain julkisuudesta annetun lain 19 §:n 1 momentissa tarkoitetuin tavoin siten, että kaupungilla on mainitussa säännöksessä tarkoitetun asianosaisen asema. Asianosaisena kaupungilla on oikeus saada tiedot, jotka voivat tai ovat voineet vaikuttaa Oulun kaupungin maksuosuuden määräämiseen. Kun hakemuksesta ilmenevien tietojen antaminen ei ole vastoin erittäin tärkeää yleistä tai yksityistä etua yleisten asiakirjain julkisuudesta annetun lain 19 §:n 2 momentissa tarkoitetuin tavoin, on kaupunginhallituksella asianosaisen oikeus tietoon asiakirjoista.

Asianosaisella on yleisten asiakirjain julkisuudesta annetun lain 19 §:ssä säädetty oikeus saada tieto kaikesta asianosaisen etua, oikeutta tai velvollisuutta koskevasta aineistosta, joka voi vaikuttaa asian ratkaisuun. Asianosaisella on oikeus saada tieto sellaisistakin tallenteista, jotka on säädetty salassa pidettäväksi. Edellä mainittu huomioon ottaen yleisten asiakirjain julkisuudesta annetun lain 18 a §:n tietojen luovutustapaa koskeva rajoitussäännös ei estä asiaan vaikuttavien tietojen antamista massaluovutuksena asianosaiselle, jos tiedot voivat vaikuttaa asianosaista koskevaan ratkaisuun.

Kaupungin esittämä tietojen luovutusta koskeva pyyntö on rajattu niin, että se koskee vain seikkoja, jotka voivat vaikuttaa maksuosuutta koskevan asian ratkaisuun[878]. Kun luovutuspyyntöä ei voida hylätä liittohallituksen eikä lääninoikeuden päätöksistä ilmenevillä perusteilla[879], korkein hallinto-oikeus kumoaa sairaanhoitopiirin kuntainliiton liittohallituksen ja lääninoikeuden päätökset ja palauttaa asian liittohallitukselle pyydettyjen tietojen antamiseksi kaupunginhallitukselle.

---

[878] Oulun kaupunginhallitus on ao. asiassa pyytänyt, että Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntainliiton liittohallitus luovuttaisi Oulun kaupungille vuoden 1990 potilaiden hoitolaskuun liittyvät oululaisia tai oululaisiksi väitettyjä potilaita koskevat seuraavat tiedot:

- potilaan nimi ja sosiaaliturvatunnus
- sairaala, jossa potilas on sisäänkirjoitettu tai jonka poliklinikalla hän on käynyt
- hoito- tai käyntiaika
- onko kyseessä poliklinikkakäynti vai sairaalassa tapahtunut hoito

Pyyntö koski kaikkia kuntainliiton omistamia sairaaloita.

Tietoja potilaan sairaudesta, hänen varallisuusasemastaan taikka muista yksityisyyden piiriin kuuluvista seikoista ei ole pyydetty.

[879] Liittohallitus ja lääninoikeus katsoivat, että kysymyksessä oli AsiakJulkL 2 §:n 2 mom:ssa tarkoitettu tekninen tallenne, josta saa luovuttaa henkilötietoja mainitun lain 18 a §:n 1 mom:n mukaan HenkRekL:ssa tarkoitettuna massaluovutuksena vain, jos rekisteröity on antanut siihen suostumuksensa tai tietosuojalautakunta luvan taikka jos tietojen tällainen luovuttaminen tapahtuu muun lain tai asetuksen mukaisesti, ei kuitenkaan HenkRekL:ssa säädetyillä perusteilla, taikka jos tietojen luovuttaminen tapahtuu tieteellistä tutkimusta taikka tilastointia varten ja luovutus täyttää HenkRekL:n 19 §:n 1 momentin 3 kohdan vaatimukset. Koska edellä säädetyt edellytykset tietojen luovuttamiselle eivät täyty, sai tiedot liittohallituksen ja lääninoikeuden päätöksen mukaan luovuttaa vain tietosuojalautakunnan antamalla luvalla.

Tapaus on mielestäni tyypillinen ja tavallaan rajatapaus, koska tietosuojaviranomaiset olisivat ratkaisseet asian toisin[880]. Päätös legitimoi hoidon rahoittamisen ja rahankäytön valvonnan sellaiseksi tärkeäksi intressiksi, jonka perusteella on oikeus saada tietoja ja pitää henkilörekisteriä hoidetuista potilaista. Tämäkään intressi ei voi kuitenkaan syrjäyttää henkilötietolain tarpeellisuusvaatimusta: jos (arkaluonteinen) tieto ei oikeasti ole tarpeen kustannusvalvonnan kannalta, ei sitä saa ottaa rekisteriin.

KHO:n päätös on tehty ennen perusoikeusuudistusta. Niinpä HM 8 §:ssä ja PerL 10 §:ssä vahvistettu yksityiselämän suoja ei esiinny päätöksen perusteluissa. KHO mielestäni tarkasteleekin asiaa ottamatta huomioon sitä, että jo sen seikan ilmikäyminen, minkä sairaalan millä poliklinikalla potilas on käynyt, paljastaa merkittävässä määrin potilaan sairautta koskevia tietoja[881]. KHO ei ratkaisussaan myöskään millään tavoin velvoita kaupunginhallitusta minimoimaan puuttumista henkilön yksityisyyteen taikka huolellisuuteen ao. arkaluonteisten tietojen käsittelyssä. Tapaukseen liittyvässä tietosuojavaltuutetun kannanotossa korostetaan luottamuksen suojan säilymisen keskeistä merkitystä koko terveydenhuoltojärjestelmän toiminnan kannalta[882]. Valitettavasti tätä argumenttia ja HM 8 §:n yksityiselämän suojaa, ei ratkaisussa ole pidetty ensisijaisena, vaan KHO on käyttänyt alunperin kansalaisen tiedonsaannin turvaamiseksi tarkoitettua asianosaisjulkisuutta[883] kansalaisen yksityisyyden suojan murtamisen perusteena. Julkisyhteisön asianosaisasemaan liittyvään ongelmiin palataan jäljempänä.

8.3.3. Hoidon sisältöä koskevat tiedot

Kuten edellä on jo käynyt ilmi, diagnoosi on hoidon kulmakivi ja myös hoitoohje jatkohoidosta vastaaville. Useimmissa kehittyneissä terveyden- ja sairaanhoitojärjestelmissä on luotu systeemi, jossa ensivaiheen hoidosta vastaava (esim. terveydenhoitaja taikka perusterveydenhuollon lääkäri) lähettää monimutkaisempia tutkimuksia varten taikka erityisasiantuntemuksen hankkimiseksi potilaan toiselle hoitotasolle (esim. terveydenhoitaja terveyskeskuslääkärille taikka yleislääkäri erikoislääkärille) taudin diagnostisointia ja mahdollista hoitoa varten. Diagnoosin ja jatkohoidon selvittyä potilas palaa takaisin perusterveyden-

---

[880] Tietosuojavaltuutetun lausuntoja 1991, s. 21–23: Tietosuojavaltuutetun käsityksen mukaan henkilörekisterin pitäminen sairaalassa hoidossa olleista potilaista ei täytä HenkRekL 4 §:n mukaista rekisterinpidon asianmukaisuusvaatimusta ja että HenkRekL 7 §:ssä säädetyt poikkeukset eivät ole sovellettavissa kuntiin.

[881] Esim. toistuvat käynnit syöpätautien poliklinikalla ovat mitä ilmeisin merkki siitä, että ao. henkilö sairastaa syöpää.

[882] Ks. myös Amberla et al. 1996, s. 4–8.

[883] HE 89/1981 vp., s. 1–2.

huollon yksikköön tarvittavat hoito-ohjeet mukanaan. PotL 13 § mahdollistaa[884], että tällaisissa tapauksissa myös potilasasiakirjat siirtyvät yksiköstä toiseen. Koska hoito on pääsääntöisesti vapaaehtoista ja sen on tapahduttava yhteisymmärryksessä potilaan kanssa (PotilasL 6 §), on potilaalla mahdollisuus hoitopaikan valinnalla vaikuttaa myös potilasasiakirjojen siirtoon:

> TSV DNo 264/45/88[885]: *Synnytyssairaala ei voi siirtää potilasta koskevia tietoja äitiysneuvolaan vastoin potilaan tahtoa. Luvatta siirretyt tiedot voidaan pyytää poistettavaksi äitiysneuvolan rekisteristä.*
>
> Kaupungin synnytyssairaala tiedusteli tietosuojavaltuutetulta sairaalan oikeutta luovuttaa synnytykseen liittyviä tietoja äitiysneuvolaan. Tietosuojavaltuutettu totesi, saatuaan asiassa lääkintöhallituksen lausunnon, että potilastietojen luovuttaminen toiselle terveydenhuollon yksikölle tai jatkohoidosta vastaavalle lääkärille edellyttää potilaan suostumusta, ellei toisin ole muussa laissa säädetty.
>
> Saman terveyskeskuksen eri toimipisteiden välisestä tiedonkulusta on säädetty KansantervL 18 §:ssä, jonka mukaan tietoja voidaan lähtökohtaisesti siirtää terveyskeskuksen sisäisessä toiminnassa pyynnöstä toiselle saman terveyskeskuksen toimipisteelle ilman asianomaisen suostumusta silloin, kun potilas on tullut sinne hoidettavaksi. Toisaalta salassapitosäännöksistä johtuu, ettei potilasta koskevia tietoja saa antaa terveyskeskuksen sisälläkään eikä siis myöskään saman terveyskeskuksen toiselle toimipisteelle muiden kuin niiden terveydenhuollon tehtävissä toimivien tietoon, jotka työtehtävissään, lähinnä potilaan hoidossa, välttämättä tarvitsevat tietoja. Henkilörekisterilainsäädännön huolellisuusvelvollisuutta ja henkilötietojen suojaamisvelvoitetta koskevat säännökset korostavat tätä edellytystä.
>
> Kun äitiysneuvolan käyttö synnytyksen jälkeen lienee vapaaehtoista, tietosuojavaltuutettu katsoi, ettei potilasta koskevia tietoja voida siirtää vastoin hänen nimenomaista kieltoaan äitiysneuvolaan. Kannanotossa todettiin, että potilaalla on oikeus vaatia luovutettujen tietojen poistamista äitiysneuvolan potilaskortista, jos tietoja on siirretty vastoin asianomaisen kieltoa äitiysneuvolaan.

Useimmat potilaat kuitenkin luovuttavat itseään koskevia tietoja hoitohenkilökunnalle nimenomaan siinä tarkoituksessa, että niitä käytettäisiin taudinmäärityksessä ja hoidon suunnittelussa[886]. Potilaat pitävät myös näiden tietojen kokoamista henkilörekisteriin hoitolaitoksessa luonnollisena. Hoitoa varten suunnitellut rekisterit ovatkin se tyyppi sairaanhoidon henkilörekistereistä, jonka olemassaolo laajimmin mielletään asiakastasolla.

---

[884] Ko. periaate oli selvästi esitetty myös sittemmin kumotussa kansanterveyslain (L 66/1972) 18 §:ssä.

[885] TSV:n toimintakertomus 1.1.1989–31.12.1990, s. 41.

[886] Esim. PotL 13 § 2 mom. Asianmukaista kuitenkin on, että potilasta informoidaan jatkohoitopaikan saamista potilastiedoista ja että potilaalta pyydetään lupa potilasasiakirjojen siirtoon.

On suhteellisen vaikea ajatella, että hoidon sisältöä koskevia rekistereitä, jotka siis tunnistetietojen ja diagnoositietojen lisäksi sisältäisivät yksilöidyn kuvauksen potilaan saamasta hoidosta yms., tarvittaisiin muualla kuin potilaan tosiasiallisessa hoidossa.

8.4. REKISTERITYYPIT

Henkilön terveydentilaa tai sairautta koskevia tietoja sisältävät rekisterit voidaan edellisen perusteella luokitella viiteen pääkategoriaan:

(1) Rekisterit, jotka kootaan tilastointia, tutkimusta ja hallinnon sisäistä suunnittelua varten
(esim. hoitopalvelujen käyttö, sairaustilastot, riskitekijöiden kartoitus).

(2) Rekisterit, jotka ovat tarpeen hoidon rahoittamiseen, rahankäytön valvontaan ja toimintojen ohjaukseen
(esim. kuntalaskutus, valtionavut).

(3) Rekisterit, jotka ovat tarpeen potilaan tarvitsemien erilaisten sosiaalisten etuuksien hallinnointia varten
(esim. sairausvakuutuksen taikka työeläkelaitosten rekisterit).

(4) Rekisterit, joiden tarkoituksena on valvoa tai arvioida yksilöä
   a) terveydenhuollon alalla esim. rekisterit pääasiassa keskushermostoon vaikuttavien lääkkeiden (huumausaineiden) väärinkäyttäjistä, tartuntatautirekisteri[887]
   b) terveydenhuollon ulkopuolella esim. poliisihallinnon ja puolustusvoimien rekisterit, silloin kun ne sisältävät kansalaisten terveydentilaa koskevia tietoja (ajokorttirekisteri, puolustusvoimien ”kantakortit” ja lääkärintarkastuskortit).

(5) Hoitoa varten suunnitellut rekisterit
(hoitolaitosten – sanan laajassa merkityksessä – potilasrekisterit).

---

[887] Nuori Lääkäri 1996a, s. 47–48: TEO:n ratkaisu koskien narkomaanien ylläpitohoitoa lääkärin yksityisvastaanotolla.

TEO:n asiantuntijalääkäri katsoi, ettei mainittu ylläpitohoito yksityisvastaanotoilla ole perusteltua mm., koska *viranomaisten tulisi järjestää vaikeasti opiaattiriippuvaisten valvontarekisteri*. Rekisterin tietoja tulisi antaa ainakin niille tahoille, jotka vastaavat opiaattiriippuvaisten potilaiden hoidosta. TEO voisi toimia palvelun toteuttajana. Tällaisen käytännön malleja löytyy mm. Britanniasta ja Norjasta.

9. Terveydenhuollon salassapitosäännökset

9.1. RIKOSLAKI JA OIKEUDENKÄYMISKAARI

Edellä tarkasteltiin terveydentilatietojen rekisteröintiin oikeuttavia säännöksi ja niiden suhdetta henkilötietolain 10 §:n edellyttämään arkaluonteisten tietojen käsittelykieltoon. Käsittelykieltoa täydentää yleensä arkaluonteisten tietojen käsittelyyn oikeutettujen henkilötahojen salassapitovelvollisuus. Tämä salassapitovelvollisuus pyrkii minimoimaan sitä yksityiselämään puutumisesta aiheutunutta perusoikeuden loukkausta, jonka arkaluonteisten tietojen keruu mahdollistaa.

Lääkärin salassapitovelvollisuutta on suomalaisessa oikeuskirjallisuudessa alunperin tarkasteltu rikoslain ja oikeudenkäymiskaaren säännösten perusteella[888]. Nämä säännökset – vaikkakaan ne eivät ole pystyneet vastaamaan niihin vaatimuksiin, joita moderni yhteiskunta asettaa kansalaisten intimiteetin suojaamiselle – ovat olleet pohjana terveydenhuollon salassapidon paradigmalle[889]. Säännökset olivat perustana pitkään sille, etteivät edes asianosaistahot saaneet tietoja sairauskertomuksesta. V:n 1889 RL:n 38:3 on nyttemmin korvattu kokonaan uudella RL 38. luvulla (L 578/1995). Asiallisesti kuitenkin lääkärin ja hänen ammattiapulaisensa ilmaisuoikeutta taikka ilmaisuvelvollisuutta ei ole laajennettu aikaisemmasta[890], vaikkakin se, ettei lääkäriä ja hänen ammattiapulaistaan enää nimenomaisesti mainita rikoslaissa salassapitovelvollisina, voi ajan mittaan heikentää mielikuvaa lääkärin salassapitovelvollisuuden vahvuudesta.

OK 17:23:n 1 momentin mukaan lääkäri, apteekkari, kätilö tai heidän apulaisensa eivät saa todistaa siitä, mitä he asemansa perusteella ovat saanet tietää ja mitä asian laadun vuoksi on salassa pidettävä, ellei se, jonka hyväksi vaitiolovelvollisuus on säädetty[891], todistamiseen suostu. Tuomioistuin voi kuitenkin velvoittaa tällaisen henkilön todistamaan asiassa, missä virallinen syyttäjä ajaa syy-

---

888 Ks. esim. Palmgren 1981, s. 234–246.
889 Raekallio et al. 1981, s. 44–51.
890 Ks. HE 94/1993 vp., s. 141–143.
891 Todistamiskielto on voimassa myös potilaan kuoleman jälkeen. Ks. KKO 1984 II 60: Todistajiksi nimettyjen sairaanhoitajien OK 17 luvun 23 §:n 1 momentin 3 kohdan mukainen velvollisuus olla todistamatta siitä, mitä he potilasta hoitaneiden lääkärien apulaisina olivat saaneet tietää, oli potilaan eläessä ollut voimassa hänen edukseen niin, että sairaanhoitajat olivat saaneet todistaa noista seikoista vain potilaan suostumuksella. Potilaan kuoleman jälkeen tämä suostumus ei enää ollut saatavissa ja sairaanhoitajat eivät siten enää, täyttäessään muuten todistamisvelvollisuutensa, saaneet todistaa mistään sellaisesta, mitä asian laadun vuoksi oli pidettävä salassa myös potilaan kuoltua, jotta potilaiden turvaksi säädetyn salassapitovelvollisuuden tarkoitus voitiin saavuttaa.

tettä rikoksesta, josta saattaa seurata vähintään kuusi vuotta vankeutta[892].

On huomattava – ja mielestäni asialla on merkitystä terveydenhuollon henkilörekisterien kannalta – että rangaistusta salassapidon rikkomisesta ja todistamiskieltoa ei ole rajoitettu vain henkilön terveydentilaa taikka sairautta koskevan tiedon ilmaisuun[893]. Lääkärin tms. ilmaisuoikeutta on rajoitettu kaikkien niiden tietojen suhteen, joita potilas voi pitää salaisuutenaan ja jotka henkilö on saanut tietoonsa potilaan terveydentilaa tutkiessaan taikka sairautta hoitaessaan[894]. Ainoa seikka, joka voi tiedon ilmaisuun oikeuttaa, on asianosaisen *suostumus* taikka tuomioistuimen määräys törkeää rikosasiaa käsiteltäessä.

9.2. JULKISUUSLAKI

Kaikkea julkista hallintoa koskee JulkL 22 §:n säädös asiakirjasalaisuudesta[895]. JulkL 24 §:n nojalla on salassa pidettävä mm. asiakirjat, jotka sisältävät tietoa henkilön terveydentilasta tai vammaisuudesta taikka hänen saamistaan terveydenhuollon ja kuntoutuksen palveluista. Salassa pidettävästä asiakirjasta voidaan antaa tietoja vain, mikäli oikeudesta tiedon saamiseen on laissa erikseen nimenomaisesti määrätty taikka jos se, jonka hyväksi salassapitovelvollisuus on säädetty antaa siihen suostumuksensa (JulkL 26 §). Terveydenhuollon asiakassuhteesta – muttei henkilön terveydentilasta – voidaan lisäksi antaa tieto laissa säädetyn tiedonantovelvollisuuden toteuttamiseksi[896] taikka tiedot antavan viranomaisen hoidettavaksi kuuluvan viranomaisen hoidettavaksi kuuluvan korvauksen toteuttamiseksi[897].

Vaikka vaitiolovelvollisuuden ja asiakirjasalaisuuden välinen suhde on ollut jossain määrin epäselvä, on asiakirjasalaisuus ilmeisen turha, jos siihen ei liity vaitiolovelvollisuutta. Julkisuuslain tarkoittama salassapitovelvollisuus pitääkin sisällään sekä asiakirjasalaisuuden että vaitiolovelvollisuuden[898]. Asiakirjasalaisuuden sitomat henkilöt – olivat he sitten virkamiehiä tai muutoin asiakirjoihin käsiksi pääseviä – eivät saa muullakaan tavoin ilmaista sivullisille asiakirjassa olevia tietoja[899]. Tämä periaate tulee esiin myös HetiL:n 33 §:n säännöksestä,

---

[892] Tuomioistuin voi myös arvioida, kuuluuko jokin seikka salassapitovelvollisuuden piiriin vai ei. Ks. KKO 1993:61, 14.5.1993 T 1768.
[893] Jauhiainen 1985, s. 9.
[894] Lohiniva 2001, s. 79–89.
[895] Mäenpää 2000, s. 331–335.
[896] Esim. sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisista keskusrekistereistä annetun lain mukainen tiedonantovelvollisuus.
[897] Esim. Kansaneläkelaitoksen maksaessa korvauksia työterveyshuollon palveluhankinnoista työnantajalle.
[898] Wallin ja Konstari 2000, s. 122–126.
[899] Tuori 2000b, s. 546.

jonka mukaan henkilö, joka henkilötietojen käsittelyyn liittyviä toimenpiteitä suorittaessaan on saanut tietää jotakin toisen henkilön ominaisuuksista, henkilökohtaisista oloista tai taloudellisesta asemasta ei saa sivulliselle ilmaista näin saamiaan tietoja.

9.3. POTILAAN OIKEUKSIA KOSKEVAT SÄÄNNÖKSET

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (L 785/1992) 13 § määrää potilasasiakirjoihin sisältyvät tiedot salassa pidettäviksi. Tietoja ei saa antaa sivulliselle kuin potilaan *kirjallisen suostumuksen* perusteella. Hallituksen esityksessä mainituksi laiksi todetaan[900], että aiempi lainsäädäntö on ollut epäyhtenäinen ja yhtenäistä terveydenhuollon lainsäädäntöön sisältyvää potilasasiakirjojen salassapitosäännöstä ei ole olemassa. Niinpä PotL:n salassapitosäännös on tarkoitettu kattamaan koko terveydenhuoltosektorin (sekä julkisen että yksityisen terveydenhuollon) ja säännös on voimaantullessaan kumonnut mm. kansanterveyslain[901] ja yksityisestä terveydenhuollosta annetun lain[902] vastaavat säännökset.

On kuitenkin huomattava, että toisin kuin potilaslakia edeltäneessä lainsäädännössä, PotL 13 § 2 mom antaa varsin laajat oikeudet luovuttaa tietoja eteenpäin[903]. Potilasasiakirjoihin sisältyviä tietoja voidaan näet antaa tuomioistuimelle taikka muulle viranomaiselle, jolla on tiedonsaantiin laissa säädetty oikeus[904], toiselle hoitoyksikölle tai terveydenhuollon ammattihenkilölle, joka tarvitsee tietoja tutkimuksen tai hoidon järjestämiseksi[905], potilaan suullisen suostumuksen

---

900 HE 185/1991 vp., s. 20–21.

901 KansantervL 18 §.

902 Laki yksityisestä terveydenhuollosta (152/1990) 11 § 2 mom.

903 Lausunnossaan (TSV DNo 270/03/90, s. 1–2) luonnoksesta PotL:ksi tietosuojavaltuutettu toteaa mm: ”Esitysluonnos sisältää säännöksiä potilastietojen keräämisestä, tallentamisesta ja luovuttamisesta. Ehdotetut säännökset syrjäyttäisivät ainakin osittain henkilörekisterilain yksilön oikeuksia koskevat säännökset. Esitysluonnosta laadittaessa ei ilmeisestikään ole riittävästi tutustuttu henkilörekisterilainsäädäntöön ja tietosuojaa koskeviin kansainvälisiin sopimuksiin ja suosituksiin. Säännösehdotukset merkitsisivät tietosuojavaltuutetun käsityksen mukaan potilaan tietosuojaan liittyvien oikeuksien heikkenemistä siten, kuin jäljempänä tarkemmin ilmenee. Ehdotetun lainsäädännön suhde muuhun lainsäädäntöön jäisi epäselväksi, mikä olisi omiaan aiheuttamaan sekaannuksia säännösten tulkinnassa sekä siten johtaisi seurauksiin, jotka ovat vastoin uudistukselle luonnoksessa asetettuja tavoitteita.”

Tietosuojavaltuutetun kannanotolla ei ollut vaikutusta potilaslain säädöstekstiin. Vrt. kuitenkin STM 2001:3, s. 10–12.

904 Tämän tyyppinen säännösrakenne saattaa antaa viranomaiselle, jonka tehtäväksi on laissa määrätty terveydenhuollon yleistasoinen valvonta, oikeuden saada tietoja yksittäisenkin potilaan hoidosta. Ks. jäljempänä luku 11.

905 Kun ”terveydenhuollon ammattihenkilöiden” nimikelista on kasvanut, on säännöksen sanamuodon mukaisen tulkinnan perusteella mahdollista, että esim. potilaan niskasärkyä hoitava hieroja pyytää tietoja potilaan neurologisesta taikka psykiatrisesta sairauskertomuksesta.

tai *asiayhteydestä muutoin ilmenevän* suostumuksen mukaisesti[906]. Tietojen luovuttamisesta ja sen perusteesta tulee tehdä erillinen merkintä potilasasiakirjoihin. Lisäksi tietoja voidaan antaa ilmaisukyvyttömän potilaan lähiomaiselle taikka muulle läheiselle, *jollei ole syytä olettaa*, että potilas kieltäisi näin menettelemästä[907]. PotL 13 §:n poikkeukset laajentavat itse asiassa huomattavasti hoitohenkilökunnan oikeuksia antaa tietoja sivulliselle, siitä huolimatta, että lain perusteluissa edellytetään[908], että tietoja potilaan jatkohoitoon luovuttava henkilö, varmistuttuaan potilaan suostumuksen olemassaolosta ja kerrottuaan jatkohoidossa tarvittavien tietojen merkityksestä jatkohoidolle, kirjaa potilaan suostumuksen potilasasiakirjaan. *Yhdistettynä RL 38:3 muutoksiin, säännökset ovat merkinneet selkeää sairaanhoidon salassapitovelvoitteen lieventymistä*[909].

PotL 13 § määrittää myös sivullisen käsitteen: sivulliseksi katsotaan muussa kuin asianomaisessa hoitoyksikössä potilaan hoitoon tai siihen liittyviin tehtäviin osallistuvat henkilöt. Myös potilaan omaiset ovat sivullisia, jos potilas ei anna lupaa tietojen antamiseen. Sivullisia ovat niin ikään samassa hoitoyksikössä työskentelevät terveydenhuollon ammattihenkilöt, jotka eivät osallistu potilaan hoitoon[910].

---

[906] Lisäksi yhteenveto annetusta hoidosta (ns. *hoitopalaute*) voidaan toimittaa potilaan hoitoon lähettäneelle terveydenhuollon toimintayksilölle tai terveydenhuollon ammattihenkilölle ja potilaan hoidosta vastaavaksi lääkäriksi mahdollisesti nimetylle lääkärille. HE 181/1999 vp (yksityiskohtaiset perustelut 13 §).

[907] Tietoja voidaan siis antaa, jos ei ole ilmeistä syytä olettaa, että niin ei voitaisi tehdä. Ennen PotL:n säätämistä tilanne oli juuri päinvastainen: tietoja ei annettu, jos ei ollut nimenomaan selvää, että niitä voidaan antaa.

[908] HE 185/1991 vp., s. 21.

[909] HE 94/1993 vp. (luku 1.12.1.4.): Toiseen suuntaan vaikuttava (so. rikosoikeudellista vastuuta lieventävä) olennainen muutos on se, että rikoslain 38. luvun säännösten mukaan rangaistavaa olisi ainoastaan tahallinen salassapitovelvollisuuden rikkominen. Useimmat rikoslain ulkopuoliset salassapitovelvollisuuden rikkomista koskevat rangaistussäännökset ovat olleet siten muotoiltuja, ettei niissä ole erotettu tahallisuudesta tai huolimattomuudesta tapahtuvaa tekoa toisistaan. Kun tällaiseen salassapitovelvollisuuden rikkomiseen olisi vastaisuudessa aina sovellettava rikoslain salassapitorikoksia koskevia säännöksiä, tuottamuksellinen salassapitovelvollisuuden rikkominen voisi tulla rangaistavaksi vain virkamiehen tai julkisyhteisön työntekijän tekemänä rikoslain 40. luvun 5 §:n nojalla.

[910] Vaikka säännöksen tarkoitus on selvä, on säännöksen muotoilu jälleen altis kritiikille. Päätös potilaan hoidettavaksi ottamisesta tehdään näet usein asiakirjojen perusteella. Vasta tutustuttuaan potilaan asiakirjoihin (esim. tutkimuslähetteeseen) lääkäri päättää, kannattaako/voidaanko potilas ottaa hoidettavaksi. Kuitenkin säännöksen sanamuodonmukaisen tulkinnan mukaan voitaisiin ylilääkäriä, joka toisessa terveydenhuollon toimintayksikössä päättää, että potilasta *ei* oteta kyseisen sairaalan potilaaksi pitää sivullisena.

9.4. TERVEYDENHUOLTOHENKILÖSTÖÄ KOSKEVAT SÄÄNNÖKSET

Terveydenhoitohenkilöstöä koskevaa lainsäädäntöä uudistettiin v. 1994, jolloin lailla terveydenhuollon ammattihenkilöistä (L 559/1994) korvattiin aiemmat erillisiä ammattiryhmiä koskeneet lait[911]. Mainitulla lailla on luotu erityinen terveydenhuollon ammattihenkilön käsite[912].

Lain 17 §:n salassapitosäännöksen mukaan terveydenhuollon ammattihenkilö ei saa sivulliselle luvatta ilmaista yksityisen tai perheen salaisuutta, josta hän asemansa tai tehtävänsä perusteella on saanut tiedon. Salassapitovelvollisuus säilyy ammatinharjoittamisen päättymisen jälkeen. Mainittu salassapitosäännös vastaa aiemmin voimassa olleita erillislakien salassapitosäännöksiä[913]. Salassapitovelvoite koskee myös sellaista yksityisen tai perheen salaisuutta, jota ei merkitä potilasasiakirjoihin[914].

Kuten PotL:iin myös lakiin terveydenhuollon ammattihenkilöistä on otettu varsin laaja poikkeussäännös salassapitovelvollisuudesta. Lain 19 §:n mukaan terveydenhuollon ammattihenkilö on velvollinen salassapitosäännösten estämättä antamaan terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen tai lääninhallituksen pyytämät, mainittujen viranomaisten valvontatehtävien vaatimat ilmoitukset, selitykset ja selvitykset. Valvontaviranomainen ei taas tarvitse potilaan suostumusta ao. tietojen saamiseen, vaan voi itse määritellä, mitä tietoja se kulloinkin tarvitsee[915]. Valvontaviranomainen voi epäillä terveydenhuollon ammattihenkilöä laiminlyönnistä ja rikkoa potilaan yksityisyyden suojaa, vaikka potilas itse olisi täysin tyytyväinen saamaansa hoitoon[916]. Diskrepanssi esim. OK 17:23 1 mom:n mu-

---

[911] HE 33/1994 vp., s. 5: Terveydenhuollon ammatinharjoittajia koskevat säännökset sisältyivät aiemmin lääkärintoimen harjoittamisesta annettuun lakiin (L 562/1978), hammaslääkärintoimen harjoittamisesta annettuun lakiin (L 563/1978), proviisorintoimen harjoittamisesta annettuun lakiin (L 1275/1987), optikon toimen harjoittamisesta annettuun lakiin (L 492/1960), hammasteknikon toimen harjoittamisesta annettuun lakiin (L 220/1964), sairaanhoitotoimen harjoittamisesta annettuun lakiin (L 554/1962) sekä hierojan toimen harjoittamisesta annettuun lakiin (L 1231/1945).

[912] L terveydenhuollon ammattihenkilöistä 2 §: Terveydenhuollon ammattihenkilöllä tarkoitetaan:

1) henkilöä, joka tämän lain nojalla on saanut ammatinharjoittamisoikeuden (laillistettu ammattihenkilö) tai ammatinharjoittamisluvan (luvan saanut ammattihenkilö);

sekä

2) henkilöä, jolla tämän lain nojalla on oikeus käyttää asetuksella säädettyä terveydenhuollon ammattihenkilön ammattinimikettä (nimikesuojattu ammattihenkilö).

[913] Esim. L lääkärintoimen harjoittamisesta 10 §:ssä viitattiin RL 38:3:een.

[914] HE 33/1994 vp., s. 34.

[915] Lausunnossaan terveydenhuollon ammatinharjoittamistoimikunnan mietinnöstä (TSV:n lausunto DNo 296/03/92, s. 3) tietosuojavaltuutettu toteaakin mm: Kun valvontatehtävät edellyttävät salassa pidettäväksi säädettyjen tietojen saamista esimerkiksi potilasasiakirjoista, tulisi valvontaviranomaisten tehtävistä yksilöidymmin säännellä jo lain tasolla.

[916] Ks. TSV DNo 381/41/92.

kaiseen todistamiskieltoon rikosasian käsittelyn yhteydessä on melkoinen, vaikka yleisissä tuomioistuimissa käsiteltävät rikosasiat lienevät moitittavuusasteeltaan vakavampia kuin terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen ja lääninhallitusten suorittaman terveydenhuollon valvonnan yhteydessä käsittelemät asiat[917].

9.5. JULKISTA TERVEYDENHUOLTOA KOSKEVAT SÄÄNNÖKSET

9.5.1 Terveydenhuollon organisaatiot

Julkisuuslain salassapitosäännökset koskevat kuntien järjestämää perusterveydenhuoltoa ja erikoissairaanhoitoa. Julkisuuslakiin liittyneellä lailla eräiden salassapitosäännösten kumoamisesta kumottiin kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain erilliset salassapitosäännökset[918]. JulkL:n mukaisen salassapitovelvoitteen rikkomisesta rangaistaan RL 40. luvun 5 ja 6 §:n mukaisesti.

Hoitoyksiköiden ja niiden hallintoon osallistuvien kunnallisten viranomaisten lisäksi lääninhallitukset ja ministeriö saattavat joutua ratkaisemaan valituksia taikka kanteluita koskien kunnallisten viranomaisten tai laitosten tekemiä päätöksiä yksittäisen potilaan sairaanhoitopalveluista[919]. Keskushallinnon viranomaiset keräävät lisäksi tilastotietoja suunnittelu- ja valvontatehtäviä varten.

Tietosuojavaltuutettu on kritisoinut voimakkaasti sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnonalan kehitystä. Esim. lausunnossaan hallituksen esityksestä sosiaali- ja terveysalan keskushallinnon uudelleenjärjestämistä sekä terveydenhuollon

---

[917] TSV:n lausunto DNo 296/03/92, s. 5: Ehdotetun säännöksen mukaan terveydenhuollon ammattihenkilöillä olisi velvollisuus antaa valvontaviranomaisille ilmoituksia, selvityksiä ja selityksiä. Esitetty säännös ei vastaa HenkRekL:n eikä Euroopan Neuvoston tietosuojasopimuksen vaatimuksia. Sen perusteella ei voida luovuttaa salassa pidettäviä terveydentilatietoja eikä ylipäätään henkilötietoja, jos näistä on tarkoitettu olevan kysymys. Täysin avoimeksi jäisi, minkälaisissa tilanteissa velvollisuus selvitysten ja ilmoitusten antamiseen olisi olemassa ja mitä nämä selvitykset ko. tilanteessa perustellusti voisivat olla. Avoimeksi jää, mitä tietoja, millä perusteilla, keneltä ja mihin tarkoitukseen tietoja hankittaisiin. Tietojen saantioikeus ja perusteltu tarve on syytä kartoittaa ja arvioida erikseen.

Tietosuojavaltuutetun kannanotolla ei ollut vaikutusta säädöksen lopulliseen sanamuotoon.

[918] Kansanterveyslain kumotun 42 §:n mukaan kunnan luottamushenkilöt ja terveyslautakunnan palveluksessa olevat sekä muut terveyskeskuksen tehtäviä suorittavat tai terveyskeskuksessa työskentelevät henkilöt eivät saaneet luvatta ilmaista yksityistä tai perheen salaisuutta, josta he asemansa tahi tehtävänsä perusteella ovat saaneet tietää. Salassapitovelvoitteen kohde (”yksityisen tai perheen salaisuus”) vastasi muodoltaan ja sisällöltään terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain sanamuotoa. Salassapitovelvoite ulottuikin samansisältöisenä paitsi terveydenhuollon ammattihenkilöihin, myös kaikkiin kunnan terveydenhuollon viranhaltijoihin, joilla on mahdollisuus saada tietoja henkilön terveydentilasta. Vastaava säännös sisältyi myös erikoissairaanhoitolain 57 §:ään.

[919] Ks. esim. Nuori Lääkäri 1996b, s. 51–52 ja siinä esitetty TEO:n ratkaisu.

oikeusturvakeskuksen perustamista koskevaksi lainsäädännöksi tietosuojavaltuutettu toteaa seuraavaa[920]:

> ”Esitys edustaakin siten varsin jähmettynyttä ja vanhaan tekniikkaan ankkuroitunutta tietojenhuoltokäsitystä, jossa yksilö on voimakkaasti alistetussa asemassa ja jossa keskeisellä sijalla ovat henkilötasoiset keskitetyt valtakunnalliset henkilörekisterit, joiden avulla sairaita, lastensuojelun osapuolia, toimeentulotuen saajia ja muita terveyden- ja sosiaalihuollon palvelujen käyttäjiä pyritään seuraamaan lähes reaaliajassa. Valtakunnallinen suunnittelu-, seuranta- ja tutkimustyö ei voi vaatia sitä, että kansalaisia koskevia arkaluonteisia tietoja edellytetään luovutettavaksi henkilötasoisina yhä enemmän etenkin, kun tietotekniikka mahdollistaa tarpeellisten tietojen hankkimisen joko tarpeellisina tilastotietoina tai otantoina taikka anonyymisoituina tiedostoina.”

Laki terveydenhuollon valtakunnallisista henkilörekistereistä (L 556/1989) edellyttää, että henkilörekistereihin tallennetut tiedot on pidettävä salassa. Tietoja voidaan luovuttaa ainoastaan erityisluvalla terveydenhuollon toimintaa, tautien ennaltaehkäisyä tai hoitoa koskevaa taikka niihin liittyvää tieteellistä tutkimusta varten. Henkilörekisterien tietoja ei saa käyttää rekisteröityä koskevaan päätöksentekoon[921], lukuun ottamatta terveydenhuoltohenkilöstön huumausainekäytön valvontaa. Tämä säännös on selkeä ilmaus *käyttötarkoitussidonnaisuusperiaatteen* soveltumisesta myös näihin keskushallinnon rekistereihin[922].

Puolustusvoimien terveydenhuollosta on annettu erillinen laki (L 371/1987), joka ei sisällä erityissäännöksiä potilastietojen salassapidosta. Nämä määräykset on otettu asevelvollisuuslakiin (L 452/1950), jonka uudistetun 42e §:n (L 1728/1992) mukaan asevelvollisuusrekisteriin merkittyä henkilön terveydentilaa koskevaa tietoa ei saa ilmoittaa sivulliselle. Tietoja on kuitenkin lupa luovuttaa paitsi asevelvolliselle itselleen, myös puolustusministeriölle ja sotilasviranomaisille asevelvollisuuden toimeenpanoa varten, työministeriölle siviilipalveluksen toimeenpanoa varten sekä muulle viranomaiselle lain nojalla. Asevelvollisuuslain 42e §:n 3 mom toteaa nimenomaisesti, että [AsiakJulkL 18a § ja 20 § 2 mom:n] tietojen luovuttamisen rajoituksia ei sovelleta asevelvollisuusrekisterin tietoihin. Näin ollen miespuolisia suomalaisia koskevat terveystiedot ovat lähes kaikkien puolustushallinnon viranomaisten saatavissa.

9.5.2. Terveysvalvonta

Terveydensuojelulaki (L 763/1994) koskee paitsi kunnan, myös valtion valvontaviranomaisia (ministeriö, lääninhallitukset). Laissa ei ole suoraan terveyden-

---

920 TSV DNo 393/03/92, s. 3.
921 L terveydenhuollon valtakunnallisista henkilörekistereistä 5 §.
922 TSV:n lausunto hallituksen esitykseen laiksi terveydenhuollon valtakunnallisista henkilörekistereistä TSV DNo 3935/01/87, s. 5.

hoitolaitoksia koskevia säännöksiä, mutta laki määrittää pitkälti viranomaisten oikeuden tehdä tarkastuksia ja ryhtyä turvaamistoimenpiteisiin[923]. Lain 59 §:n mukaan on terveydensuojelulain täytäntöönpanoon osallistuva velvollinen pitämään salassa mm. yksityisen henkilökohtaisia oloja koskevat asiat, joista hän on lain noudattamista valvoessaan taikka tutkimustehtävää suorittaessaan saanut tietää, jollei asianomainen ole antanut suostumustaan tiedon ilmaisemiseen. Säännös ei kuitenkaan estä tietojen antamista muulle viranomaiselle, joka tarvitsee tietoja terveydensuojelun alaan kuuluvan viranomaistehtävän suorittamiseksi, eikä tietojen antamista syyttäjä- ja poliisiviranomaisille rikoksen selvittämiseksi.

Terveydensuojelulaki koskee harvoin suoraan potilasta taikka muuta terveydenhuollon asiakasta, ellei henkilön sairastumiseen liity esim. elitarvikehygieniaan liittyviä valvontavelvoitteita (esim. salmonella-valvonta)[924]. Eräät ammattiryhmät näet joutuvat hallinnollisten määräysten mukaan todentamaan terveydentilansa säännöllisin väliajoin (esim. julkisten laitosten keittiöhenkilökunnan tulee toimittaa mikrobiologisen laboratorion todistus siitä, ettei ao. henkilö ole salmonellan kantaja)[925].

Huomattavasti merkittävämpää yksityisyyteen puuttumista liittyy tarttuvaan tautiin sairastuneen potilaan henkilötietojen rekisteröintiin. Tartuntatautilaki (L 583/1986) jakaa tartuntataudit kolmeen ryhmään: yleisvaarallisiin, ilmoitettaviin ja muihin tartuntatauteihin, joista kahteen ensiksi mainittuun ryhmään kuuluvat on lueteltu Tartuntatautiasetuksessa (A 786/1986)[926]. Tartuntatautilain mukaiseen ilmoitusvelvollisuuteen palataan jäljempänä.

Tartuntatautilain 23 a §:n mukaan sairaanhoitopiirin vastaava lääkäri ylläpitää tartuntatauti-ilmoitusten perusteella alueellista ja Kansanterveyslaitos valtakunnallista tartuntatautirekisteriä. Rekisteriin voidaan määräaikaisesti tallettaa ilmoitetut henkilötiedot siten, kuin sosiaali- ja terveysministeriö tietosuojavaltuutettua kuultuaan tarkemmin määrää. Tällaiseen rekisteriin tallennetut tiedot on

---

[923] Ks. erityisesti lain 10 luku.

[924] Ks. terveydensuojelulaki 39 §.

[925] Vaara ja Jahkola 1993, s. 261–262.

[926] *Yleisvaarallisia tartuntatauteja* ovat: hemorragiset kuumeet (paitsi myyräkuume), hepatiitti A, keltakuume, kolera, kuppa, kurkkumätä, lavantauti, pikkulavantauti (ja muut salmonellojen aiheuttamat taudit), meningokokin aiheuttamat septiset taudit ja aivokalvontulehdukset, pernarutto, polio, rutto, shigellapunatauti ja tuberkuloosi. *Ilmoitettavia tartuntatauteja* ovat: ekinokokkoosi, enterohemorragisen *E. Colin* (EHEC) aiheuttama infektio, hepatiitti B, hepatiitti C, HIV-infektio, (sukupuoliteitse leviävät klamydiainfektiot), legionelloosi, malaria, muut mykobakteeritaudit kuin tuberkuloosi, rabies, sankkerit, septiset hemofilustaudit, sikotauti, tippuri, toisintokuume, tuhkarokko ja vihurirokko.

Muista salmonellataudeista kuin lavantaudista taikka pikkulavantaudista sekä sukupuoliteitse leviävistä klamydia-infektioista ei kuitenkaan enää tarvitse tehdä ilmoitusta Kansanterveyslaitokselle (Kansanterveyslaitos 1997).

Tartuntatautilain 23 a §:n 3 mom:n mukaan pidettävä salassa, mutta ”Kansanterveyslaitos voi kuitenkin antaa luvan tietojen luovuttamiseen valtakunnallisesta rekisteristä, jos luovutus tapahtuu terveydenhuollon toimintaa, tautien ennaltaehkäisyä tai hoitoa koskevaa taikka niihin liittyvää määrättyä tieteellistä tutkimusta varten ja luovutus täyttää [henkilörekisterilain] 19 § 1 mom 3 kohdan vaatimukset”[927]. Lisäksi Kansanterveyslaitos toimii monesti myös taudinmäärityksen tekevänä mikrobiologisena laboratoriona. Esimerkiksi laboratorion ilmoitus tartuntataudista välitetään juuri Kansanterveyslaitoksen kautta sairaanhoitopiiriin[928]. Tartuntatautirekisteri ei näin ollen ole täysin rinnastettavissa sosiaali- ja terveysministeriön pitämiin muihin terveydenhuollon valtakunnallisiin rekistereihin, joiden sisältämiä tilastotietoja ei ole lupa käyttää rekisteröityä koskevassa päätöksenteossa.

9.6. YKSITYISTÄ TERVEYDENHUOLTOA KOSKEVAT SÄÄNNÖKSET

9.6.1. Yksityiset terveyspalvelut

Yksityiset yritykset, henkilöt ja yhdistykset tuottavat monenlaisia terveyden- ja sairaanhoitopalveluja (esim. lääkäriasemat, laboratoriopalvelut, kuntoutuslaitokset yms.). Siitä riippumatta, toimivatko palveluja antavat henkilöt yksityisinä ammatinharjoittajina taikka työsuhteessa, heitä koskevat terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain salassapitosäännökset, joita on tarkasteltu edellä. Myös PotL:n salassapitosäännökset koskevat niin yksityisiä kuin julkisiakin terveydenhuoltopalveluja. Näiden lisäksi yksityistä terveydenhuoltoa koskee erityinen salassapitosäännös: Yksityisestä terveydenhuollosta annetun lain (L 152/1990) 12 §:n mukaan terveyden- tai sairaanhoitopalvelujen tuottajan palveluksessa olevat sekä muut sen tehtäviä suorittavat tai sen tiloissa työskentelevät eivät saa luvatta ilmaista, mitä he asemansa, tehtävänsä tai työnsä vuoksi ovat saaneet tietää toisen terveydentilasta, sairaudesta tai vammaisuudesta taikka hä-

---

927 Ts. edellytyksenä on, että luovutuksensaajalla on HetiL:n mukainen oikeus tallentaa luovutettavat henkilötiedot henkilörekisteriin. Henkilötietojen luovutus ja käyttö ei saa myöskään vaarantaa rekisteröidyn yksityisyyden suojaa tai hänen etujaan tai oikeuksiaan taikka valtion turvallisuutta. On huomattava, että henkilötunnuksen saa ao. tapauksessakin luovuttaa vain, jos luovutuksensaajalla on se jo käytettävissään (ao. pykälä siis hyväksyy sen, että rekisteröidään tietoja yhdistelemällä syntynyt uusi arkaluonteinen tieto) tai jos hänellä on oikeus saada se rekisteröidyltä itseltään tai väestörekisteristä taikka jos luovutus tapahtuu tieteellistä tutkimusta tai tilastointia tai luottotietotoimintaa varten.

928 STM 1997:34, s. 4–5.

neen kohdistuvista toimenpiteistä tai muista vastaavista seikoista.

On huomattava, että yksityisestä terveydenhuollosta annetun lain 12 § poikkeaa rakenteeltaan muista terveydenhuollon salassapitosäännöksistä. Vaikka PotL nimenomaisesti kumosi yksityisen terveydenhuollon potilasasiakirjoja koskevat salassapitosäännökset, se ei muuttanut yksityisiä terveydenhuoltopalveluja antavien henkilöiden vaitiolovelvollisuutta. Lain sanamuodon mukainen tulkinta rajoittaa vaitiolovelvollisuuden terveyteen tai sairauteen kohdistuviin tietoihin, kun se esim. julkista terveydenhuoltoa koskevissa säännöksissä ulottuu ”henkilön tai perheen salaisuuteen”. Toisaalta yksityistä terveydenhuoltoa koskevasta säännöksestä puuttuu valtuutus antaa tietoja tietojen saamiseen oikeutetulle viranomaiselle, vaan lain 12 §:n mukainen vaitiolovelvollisuus on paitsi laaja, myös ehdoton ja tietojen antaminen edellyttää potilaan lupaa[929]. Yksityisiä terveydenhuoltopalveluja tarjoava on velvollinen kuitenkin lain 16 §:n nojalla antamaan toimintaansa – muttei potilaitaan koskevia – tietoja valvontaviranomaiselle, joka on ao. tiedoista (myös siltä osin kuin ne koskevat jonkun henkilökohtaisia oloja) vaitiolovelvollinen[930]. Käytännössä kuitenkin valvontaviranomainen on ammattihenkilölain 19 §:n nojalla oikeutettu saamaan myös yksityisen ammatinharjoittajan potilaita koskevat tiedot siitä, riippumatta antaako potilas siihen luvan tai ei:

> TSV DNo 381/41/92: *Kysymys ns. hivenainehoitoa antaneiden lääkärien potilastietojen luovuttamista terveydenhuollon valvontaviranomaiselle ilman potilaan suostumusta*:
>
> Valvontaviranomaisella on oikeus (lääkärintoimen harjoittamisesta annetun lain nojalla) saada potilastiedot lääkärin salassapitovelvollisuuden estämättä ja ilman potilaan suostumusta. Tietoja pyydettäessä on kuitenkin huolehdittava siitä, ettei perusteettomasti loukata yksityisyyttä. Salassa pidettäviä tietoja ei saa pyytää enempää kuin ko. tilanteessa voidaan perustellusti pitää tarpeellisena.

Yksityisten terveyspalvelujen osalta potilastiedot ovat myös asiakastietoja, joita terveyspalveluja tarjoava yritys voi rekisteröidä ja käyttää markkinoinnissaan potilaaseen nähden. Tietosuojavaltuutettu ei kuitenkaan ole erikseen tarkastellut tällaisten ”arkaluontoisten asiakastietojen” salassapitoon liittyviä ongelmia[931], vaan tarkastellut näiden tietojen rekisteröinnin perustana olevaa asiakassuhdetta ja sen kautta syntyvää yhteyttä rekisterinpitäjän toiminnan ja potilaan välillä:

---

[929] Ks. HE 46/1989 vp, s. 19.
[930] L yksityisestä terveydenhuollosta 15 §.
[931] Ks. kuitenkin edellä s. 12–13 TSV DNo 155/41/90 ja TSV DNo 704/45/89 koskien kuntoutuspalveluja tarjoavien yhdistysten oikeutta jäsentietojensa käyttöön.

TSV DNo 296/41/89: *Optikon oikeus saada tietoja liikkeen optikkokortistosta*[932].

Optikkoliikkeellä ei ole välitöntä optikkolainsäädännöstä johtuvaa perustetta ylläpitää ensisijaisesti optikon velvollisuudeksi säädettyä optikkokortistoa. Optikon siirryttyä pois optikkoliikkeen palveluksesta, voi liike jatkaa voimassaolevan lainsäädännön mukaan optikkokortiston ylläpitämistä optikon toimeksiannosta. Optikon kiistäessä toimeksiantonsa ja optikkoliikkeen tavaravastuun päättyessä, ei optikkoliikkeellä ole enää asiallista perustetta ylläpitää kortistoa. Sen sijaan asiakassuhteen hoitamiseksi optikkoliike voi ylläpitää asiakasrekisteriä ja käyttää sitä määriteltyihin tarkoituksiin, myös suoramainontaan.

HenkRekL:n mukaan arvioidaan henkilötietojen keräämisen, tallentamisen, käytön ja luovuttamisen edellytyksiä. Sen sijaan tiettyjen henkilötietojen ylläpitämisestä koskevan riita-asian ratkaisemiseen HenkRekL:ssa ei löydy säännöksiä.

Tietosuojavaltuutettu kiinnittää I Oy:n huomiota siihen, että henkilötiedot on kerätty optikkokortistoon ensi sijassa optikkoasiakkaan suojaksi sekä jälkikäteistä tutkintaa että myös tulevaisuudessa tapahtuvia optikon toimenpiteiden varalle. *Asiakkaan kannalta voidaan pitää vähimmäisvaatimuksena sitä, että myös liikkeen palveluksesta poissiirtyneellä optikolla on toiminnassaan tarvittaessa mahdollisuus vaivattomasti saada tietoja hoitamiensa henkilöiden optikkokorteista*. Se, että rekisteritietoja joudutaan hankkimaan käyttäen hyväksi rekisteröidyn tarkastusoikeutta, ei ole hyvän rekisteritavan mukaista.

---

[932] Ks. myös TSV:n toimintakertomus 1.1.1989–31.12.1990, s. 18: Optikkoliikkeen uusi omistaja ei saanut käyttää hänelle siirtyneitä asiakastietoja omaan suoramarkkinointiinsa, koska kortiston tiedot katsottiin jääneen uudelle omistajalle toimeksiantotehtävää varten:

Optikkoliike teki tietosuojavaltuutetun toimistoon rekisteri-ilmoituksen asiakaskortistostaan, jonka pitämisen perusteeksi ilmoitettiin optikkoasetus ja lääkintöhallituksen yleiskirje. Tietosuojavaltuutettu katsoi, että asiakassuhde syntyy tavallisesti optikkoliikkeen ja siellä asioivan henkilön välillä. Tietosuojavaltuutettu totesi, että liikkeen asiakasrekisterin pidon peruste varsinkin käteisasiakkaiden osalta ei ole täysin selvä. Ajateltavissa lienee silmälasien myyntiin saattavan liittyä sellaisia tuotevastuita, että tietojen keräämistä ja tallentamista voitaisiin pitää HenkRekL 4 §:n tarkoittamalla tavalla asianmukaisena. Tietoja voidaan kuitenkin säilyttää vain niin kauan, kuin se on esim. takuuasioiden hoitamisen kannalta välttämätöntä. Arvioinnissa voitaneen ottaa huomioon keskimääräinen silmälasien ja muiden optisten välineiden tarkastus- ja uusimistaajuus. Tämän jälkeen asiakkaan perustiedot voidaan siirtää suoramarkkinointirekisteriin.

Optikon toimen harjoittamisesta annetun lain 3 §:n mukaan laillistettu optikko on velvollinen pitämään lääkintöhallituksen määräysten mukaisia luetteloita ja kortistoja suorittamistaan laissa säädetyistä toimenpiteistä. Säännösten tarkoituksena lienee varmistaa riittävä asiantuntemus ja ammattitaito optisten välineiden sovittamisessa ja vähittäismyynnissä. Laillistetun optikon suorittamat toimenpiteen voitaneen jälkikäteen selvittää tarkasti juuri optikkokortiston avulla. Tietosuojavaltuutettu katsoi, että laillistettu optikko on oikeutettu määräämään tekemistään laissa säädetyistä merkinnöistä, koska optikkokortiston pitäminen on optikon toimen harjoittamisesta annetun lainsäädännön mukaan optikon velvollisuutena. Optikko voinee sopia lähtiessään liikkeestä optikkokortistossa olevien merkintöjen säilyttämisestä liikkeen toimesta, jolloin liike saa käyttää kortistoa vain toimeksiannon edellyttämiin tarkoituksiin. Samoin optikon toimea muualla jatkava laillistettu optikko voi käyttää optikkokortistoa HenkRekL:n käyttötarkoitussidonnaisuus huomioon ottaen vain niihin tarkoituksiin, joista optikon toimen harjoittamisesta annetussa laissa säädetään.

Tietosuojavaltuutettu on em. ratkaisuissaan katsonut, että terveydenhuollon ammattihenkilö on oikeutettu määräämään tekemistään laissa säädetyistä merkinnöistä myös sen jälkeen, kun hän on luovuttanut asiakirjat edelleen. Jos potilaan hoitoon liittyviä asiakirjoja luovutetaan toiselle ammatinharjoittajalle, saa tämä käyttää niitä asiakirjojen käyttötarkoituksen mukaisiin ja luovutuksessa sovittuihin tarkoituksiin. Asiakirjat luovuttanut ammattihenkilö saa ratkaisujen perusteella edelleen käyttää potilasrekisterin tietoja silloin, kun se on potilaan myöhemmän hoidon kannalta tarpeellista.

9.6.2. Työterveyshuolto

Työterveyshuolto muodostaa oman mielenkiintoisen osansa suomalaista terveydenhoitojärjestelmää. Vaikka myös julkisen sektorin työnantajat ovat velvollisia järjestämään työntekijöilleen ja viranhaltijoille työterveyspalveluja[933], on työterveyshuolto tässä esityksessä ryhmitelty yksityisiin terveyspalveluihin, koska sen hankkiminen perustuu työantajan ja terveydenhuollon ammattihenkilön tai terveyspalvelujen tarjoajan kanssa solmimaan yksityisoikeudelliseen sopimussuhteeseen.

Työterveyslaissa ei ole säännöksiä siitä, miten ja millaisia työntekijän terveydellisiä tietoja nimenomaan työnantajat ovat oikeutettuja keräämään ja käsittelemään, vaan näistä asioista on otettu säännökset erilliseen lakiin yksityisyyden suojasta työelämässä (L 477/2001). Tämän lain mukaan työnantaja saa käsitellä vain välittömästi työsuhteen kannalta tarpeellisia työntekijän henkilötietoja, eikä tästä tarpeellisuusvaatimuksesta voida poiketa työntekijän suostumuksellakaan[934]. Työnantajan on kerättävä työntekijää koskevia henkilötietoja ensi sijassa työntekijältä itseltään ja muualta kuin työntekijältä itseltään kerättävien henkilötietojen hankinnan tulee yleensä perustua työntekijän suostumukseen. Muualta kerätyistä tiedoista tulee myös pääsääntöisesti antaa tieto työntekijälle. Terveydentilatietoja käsittelevät henkilöt tulee lain 8 §:n mukaan erikseen nimetä tai työnantajan on määriteltävä ne toimet, joissa tällaisia tietoja käsitellään. Terveystietojen käsittelijöillä on salassapitovelvollisuus, joka jatkuu palvelussuhteen päättymisenkin jälkeen.

Lain 6 §:ssä lähdetään siitä, että työnantaja saa käyttää terveydentilaa koskevien tarkastusten ja testien tekemiseen vain terveydenhuollon ammattihenkilöitä[935]. Terveydenhuollon ammattihenkilö määrittelee tarvittavat terveydentilan

---

933 Työterveyslaki (L 743/1978) 1 §.
934 HE 75/2000 vp (yksityiskohtaiset perustelut 7 §).
935 StVL 21/2000.

selvitykset ja tutkimukset sekä mahdollisen hoitotoimenpiteen sisällön[936]. Lakiesityksessä antamassaan lausunnossa eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunta piti tärkeänä myös sen terveydenhuollossa vallitsevan periaatteen korostamista, että tutkimus- ja hoitotoimenpiteet perustuvat vapaaehtoisuuteen. On kuitenkin huomattava, että työntekijällä on tietyissä tilanteissa velvollisuus osallistua terveystarkastuksiin kuten työterveyshuoltolain 2 §:ssä säädetään[937]. Näissä tilanteissa tavoitteena on suojata työntekijää ja ehkäistä työperäistä sairastumista tai selvittää työntekijän soveltuvuutta työhön[938].

Työterveyspalvelujen tarjoajaa koskevat myös PotL:n ja terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain salassapitosäännökset, vaikka hän toimisikin potilaan työnantajan toimeksiannosta. Lisäksi työterveyslain 6 §:n mukaan työterveyshuoltotehtävissä toimiva henkilö ei saa ilmaista salassa pidettäväksi säädettyjä tai määrättyjä tietoja, jollei se, jonka hyväksi salassapitovelvollisuus on säädetty tai määrätty, anna siihen suostumustaan. Työnantajalla, työpaikan työsuojelutoimikunnalla ja työsuojeluvaltuutetulla on kuitenkin oikeus saada työterveyshuoltotehtävissä toimivilta henkilöiltä sellaisia näiden asemansa perusteella saamia tietoja, joilla on merkitystä työntekijäin terveyden sekä työpaikan olosuhteiden terveellisyyden kehittämisen kannalta[939].

On ilmeistä, että työterveyshuoltoon sisältyy sisäänrakennettu intressiristiriita, koska esim. työhönottotilanteessa on työantajan intressissä selvittää työntekijästä kaikki sellaiset seikat, joilla *mahdollisesti* on merkitystä hakijan työkykyyn ja työtehoon[940]. Tällöin ei välttämättä vertailla vain työnhakijan terveydentilaa

---

[936] HE 75/2000 (yksityiskohtaiset perustelut 6 §): Yksityisyyden suojaa työelämässä koskevan lakiehdotuksen 6 §:ssä alkoholi- ja huumausainetestit on määritelty terveydentilaa koskeviksi tiedoiksi. Myös niiden testien tekemiseen olisivat oikeutettuja vain terveydenhuollon ammattihenkilöt. Säännös ei luo työnantajalle oikeutta päättää alkoholi- ja huumetestien suorittamisesta. Ks. StVL 12/2000.

[937] Vastaava velvollisuus on myös valtion virkamiehillä valtion virkamieslain (L 750/1994) 19 § :n perusteella.

[938] Useissa tapauksissa Euroopan Unionin työsuojelua koskevat direktiivit asettavat kansalliselle lainsäädännölle velvollisuuden vaatia pakollisia lääkärintarkastuksia tietyiltä ammattiryhmiltä. Ks. Rantanen 2000, s. 205–206.

[939] Ruotsalaisessa oikeuskirjallisuudessa on katsottu, että sellaiset työsuojelutehtävissä toimivat henkilöt, jotka eivät ole terveydenhuollon ammattihenkilöitä, eivät myöskään osallistu työntekijän terveyden- tai sairaanhoitoon. He eivät myöskään ole viranomaisia, joten heidän tietojensaantioikeuteensa työperäisistäkin sairauksista (ainakin yksilöidyllä tasolla) tulee suhtautua pidättyvästi. Norström och Sverne 1991, s. 32–33.

[940] Euroopan Neuvoston bioetiikkasopimuksessa on määräyksiä ennustavista geenitesteistä. Ennustavalla geenitestauksella voidaan saada selville myöhemmin ilmaantuva perinnöllinen sairaus tai lisääntynyt alttius sairastua periytyvään tautiin myöhemmässä elämänvaiheessa. Sopimuksen 12 artiklan mukaan sallitut geenitestit rajataan terveydellisiin tarkoituksiin ja terveyteen liittyvää tieteellistä tutkimusta varten tehtäviin testeihin. Sopimuksen selitysmuistion mukaan tällä on haluttu nimenomaan kieltää työhönoton yhteydessä ja vakuutusten myöntämisen edellytykseksi teetetyt geenitestit. Selitysmuistiossa on kuitenkin todettu, että erityisoloissa, jos työympäristöllä voi olla vahingollisia seuraamuksia yksilön terveyteen hänen geneettisen alttiutensa johdosta, ennustava

suhteessa työtehtävien asettamiin vaatimuksiin vaan myös suhteessa muihin työnhakijoihin. Työntekijän intressissä taas on korkeintaan verrata omaa terveydentilaansa tehtävän asettamiin vaatimuksiin. Lisäksi työterveystiedot voivat olla työntekijän kannalta ongelmallisia tämän pyrkiessä vaihtamaan tehtävää saman työnantajan palveluksessa, koska hänestä on silloin kertynyt enemmän – mahdollisesti haitalliseksi koettuja – tietoja kuin aivan ulkopuolisista hakijoista. Myös hoitohenkilökunnan kannalta jotkut tilanteet saattavat olla ongelmallisia[941], koska luottamussuhde potilaaseen ja tehokas hoito saattaa edellyttää salassapitoa, mutta toisaalta työterveyshuollon palkat maksavan työnantajan edut tulisi huomioida[942]. Nämä ongelmat ovat olleet esillä myös tietosuojavaltuutetun kannanotoissa:

> TSV DNo 41/45/90: *Virkaa haettaessa ja työterveyshuollossa käytettävien lomakkeiden käytöstä.*
>
> Tietosuojavaltuutetun toimisto katsoo, että henkilötietojen hankkiminen ja luovuttaminen esitetyllä tavalla kirjallisen suostumuksen perusteella vastaa periaatteessa henkilörekisterilain vaatimuksia. Huomiota kiinnitetään kuitenkin siihen, että Henkilörekisteriasetuksen 18 §:n mukaan suostumusasiakirjasta tulee yksilöidysti ilmetä, kenelle tietoja voidaan luovuttaa, minkä tietojen luovuttamiseen suostumus annetaan ja mihin luovutettuja tietoja saadaan käyttää. Huolehtia tulee siitä, ettei tietoja pyydetä enempää kuin ko. tarkoituksen nähden on tarpeellista. Tämän johdosta on tarpeen selvittää, soveltuuko suostumusmalli käytettäväksi kaikissa tietojenvaihtotilanteissa.
>
> Kuntien oikeus vaatia virkaan valittavalta lääkärintodistus perustuu saatujen lausuntojen[943] mukaan Kunnallislain 75 §:n 1 mom:n nojalla vahvistettavaan virkasääntöön. Kunnallisen sopimusvaltuuskunnan lausunnon mukaan virkakelpoisuutena kunnalliseen virkaan on mm., että virkaan valittavalla henkilöllä ei vaalin suorittavan viranomaisen hyväksymän lääkärintodistuksen mukaan ole viranhoitoa haittaavaa sairautta tai ruumiinvikaa. Kunnallisliiton lausunnon mukaan henkilö voi itse valita lääkärin, jolta lausunto hankitaan, eikä lääkärintodistukselle ole asetettu muita sisältövaatimuksia. Viranomaisen hyväksymä lääkärintodistus ja näin tapahtuva terveydentilatietojen kerääminen ei saa olla ristiriidassa henkilörekisterilain arkaluonteisten tietojen kerääämistä ja tallentamista koskevien säännösten kanssa.
>
> Tietosuojavaltuutetun käsityksen mukaan riittäväksi on katsottava, että ainakin suoraan työnantajalle toimitettavassa lääkärintodistuksessa on maininta asianomaisen yleisestä soveltuvuudesta työhön, minkä lisäksi lausunnossa voi

---

geenitesti voidaan tehdä, kunhan se ei vahingoita tavoitetta parantaa työympäristöä. Testiä tulisi käyttää pelkästään yksilön terveyden näkökulmasta.

Yksityisyyden suojasta työelämässä annetun lain 7 §:n mukaan työnantaja ei saa edellyttää työntekijältä osallistumista geneettiseen testaukseen työhön otettaessa tai työsuhteen aikana.

941 Esim. työntekijän psyykkiset ongelmat.

942 Kleemola 1997, s. 2313.

943 Ao. ratkaisuun liittyvät Suomen Kunnallisliiton ja Kunnallisen työmarkkinalaitoksen lausunnot.

olla maininta viralle mahdollisesti lainsäädännössä asetettujen erityisvaatimusten täyttämisestä. Yksityiskohtaisten terveydentilatietojen toimittamisesta työnantajalle ei voida pitää tarpeellisena eikä perusteltuna henkilörekisterilain säännökset huomioon ottaen.

Tietosuojavaltuutetun käsityksen mukaan riittävänä tulisi pitää, että ulkopuolisen lääkärin työterveysasemalle toimitettavassa todistuksessa näkyisivät asianomaisen tutkittavan henkilön lääkärille ilmoittamat kysymyksessä olevaa virkaa ja sen laatua sekä työolosuhteita koskevat tiedot sekä lääkärin tutkimusten tulokset ja lausunto soveltuvuudesta. Mikäli muita ao. henkilön ilmoittamia ja nyt toimitettavia tietoja pidetään tarpeellisena, olisi selvempää, että lääkärintodistus edellytettäisiin hankittavaksi viraston työterveysasemalta. Tulisi myös selvittää, voitaisiinko käyttöön ottaa lomake, johon työnantaja jo itse esitäyttäisi viralle asetettavat terveydentilaa koskevat yleiset ja erityiset vaatimukset[944].

Laissa yksityisyyden suojasta työelämässä kyseinen ristiriita on siis ratkaistu huomioitu siten, että työnantaja saa käsitellä vain välittömästi työsuhteen kannalta tarpeellisia työntekijän henkilötietoja, eikä tästä tarpeellisuusvaatimuksesta voida poiketa työntekijän suostumuksellakaan. Työnantajalla on oikeus käsitellä työntekijän terveydentilaa koskevia tietoja, jos tietojen käsittely on tarpeen sairausajan palkan suorittamiseksi tai työstä poissaolo-oikeuden selvittämiseksi taikka työntekijä nimenomaisesti haluaa selvitettävän työkykyisyyttään terveydentilatietojen perusteella[945]. Terveydentilatietoja saa käsitellä myös, jos siitä on erikseen muualla laissa säädetty.

Osoittaakseen oikeutensa olla luvallisesti poissa työstä sekä oikeutensa saada palkkaa, työntekijä on velvollinen toimittamaan selvityksen poissaolostaan työnantajalleen[946]. Selvityksenä sairauspoissaolosta työntekijä toimittaa yleensä

---

[944] Ks. myös TSV DNo 95/41/91: Tietosuojavaltuutetun lausunto työterveyshuollon lähetelomakkeesta.

Luovutettaessa tietoja työterveydenhuollon potilasrekisteristä huomioon tulee ottaa henkilörekisterilain yleisten henkilötietojen luovuttamista koskevien säännösten lisäksi asiaa koskevat erityissäännökset. Työterveyshuoltolain 6 §:n mukaan työnantajalla on oikeus saada työterveyshuoltotehtävissä toimivalta henkilöltä sellaisia näiden asemansa perusteella saamia tietoja, joilla on merkitystä työntekijän terveyden ja työpaikan olosuhteiden kehittämisen kannalta. Ilmaista ei kuitenkaan saa salassa pidettäväksi säädettyjä tai määrättyjä tietoja, jollei se, jonka hyväksi salassapitovelvollisuus on säädetty tai määrätty, anna siihen suostumustaan.

Kun ”muu terveydenhuollon asiantuntija” voi nyttemmin saadun selvityksen mukaan tarkoittaa vain käyntiä psykologin luona, mikä lienee yksityisyyden suojan tarpeen kannalta tässä yhteydessä tosiasiassa hyvinkin arkaluonteinen tieto. Työntekijä ei myöskään henkilörekisterilain edellyttämällä tavalla voi ko. merkinnän perusteella tietää, että se tosiasiassa ilmaisee työnantajalle tiedon psykologin luona käynnistä. Tietosuojavaltuutettu katsoo, ettei tällaista tietoa tule merkitä ehdotetulla tavalla lähetteeseen.

[945] HE 75/2000 vp (yksityiskohtaiset perustelut 7 §).

[946] Ks. myös TSV DNo 457/03/90: Tietosuojavaltuutetun lausunto STM:n terveystodistustyöryhmän muistiosta: Tietosuojavaltuutetun toimisto pitää periaatteessa erittäin kannatettavana työryhmän ehdotuksia lääkärintodistuskäytännön kehittämiseksi. Jos ja kun terveystodistuksiin sisältyisi

työnantajalle lääkärintodistuksen[947]. Tällaiset potilaan suostumuksella annetut tiedot eivät siis ole suhteessa työnantajan salassa pidettäviä, mutta laki yksityisyyden suojasta työelämässä edellyttää, että vain rajoitettu henkilöjoukko voi ao. tietoja käsitellä[948]. Muu henkilötietolainsäädäntö rajoittaa lisäksi tällaisten tietojen käyttötarkoitusta[949]:

---

esitetyllä tavalla ainoastaan kunkin käyttötarkoituksen kannalta tarpeelliset tiedot, todistuksen käyttöönotto edistäisi henkilörekisterilaissa säädettyjä tavoitteita ja periaatteita. Tietosuojan kannalta on olennaista, että todistuksen tietosisältö on standardoitu ja ettei tietoja rekisteröidä lainvastaisesti. Tavoitteena tulisi olla, että myös lääkärintodistusten kirjoittamismenettelyt ja niissä käytettävät lomakkeet tarkistettaisiin mahdollisuuksien mukaan siten, ettei niihin sisällytetä tarpeettomia terveydentilatietoja.

Työryhmä on todennut, ettei terveystodistuksen käyttöönotto sinällään edellytä säädösmuutoksia. Tietosuojavaltuutetun tiedossa ei ole, löytyykö voimassaolevasta lainsäädännöstä, lukuun ottamatta työryhmän esittämiä tilanteita (ajokorttiasetus, asevelvollisuuslain soveltamisesta annettu asetus, tartuntatautiasetus), asiaa koskevia säännöksiä. Jos tarkoituksena on, että terveystodistuksen käyttöä edellytettäisiin myös muissa kuin työryhmän esittämien säännösmuutosten tarkoittamissa tilanteissa, terveystodistuksen käyttöönottoon voitaisiin velvoittaa vain, jos asiasta olisi erikseen säädetty. Samoin tulisi säätää ja määrätä terveystodistuksen kaavasta ja sen vahvistamisesta.

Työryhmän ehdotuksen mukaan terveystodistus olisi voimassa toistaiseksi edellyttäen, että henkilö allekirjoituksellaan vakuuttaa terveydentilansa säilymisen todistuksen mukaisena. Toisaalta eräisiin ehdotettuihin säännöksiin sisältyisi terveystodistuksen voimassaoloa koskeva säännös. Tietosuojavaltuutetun käsityksen mukaan voimassaoloajan puuttumisesta voi aiheutua tarpeettomia ongelmia. Olisikin ehkä tarpeellista selvittää, mikä vanhan terveystodistuksen merkitys yleensä voisi olla verrattuna asianomaisen omaan ilmoitukseen terveydentilastaan. Voitaisiinko puuttua siihen, jos asianomainen vastoin parempaa tietoa vahvistaa allekirjoituksellaan terveydentilansa säilymisen. Esimerkiksi henkilörekisterilaki edellyttää rekisterinpitäjän huolehtivan vahingonkorvausvastuun uhalla henkilörekisteriin talletettujen henkilötietojen virheettömyydestä.

Työryhmän ehdotuksen mukaan eri viranomaiset voisivat ainoastaan sosiaali- ja terveysministeriön luvalla edellyttää omiin tarkoituksiinsa muun kuin työryhmän esittämän yleisen terveystodistuksen esittämistä.

[947] TSV:n muistio DNo 342/59/92.

[948] Lääkärintodistuksen käyttöä rajoittaa myös henkilörekisterien käyttötarkoitusperiaate. Todistustietojen siirto työnantajan rekisteristä toiseen (esim. henkilöstöhallinnon rekisteristä työterveyshuollon potilasrekisteriin) edellyttää potilaan kirjallista suostumusta. http://www.tietosuoja.fi/7258.htm. Ks. myös AOA DNo 899/4/98.

[949] TSV DNo 342/59/92: Tietosuojavaltuutetun muistio lääkärintodistusten toimittamisesta työterveysasemalle: Henkilörekisterilain voimaantulo merkitsi muutosta lääkärintodistusten luovuttamisen lainmukaisuuden arviointiin erityisesti yksityisen sektorin työnantajien osalta: Henkilörekisterilailla säädettiin henkilötietojen luovutusten lisäksi mm. henkilökohtaisia oloja koskevasta vaitiolovelvollisuudesta. Julkisella sektorilla henkilörekisterilaki ei merkinnyt salassapitovelvollisuuden suhteen muutosta. Salassapitovelvollisuus on ollut olemassa jo ennen henkilörekisterilakia. Kuitenkin muun muassa henkilörekisterilakiin sisältyvät käyttötarkoitussidonnaisuuden sekä henkilötietojen keräämisen ja tallettamiseen edellytyksiä koskevat säännökset vaikuttavat myös julkisella sektorilla. Henkilörekisterilainsäädännön edellyttämät suunnittelu- ja huolellisuusvelvoitteet ovat lisäksi tuoneet esille sellaisia tilanteita, joissa käytäntö ei ole vastannut lainsäädäntöä ja jossa lainsäädäntö ja sen tarkoitus on hyvin tulkinnanvarainen.

Henkilörekisterilakia säädettäessä ei muutettu muuhun lainsäädäntöön sisältyviä henkilötietojen keräämistä, tallettamista, käyttämistä ja luovuttamista koskevia säännöksiä. Hallituksen esityksessä henkilörekisterilaiksi ja siihen liittyväksi laeiksi edellytettiin, että muu lainsäädäntö mahdollisimman pian tarkistetaan henkilörekisterilain tavoitteita ja periaatteita vastaaviksi (HE 49/1986 vp.).

Myös lain yhteistoiminnasta yrityksissä (L 725/1978) 12 §:n salassapitosäädös koskee yksityisen henkilön terveydentilaa. Yhteistoimintamenettelynkään yhteydessä mahdollisesti esiin tulleita terveystietoja ei saa ilmaista ilman asianomaisen henkilön lupaa[950]. Sen sijaan työsuojelutarkastuksen yhteydessä esiin tulleita tietoja yksityisen henkilön terveydentilasta voidaan työsuojelun valvonnasta annetun lain (L 131/1973) 5 §:n nojalla antaa paitsi syyttäjä- ja poliisiviranomaiselle rikoksen selvittämiseksi myös muullekin laissa sellaisten tietojen saantiin oikeutetulle viranomaiselle, vaikka muutoin ao. tiedot onkin salassa pidettävä. Työterveyshuollon tietojen salassapito poliisiin nähden on näin siis heikompi kuin muiden potilastietojen, joiden luovuttamiseksi edellytetään, että tutkittavana on rikos, josta voi seurata vähintään 6 vuotta vankeutta.

9.7. ERITYISIÄ LÄÄKETIETEELLISIÄ TOIMENPITEITÄ KOSKEVAT SÄÄNNÖKSET

Vaikka potilaan oikeuksia ja terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskevat säännökset on pyritty keskittämään PotL:iin ja lakiin terveydenhuollon ammattihenkilöistä, on lainsäädäntöön silti jäänyt erityisiä salassapitosäännöksiä, jotka koskevat arkaluonteisiksi koettuja toimenpiteitä kuten aborttia, sterilointia ja kastrointia. Ko. säännökset ovat PotL:a ja terveydenhuollon ammattihenkilöistä annettua lakia edeltävältä ajalta, mutta niitä ei ole joko tarkoituksellisesti taikka sattumalta kumottu salassapitoa koskevia säännöksiä uudistettaessa. Rikoslain 38. luvun uudistukset ao. pykälissä on otettu huomioon, joten ko. säännösten voimassapitäminen voidaan kokea ilmauksena ao. toimenpiteiden korostetusta salassa pidettävyydestä. Steriloimislain (L 283/1970) 9 §:n, kastroimislain (L 282/1970) 9 §:n ja aborttilain (L 239/1970) 12 §:n mukaan se, joka ottaa osaa ao. asioiden käsittelyyn tai on muuten tehtävässään saanut tällaisesta asiasta tiedon, ei saa sivulliselle ilmaista tietojaan.

9.8. SOSIAALITURVAA KOSKEVAT SÄÄNNÖKSET

Luottamuksellisuus on eräs sosiaalihuollon johtavista oikeusperiaatteista[951]. Sosiaaliturvan osalta luottamuksellisuus korostuu sikäli, että tietoja luovuttava henkilö on monesti taloudellisessa riippuvaisuussuhteessa etuuksien antajaan, mikä

[950] Ks. myös työturvallisuuslain 9 § 5 mom (L 144/1993).
[951] Tuori 2000b, s. 170.

antaa etuuksista päättävälle tehokkaan mahdollisuuden haluamiensa tietojen hankkimiseen. Ilman hakemuksen tueksi toimitettujen tietojen kontrollointia olisi objektiivinen päätöksenteko etuuksia koskevista asioista toisaalta mahdotonta.

Hallituksen esitys sosiaalihuollon asiakkaan asemaa ja oikeuksia koskevaksi laiksi (asiakaslaiksi) korostaa[952], että sosiaalihuollon viranomaisten toiminnan lähtökohtana tulee olla asiakkaan tarpeet, toiveet ja odotukset sellaisina kuin asiakas ne ilmaisee. Sosiaalihuollon asiakirjoihin sisältyvät asiakasta tai muuta yksityistä henkilöä koskevat tiedot ovat kokonaisuudessaan salassa pidettäviä. On merkittävää, että sosiaalihuollon asiakaslain perusteluissa nimenomaan todetaan, että sosiaalihuollossa virkamiehen vaitiolovelvollisuus ja asiakirjasalaisuus ovat laajuudeltaan yhtäläiset[953]. Salassa pidettävästä asiakirjasta saa pääsääntöisesti antaa tietoja vain asiakkaan nimenomaisella suostumuksella tai silloin, kun laissa niin erikseen säädetään. Laki antaa kuitenkin lukuisia mahdollisuuksia salassapitovelvollisuudesta poikkeamiseen. Muutoin julkisuuslain yleiset salassapitoa ja tietojen luovuttamisoikeutta koskevat säännökset koskevat myös sosiaalihuollon viranomaisia[954].

Kansaneläkelaitoksen myöntämät sosiaaliavustukset eivät kuulu sosiaalihuollon asiakaslain soveltamisen alaan. Kansaneläkelaitos kuuluu kuitenkin julkishallinnollisena organisaationa JulkL:n salassapitosäännösten soveltamisalan piiriin. Sen sijaan yksityisoikeudellisesti organisoidut sosiaaliturvalaitokset, kuten työeläkeyhtiöt, tapaturmavakuutusyhtiöt tms., eivät kuulu julkisoikeudellisten säännösten soveltamispiiriin. Työeläkelain (L 395/1961) 18 §:n mukaan myös ko. eläkelain tehtäviä suoritettaessa saatu tieto henkilön terveydentilasta on salassa pidettävä. Säädöstä sovelletaan myös muihin lakisääteisiin eläkevakuutuksiin (esim. YEL 17 §, MEL 62 §, MYEL 19 §).

HetiL:n mukainen huolellisuusvelvoite ja siihen liittyvä salassapitovelvoite[955] koskevat niin yksityisiä kuin julkisiakin sosiaalihuollon ja sosiaalivakuutuksen organisaatioita, jotka käsittelevät arkaluonteisia terveydentilatietoja sisältäviä henkilörekisterejä.

---

952 HE 137/1999 vp.
953 Asiakaslaki 27 §.
954 Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista koskee sekä julkisen viranomaisen että yksityisen tahon antamaa sosiaalihuoltoa. Lain 11 §:n mukaan tiedonsaanti sosiaalihuollon asiakirjoista määräytyy molemmissa tapauksissa julkisuuslain 3. ja 4. lukujen mukaisesti.
955 HetiL 33 §.

10. Terveydentilatietojen luovuttamiseen oikeuttavat säännökset

10.1. TIETOJEN LUOVUTTAMINEN HOITOSUHTEESSA

Vaikka edellä kuvatut salassapitosäännökset siis jossain määrin korjaavat arkaluonteisten tietojen käsittelyn aiheuttamaa yksityiselämän suojan loukkaamista, eivät ne kuitenkaan ole täydellisiä. Salassapitosäännöksiin liittyy näet monia poikkeuksia. Kuten arkaluonteisten tietojen rekisteröintiä koskevien säännöstenkin osalta on tilanne, on salassapitoon velvoittavien ja salassapitoa rajoittavien säännösten suhde keskeistä perustuslain 10 §:n takaaman yksityiselämän suojan toteutumisen kannalta.

Yksityisyyden suojan traditiota terveydenhuollossa kuvaa hyvin se säännöstekniikka, jolla poikkeukset terveydentilaa koskevien tietojen salassapidosta on yleensä laadittu. Terveydentilatietojen käsittelyyn oikeuttaviin säännöksiin ei pääsääntöisesti ole sisällytetty oikeutta antaa muille tietoja henkilön terveydentilasta, vaan teknisesti tietojen luovutukseen oikeuttavat tilanteet on lueteltu poikkeuksena salassapidosta (eikä esim. salassapitoa poikkeuksena ”normaalitilanteesta”, jossa tiedot liikkuisivat vapaasti hallinnon sisällä).

Tietojen luovuttamisen kannalta voidaan erottaa kolme eri typpiä toisistaan riippumattomia oikeuksia:

1. Potilaan oikeus pitää itseään koskevat tiedot salassa
2. Potilastietojen haltijan oikeus itsenäisesti luovuttaa potilasta koskevia tietoja
3. Kolmannen tahon oikeus saada potilasta koskevia tietoja[956].

Näihin oikeuksiin liittyvät normilauseet kieltävät, antavat luvan taikka velvoittavat potilastietojen haltijaa luovuttamaan tietoja ulkopuoliselle. On huomattava, että kohdan 2. tilanteessa tarkoitetaan nimenomaan oikeutta, joka voidaan toteuttaa riippumatta potilaan oikeudesta pitää tiedot salassa ja ilman, että kolmannella taholla olisi erityissäännökseen perustuvaa oikeutta saada tietoja, ts. periaatteessa tietojen luovutus tilanteessa 2. perustuu tietojen haltijan ”vapaaseen harkintaan”.

PotL 13 § 3 mom:n 2- ja 3-kohdissa esitetään sellaiset tilanteet, joissa hoitohenkilökunta voi *oma-aloitteisesti* luovuttaa edelleen potilaan terveydentilatieto-

[956] Ks. jäljempänä luku 11.

ja[957]. Potilasasiakirjoihin sisältyviä tietoja *voidaan* nimittäin antaa toiselle terveydenhuollon toimintayksikölle tai terveydenhuollon ammattihenkilölle potilaan tutkimuksen ja *hoidon järjestämiseksi* potilaan suullisen suostumuksen tai asiayhteydestä muutoin ilmenevän suostumuksen perusteella[958]. Tietoja voidaan antaa potilaan tutkimuksen ja hoidon järjestämiseksi myös toiselle suomalaiselle tai ulkomaiselle terveydenhuollon toimintayksikölle tai terveydenhuollon ammattihenkilölle, jos potilaalla ei ole mielenterveydenhäiriön, kehitysvammaisuuden tai muun vastaavan syyn vuoksi edellytyksiä arvioida annettavan suostumuksen merkitystä eikä hänellä ole laillista edustajaa, taikka jos suostumusta ei voida saada potilaan tajuttomuuden tai muun siihen verrattavan syyn vuoksi[959]. Samoin voidaan terveydentilaan koskevia tietoja antaa tajuttoman (tai muutoin toimintakyvyttömän) potilaan lähiomaiselle, jos ei ole syytä olettaa, että potilas kieltäisi näin tekemästä. Erityistä velvollisuutta ko. tietoja antaa, ei hoitohenkilökunnalle ole asetettu, ellei tietoja sitten erikseen pyydetä hoitopäätöksiin osallistumista varten.

On merkittävää, että ym. tietojen luovuttamiseen oikeuttavat säännökset on selkeästi liitetty *hoitosuhteeseen* ja säännösten tarkoituksena on turvata potilaan hyvä hoito[960]. Tilanteessa, jossa potilaan oma tahto ei ole selvitettävissä, on paras taho potilasta edustamaan lähiomainen, jonka on silloin myös saatava tarvittavat tiedot potilaan tilanteesta hoitopäätöksiin osallistumista varten[961]. Vaikka säännökset edellyttävät periaatteessa potilaan suostumusta tietojen luovuttamiseen[962], voinee potilasta hoitava henkilökunta suhteellisen vapaasti luovuttaa ao. tietoja ja näyttövelvollisuus siitä, että ”asiayhteydestä ilmenevää suostumusta” ei ole saatu, jää potilaalle[963]. Potilas voi kuitenkin nimenomaisesti kieltää tietojen

---

[957] Ks. HE 181/1999 vp. (yksityiskohtaiset perustelut 13 §): Potilaan hoitoon lähettäneelle terveydenhuollon toimintayksikölle tai terveydenhuollon ammattihenkilölle sekä hänen hoidostaan vastaavaksi lääkäriksi mahdollisesti nimetylle lääkärille *voidaan* toimittaa palaute annetusta hoidosta potilaan suullisen tai asiayhteydestä muuten ilmenevän suostumuksen perusteella.

[958] Kyseinen säännös vastaa hyvin henkilötietolainsäädännössä ilmaistua käyttötarkoitussidonnaisuuden periaatetta. EU:n henkilötietodirektiivihän sallii terveydentilatietojen rekisteröinnin pääsääntöisesti vain potilaan hoidon järjestämiseksi taikka hoidon hallinnointia varten.

[959] HE 181/1999 vp. (luku 1.3.)

[960] ibid.

[961] Ks. PotL 6 § ja 13 § 4. kohta: Salassapitovelvollisuuden estämättä tietoja saadaan antaa tajuttomuuden tai muun siihen verrattavan syyn vuoksi hoidettavana olevan potilaan lähiomaiselle tai muulle hänen läheiselleen tieto potilaan henkilöstä ja hänen terveydentilastaan, jollei ole syytä olettaa, että potilas kieltäisi näin menettelemästä.

[962] Ks. ilman suostumusta tapahtuvista toiminnoista Lehtonen 1985, s. 282–301.

[963] Ks. HE 185/1991 vp., s. 16: Potilaan nimenomaisen suostumuksen pyytäminen vähäisenä pidettäviin toimenpiteisiin ei ole väittämätöntä. Esimerkiksi potilaan hoitoon hakeutuminen voi olla osoitus suostumisesta hänen terveydentilansa edellyttämään vähäiseen toimenpiteeseen.

PotL 6 §:n ”konkludenttisen” suostumuksen malli soveltuu myös PotL 13 §:n mukaisiin tiedonsiirtoihin. Vrt. STM 2001:3, s. 21–22: ”Asiayhteydestä ilmenevällä suostumuksella tarkoitetaan muuta kuin kirjallisesti tai suullisesti annettua suostumusta, jonka potilas on antanut vapaaehtoi-

antamisen, jolloin tietojen luovuttaminen muille terveydenhuollon yksiköille ei ole sallittua[964], mutta KHO on toisaalta katsonut omaisilla olevan asianosaisen oikeuden saada tietoja silloinkin, kun kuollut potilas on nimenomaisesti kieltänyt tietojen antamisen[965].

Terveydenhuollon ammattihenkilö voi joskus oma-aloitteisesti luovuttaa potilastietoja myös hoitosuhteen ulkopuolelle. Holhoustoimesta annetun lain (L 442/1999) 91 § näet sallii jokaisen, joka on saanut tiedon edunvalvonnan tarpeessa ilmeisesti olevasta henkilöstä ilmoittaa asiasta holhousviranomaiselle[966]. Säännöstä täydentää lain 90 §:n mukainen velvollisuus antaa holhousviranomaiselle ja tuomioistuimelle ne tiedot ja selvitykset (esim. lääkärintodistukset), jotka ovat tarpeen vireillä olevan asian ratkaisemiseksi.

10.2. HOITOSUHTEEN ULKOPUOLINEN POTILASTIETOJEN LUOVUTTAMINEN

Lääkärin aktiivista raportointia potilaan sairauksista muutoin kuin erityissäännöksen nojalla muille terveydenhuoltoviranomaisille ei yleensä ole pidetty hyväksyttävänä[967]. Ainoastaan tilanteessa, jossa potilas on katsottu kyvyttömäksi valvomaan oikeuksiaan ja samanaikaisesti on olemassa intressiristiriita potilaan ja häntä edustavien henkilöiden välillä, on hoitohenkilökunnan omaehtoinen raportointi potilaan edun turvaamiseksi katsottu mahdolliseksi. Lastensuojelulain (L 683/1983) 40 §:ään onkin kirjattu säädös, joka ei vain oikeuta, vaan velvoittaa kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon palveluksessa toimivat henkilöt, jotka ovat saaneet tietoja lapsen heitteillejätöstä, pahoinpitelystä tai muusta suojelun tarpeesta ilmoittamaan asian lastensuojeluviranomaiselle[968]. Tällainen potilastietojen luovuttaminen lastensuojeluviranomaisille ei olekaan käytännössä aivan har-

---

sesti tietoisena tietojen luovuttamisesta, luovutuksensaajasta, luovutettavista tiedoista sekä luovutettavien tietojen käyttötarkoituksesta ja luovuttamisen merkityksestä. Esim. päännyökkäys voidaan em. edellytyksin katsoa asiayhteydestä ilmeneväksi suostumukseksi. Sen sijaan pelkkää hoitoon hakeutumista ei voida pitää asiayhteydestä ilmenevänä suostumuksena hoidon yhteydessä syntyneiden tietojen luovuttamiseen."

964 Ks. TSV:n toimintakertomus 1.1.1989–31.12.1990, s. 41.

965 KHO 1994 A 7.

966 Ks. HE 146/1998 vp (yksityiskohtaiset perustelut, 90 §): Käytännössä on osoittautunut, että esimerkiksi sosiaaliviranomaiset tai hoitolaitoksen henkilökunta ovat jättäneet tällaisen ilmoituksen usein tekemättä sen vuoksi, että he ovat katsoneet holhouksen tai uskotun miehen määräämisen tarvetta koskevan tiedon kuuluvan vaitiolovelvollisuuden piiriin. Sen vuoksi ehdotetaan, että ilmoitus voitaisiin tehdä vaitiolovelvollisuuden estämättä.

967 Elosuo 1983, s. 98.

968 Lastensuojelu on niitä harvoja tilanteita, joissa universaalisti hyväksytään lääkärin salassapitovelvoitteen aktiivinen rikkominen. Ks. esim. Kjönstad 1986, s. 275.

vinaista. Aiheettomaksi osoittautuneet epäilyt johtavat tosin hoitosuhteen päättymiseen[969].

Tiettyjen yleistä vaaraa aiheuttavien tilanteiden osalta on oikeuskirjallisuudesta keskusteltu mahdollisuudesta perustaa lääkärin oikeus kertoa potilaan sairaudesta muille viranomaisille pakkotilaan, jolloin salassapitosäännösten rikkomisen rangaistavuus poistuisi[970]. Pakkotila tulee kuitenkin kyseeseen vain tilanteissa, joissa salassapitovelvollisuuden lakkaamisen edellytyksiä ei ole määritelty erityislainsäädännössä. Esim. tartuntatautilainsäädännössä on nimenomaisesti säädetty ilmoitusvelvollisuus taudin toteavalle lääkärille tiettyjen tautien osalta, joten tämän yli menevän ilmoitusvelvollisuuden perustaminen pakkotilaan voi tulla kysymykseen vain äärimmäisen harvoin, joskaan mahdollisuus ei ole poissuljettu. Yleisen turvallisuuden kannalta keskeisten toimintojen, kuten ajoneuvolla ajamisen ja ampuma-aseiden käytön osalta, on ajo- ja aseenkantoluvan myöntävälle viranomaiselle annettu oikeus vaatia lisätietoja (ml. terveydentilas-

---

969 Ks. esim. TEO DNo 1837/475/97, 19.2.1998: Potilaan äiti oli kannellut siitä, että neuvolalääkäri oli rikkonut salassapitovelvollisuutensa kertoessaan vaimolleen, että potilaan perheessä epäiltiin insestiä. Epäilyn perusteena olivat terveydenhoitajan ja neuvolalääkärin tarkastuksissa löytämät kondyloomaksi epäillyt syylät potilaan genitaalialueelta. Epäily ei vahvistunut ja varsinaisista insestitutkimuksista luovuttiin. Neuvolalääkäri oli kuitenkin kehottanut perheenjäseniään rajoittamaan kanssakäyntiään potilaan perheeseen insestiepäilyn takia.

TEO:n mukaan epäilyä insestistä voidaan pitää sellaisena terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain 17 §:n mukaisena perheen salaisuutena, jonka julkitulo vaarantaa perheen yksityisyyden säilymisen. Oleelliseksi kysymykseksi salassapitovelvollisuuden rikkomisen kannalta jäi, oliko neuvolalääkäri saanut kyseisestä perheen salaisuudesta tiedon asemansa tai tehtävänsä perusteella. Toinen kysymys oli, oliko neuvolalääkäri antanut sivulliselle potilasasiakirjoihin sisältyviä tietoja potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 13 §:n vastaisesti.

Neuvolalääkäri katsoi saaneensa tiedot insestiepäilystä virkatyönsä ulkopuolella.

TEO katsoi, ettei käytössä olleista selvityksestä käynyt riittävästi ilmi, että neuvolalääkärin puolisolleen kertoma insestiepäily olisi perustunut juuri potilasasiakirjoihin ja ettei neuvolalääkärin näin voida osoittaa syyllistyneen virheelliseen menettelyyn ammattitoiminnassaan.

Ks. myös TEO DNo 1793/475/97, 28.5.1999: Potilaan äiti kanteli TEO:lle perheen kehitysvammaisen tyttären tukihenkilönä toimineen lääkärin laadittua tyttärestä lähetteen keskussairaalaan. Lähetteen syynä oli epäily seksuaalisesta hyväksikäytöstä. Epäilyn perusteena oli potilaan äidin kertomus potilaan verivirtsaisuudesta ja kotikäyntipyyntö. Lääkäri oli pyrkinyt tutkimaan potilasta tämän kotona, mutta tämä ei ollut siihen suostunut. Lääkäri oli kuitenkin pitänyt genitaalialueen ulkoista vammaa mahdollisena verentulon aiheuttajana. Potilaan terveyskeskuksen sairauskertomuksessa ei ollut mainintaa seksuaalisen hyväksikäytön epäilyistä. Keskussairaalakäyntien yhteydessä ei myöskään ole mainintaa pahoinpitelyepäilystä taikka lastensuojeluilmoituksesta.

TEO katsoi ratkaisussaan, että mikäli lääkäri epäilee lapsen seksuaalista hyväksikäyttöä, tulee hänen tehdä selkeät merkinnät asiasta potilasasiakirjoihin. Mikäli hän on asian lääkärinä havainnut, muttei ole ollut lapseen hoitosuhteessa, eikä ole saanut lapsen huoltajia vakuuttuneeksi tutkimuksen tarpeellisuudesta, hänen olisi tullut saattaa asia lastensuojeluviranomaisten tietoon.

TEO totesi, ettei lääkäri ollut toiminut tahallaan haitallisesti tai huolimattomasti. Koska lääkärin ammatin harjoittamiseen liittyy erityispiirteitä, TEO katsoo, että yksityiselämä ja lääkärin ammatinharjoittaminen tulisi pyrkiä pitämään mahdollisimman selkeästi erillään.

970 Ahtee 1949, s. 682–683, Tirkkonen 1972, s. 249. Ks. myös Dickens 1988, s. 3449–3450 ja Matikkala 1997, s.891–893.

ta taikka luonteenominaisuuksista) luvan hakijalta, jolloin tietojen toimittaminen jää luvan haltijan harkintaan, mutta uhalla, että lupa raukeaa[971]. Hoitohenkilökunnalle ei ole näissäkään tilanteissa annettu oikeutta oma-aloitteisesti raportoida havaitsemistaan ja yleisen turvallisuuden kannalta uhkaaviksi kokemistaan henkilön terveydentilan muutoksista, vaikka ajokorttien osalta tällaisesta velvollisuudesta on käyty keskustelua[972].

Selvitettäessä jo tapahtuneita törkeitä rikoksia on kuitenkin OK 17. luvun 23 §:n 1 momentissa tarkoitettu henkilö (lääkäri, apteekkari, kätilö tai heidän apulaisensa) oikeutettu (muttei velvollinen) salassapitovelvollisuuden estämättä oikeutettu kertomaan salassapidettävästä asiasta jo esitutkinnassa (Esitutkintalaki 27 §, L 449/1987). Edellytyksenä kuitenkin on, että henkilö voitaisiin velvoittaa todistamaan samasta asiassa myös oikeudenkäynnissä[973]. Kyseeseen tulevat lähinnä tilanteet, joissa on kysymys sellaisen rikoksen uhrin muutoin salassapidettävistä tiedoista, joka ei enää pysty itse suostumaan rikoksen selvittämiseksi tarpeellisten tietojen antamiseen. Rikoksesta epäillyn tietojen antamiseen tulee suhtautua pidättyvästi, koska vasta syyttäjä syyttämispäätöksessään ottaa varsinaisesti kantaa siihen, onko tutkittava rikos törkeä[974]. Toisaalta intressipunninta rikoksesta syytetyn yksityiselämän suojan ja rikosten selvittämisintressin välillä on syytä tehdä riippumattomassa tuomioistuimessa, eikä poliisiin toimesta, koska samalla tulee arvioitavaksi myös salassapidettävien tietojen todellinen tarpeellisuus asian ratkaisun kannalta[975].

---

[971] Poliisilaki (L 493/1995) 35 § 2 mom, ajokorttiasetus (845/1990) 9 ja 11a §, ampuma-aseasetus 34/1933 19 ja 24 §.

[972] Ks. esim. Alexius 1990. USA:ssa on useiden osavaltioiden lainsäädännössä lääkärille asetettu velvollisuus informoida vaaran kohteena olevaa potilasta ja poliisia sellaisista psykiatrisista potilaista, joiden he uskovan suunnittelevan rikosta. Kyseisissä tapauksissa edellytetään, että uhka kohdistuu a) *identifioitavaa* henkilöä kohtaan ja että b) potilaalla on *todellinen aikomus ja mahdollisuus* toteuttaa kyseinen uhka *lähitulevaisuudessa*.

Suomen rikoslain 16. luvun 19 § 1 mom asettaa yleisen ilmoitusvelvollisuuden törkeiden rikosten osalta. Mainitun säännöksen suhteesta nimenomaisiin salassapitosäännöksiin ei kuitenkaan ole mainintaa lainvalmisteluasiakirjoissa (ks. HE 94/1993 vp.), eikä säännöksen soveltamisesta ole oikeuskäytäntöä. 19 §:n 2 mom rajaa lisäksi kyseisen rangaistussäännöksen soveltamisalueen ulkopuolelle pääsääntöisesti ne henkilöt, jotka eivät olisi velvollisia todistamaan rikoksentekijää vastaan.

Psykiatrisen potilaan osalta vaarallisuus muille on psykiatrisen pakkohoidon peruste. Mielenterveyslaki ei edellytä, että psykiatrisen pakkohoitoon otetusta ”vaarallisesta” potilaasta ilmoitetaan poliisille. Hoidon tarpeessa olevat päihteiden (deliröottiset) väärinkäyttäjät rinnastetaan käytännössä psykiatrisiin potilaisiin.

[973] HE 14/1985 vp, s. 14.

[974] Ks. Kokko 2000, s. 122–124. Terveydenhuollon ammattihenkilön kieltäytyessä todistamasta esitutkinnassa, voi tutkinnan johtaja pyytää tuomioistuinta velvoittamaan henkilön todistamaan, mikäli se on tarpeen. Tuomioistuin voi tällöin tehdä tarpeellisen intressipunninnan rikoksen selvittämisintressin ja yksityisyyden suojan välillä.

[975] Esitutkintalaki (L 449/1985) on säädetty ennen perusoikeusuudistusta. Lain 27 §:ää tulee kuitenkin tulkita perusoikeusmyönteisesti ottaen huomioon PerL 10 §:n mukainen yksityiselämän suoja.

Henkilön salassapidettäviä terveydentilatietoja ei myöskään tule oma-aloitteisesti antaa sotilasviranomaisille, joilla heilläkin on oikeus vaatia asevelvollisten terveydentilaa koskevia tietoja siviiliterveydenhuollon yksiköiltä[976]. Hoitohenkilökunnan omaehtoinen raportointi voisikin monessa tilanteessa estää hoitoon hakeutumisen taikka ainakin nostaa hoitoon hakeutumisen kynnystä, jolloin yleisen turvallisuuden kannalta uhkaava kehitys paitsi jatkuisi, myös yksittäisen henkilön terveydentilan huononeminen etenisi (eli jouduttaisiin ojasta allikkoon). Edes vankien osalta ei terveydenhuoltohenkilökunta voi oma-aloitteisesti raportoida henkilön terveydentilan muutoksista, vaan vankeihin sovelletaan yleisiä terveydenhuollon lainsäännöksiä[977].

AOA DNo 796/2/93, 14.1.1994[978]: *Potilaan terveystietojen salassapito*.

Apulaisoikeusasiamiehen tarkastuksella Niuvaniemen sairaalassa tulivat esille potilaan terveystietojen salassapitoon liittyvät kysymykset ja erityisesti tietojen luovuttaminen sivullisille HI-viruksesta ja C-hepatiitista.

Sairaalan johtavan lääkäri totesi haneltä pyydetyssä selvityksessä, että tällaisten tietojen antaminen sivullisille ilman potilaan suostumusta on vastoin potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 13 § 3 momentin 2 kohtaa. Hän katsoi, että tieto on kuitenkin ehdottomasti annettava tapauksissa, jossa henkilö siirretään vankilasta tai toisesta sairaalasta potilaaksi Niuvaniemen sairaalaan, ja samoin silloin, kun Niuvaniemestä siirretään potilas muuhun terveydenhuollon toimintayksikköön. Tieto on annettava, vaikka potilas kieltäisi sen.

Johtava lääkäri viittasi potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 6 §:n säännökseen potilaan itsemääräämisoikeudesta, jossa on otettu huomioon mm. potilaan mielenterveydenhäiriö. Jos täysi-ikäinen potilas ei mielenterveydenhäiriön vuoksi pysty päättämään hoidostaan, eikä esimerkiksi potilaan laillista edustajaa voida kuulla, potilasta on hoidettava tavalla, jota voidaan pitää hänen etunsa mukaisena. Salassapitosäännöksessä ei ole vastaavaa poikkeusta potilaan mielenterveydenhäiriön varalta.

Apulaisoikeusasiamies totesi ratkaisussaan, että potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 13 §:n mukaan potilasasiakirjoihin sisältyvät tiedot ovat salassapidettäviä. Niistä voidaan lain 13 §:n 3 momentin 2-kohdan mukaan antaa tietoja toiselle terveydenhuollon yksikölle tai terveydenhuollon ammattihenkilölle vain potilaan suostumuksen mukaisesti hänen tutkimuksensa ja hoitonsa järjestämistä varten. Säännös koskee myös tietojen luovuttamista mm. HI-viruksesta.

Eräiden kanteluiden ja tarkastusten yhteydessä on tullut ilmi, että viimeksi mainittu lainkohta on aiheuttanut käytännössä ongelmia. Jos esimerkiksi potilas siirretään hoidettavaksi toiseen sairaalaan, mutta hän kieltäytyy antamasta suostumusta tietojen luovuttamiseen, saattaa vastaanottava sairaala joutua tekemään uudelleen samoja tutkimuksia, jotka on jo tehty edellisessä sairaalassa.

---

976 Asevelvollisuuslaki 42c§.
977 Vankeinhoitoasetus (878/1995) 40 §.
978 OAK 1994, s. 75.

Apulaisoikeusasiamies ilmoitti ottavansa asiaan liittyvät epäkohdat esille tarkastuksellaan Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksessa (STAKES) sekä terveydenhuollon oikeusturvakeskuksessa.

Työterveyshuollon lainsäädännössä on lähdetty siitä, että työterveyshuoltoa toteuttavat henkilöt ovat velvollisia *oma-aloitteisesti* toimimaan työpaikan terveysvaarojen poistamiseksi ja huolehtimaan myös siitä, että yksittäisen työntekijän terveys ei työssä vaarannu[979]. Työterveyslain (L 743/1978) lähtökohta on kuitenkin, että potilaan hoito ja työpaikan terveysvalvonta tapahtuu saman henkilökunnan toimesta, joten erillistä tiedonsiirtoa potilastietojen osalta ei ole tarvetta tehdä. Työpaikan työterveyshuolto muodostaakin sellaisen kokonaisuuden, jossa on hyvin vaikea hoitohenkilökunnasta erotella PotL 13 §:n tarkoittamia sivullisia. Lieneekin niin, että nekin työterveyshuoltoon osallistuvat henkilöt, jotka eivät varsinaisesti potilasta hoida, osallistuvat PotL 13 §:n tarkoittamiin ”hoitoon liittyviin tehtäviin” suorittaessaan työpaikan terveysvalvontaa ja ovat näin oikeutettuja suoraan saamaan tietoja esim. työperäisistä sairauksista. Työterveyslain 6 § antaa lisäksi jonkinasteisen tiedonsaantioikeuden työsuojelutoimikunnalle ja työsuojeluvaltuutetulle eli henkilöille, jotka eivät missään tapauksessa osallistu sairaanhoitoon taikka potilasasiakirjojen laatimiseen[980].

Salassapitovelvollisuus yleensä lakkaa potilaan antaessa suostumuksensa tietojen käyttöön[981]. Suostumus oikeuttaa, muttei velvoita hoitohenkilökuntaa antamaan tietoja hoitosuhteen ulkopuoliselle taholle. Tietoja antaessaankin hoitohenkilökunnan tulee ajatella potilaan kokonaisetua[982]. Yksittäisiä tietoja voidaan luovuttaa potilasrekisteristä vain, jos luovutus tapahtuu rekisteröidyn suostumuksella taikka toimeksiannosta, luovutus perustuu nimenomaiseen lainsäädökseen, luovutus on osa rekisterinpitäjän tavanomaista toimintaa[983] (ja tämä on rekisteröidyn tiedossa) taikka luovutus tapahtuu tieteellistä tutkimusta taikka tilastointia varten. Mikäli luovutuksensaaja liittää saamansa tiedot osaksi omaa henkilörekisteriään tai perustaa uuden rekisterin, on luovuttajan huolellisuusvelvoitteensa takia varmistauduttava siitä, että myös kun luovutuksensaajalla on oikeus tallentaa luovutettavat tiedot henkilörekisteriin[984].

---

[979] Työterveyslaki 2 §.

[980] Vanhojen lääkintöhallituksen työterveyshuoltoa koskevien ohjeiden mukaan sellaisia asioita, jotka eivät kuulu salassapitovelvollisuuden piiriin ja jotka voidaan ilmoittaa työnantajan työturvallisuudesta vastaaville henkilöille ovat mm. todettu ammattitauti, työstä johtuvat sairausoireet, työntekijän liiallinen altistuminen terveydelle vaarallisille aineille sekä altistusta mittaavien kokeiden tulokset. LKH OhK 9.3.1983, Dno 1835/02/83. Ks. myös HE 75/2000 vp. (yksityiskohtaiset perustelut 7 §).

[981] Tuori 2000b, s. 567.

[982] Ks. laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 15 §.

[983] Esim. hoitopäivämaksujen perintä.

[984] STM 2001:3, s. 22.

On huomattava, että *tietojen luovutuksena pidetään jo pelkästään teknisen käyttöyhteyden luomista* henkilörekisteriin[985], mikä lienee käytännössä yleisin – ja harvoin luovutukseksi tiedostettu – arkaluonteisten tietojen [massa]luovutuksen muoto[986]. Käyttöoikeudet henkilörekisteriin antavan tahon tulisi käyttöoikeuksia antaessaan pystyä varmistautumaan paitsi siitä, että käyttöyhteyden saava henkilö on oikeutettu tiedot saamaan kyseiset tiedot, myös siitä, että hän saamiensa tietojen osalta pystyy noudattamaan henkilötietolainsäädännön vaatimuksia (mm. tietojen käyttötarkoitussidonnaisuuden osalta). Lisäksi rekisteröityä tulee informoida henkilörekisteriin luoduista käyttöyhteyksistä.

10.3. VIRANOMAISEN OIKEUS TERVEYSTIETOJEN LUOVUTTAMISEEN

Kuten edellä luvussa 5 on esitetty, suurin osa potilasasiakirjoja ja terveydentilatietoja koskevia salassapitosäännöksiä kieltää niiden ilmaisemisen *sivulliselle* ilman potilaan suostumusta. Sivullisen käsite taas on määritelty PotL:n 13 §:ssä, minkä säännöksen perusteella myös lakisääteisiä tehtäviään hoitava viranomainen on ”sivullinen”[987]. Vaikka nimenomainen tai konkludenttinen suostumus tietojen ilmaisemiseen tulisi aina hankkia ennen tietojen ilmaisemista, ei liene harvinaista, että jo pelkkä etuutta taikka lupaa koskevan hakemuksen jättämisen katsotaan merkitsevän suostumusta hakemukseen liittyvien terveydentilatietojen käyttöön etuusasiasta ratkaisun tekevän viranomaisen tai laitoksen sisällä[988]. Pelkkä etuushakemuksen jättäminen ei kuitenkaan merkitse, että henkilö olisi luopunut yksityisyyden suojastaan[989].

Etuutta koskevaa valitusasiaa ratkaistessaan esim. sosiaalivakuutuslautakunnat saavat käyttöönsä ei ainoastaan henkilön valituksensa yhteydessä toimittaman materiaalin, vaan myös henkilön terveydentilasta kertyneen koko dokumentaation[990]. Onkin mahdollista, että henkilö ei lopulta tiedä, mihin informaatioon lopullinen ratkaisu perustui, varsinkaan, mikäli päätöksen perusteluissa ei erik-

---

985 HetiL 6 §. Ks. myös Konstari 1992, s. 253.
986 Henkilötietolaki kumosi henkilörekisterilain tietojen massaluovutusta ja arkaluonteista otantaa koskevat säännökset, mikä ei kuitenkaan tarkoita sitä, etteikö suurten arkaluonteisten tietojoukkojen siirtoa voitaisi yhä toteuttaa hallinnon sisällä. Ks. Wallin AR 1998, s. 5–7.
987 Ks. Kuva 1.
988 SVL 68 § 2 mom toteaa nimenomaan, että paitsi sairausvakuutusasiaa käsittelevä viranomainen, myös valitusviranomainen on oikeutettu saamaan käsiteltävän asian ratkaisuun oikeuttavat tiedot.
989 EIT 27.8.1997, *M.S. vs. Sweden*.
990 Ks. edellä EIT 19.7.1995, *Kerojärvi-tapaus*.

seen todeta käytössä olleen materiaalin laajuutta (mikä ei yleensä liene tapana)[991].

Etuushakemusten osalta tulisikin Euroopan Ihmisoikeustuomioistuimen ratkaisukäytännön perusteella rajoittaa etuuden ratkaisevan tahon oikeutta käyttää yksipuolisesti hyväkseen potilaan ”sairaushistoriaa”. Käytännössä tietojen hankintaa voitaisiin rajoittaa esim. edellyttämällä, että hakija itse toimittaa hakemuksensa tueksi tarpeelliset tiedot taikka että viranomainen voisi käyttää tai pyytää potilasta hoitaneilta laitoksilta vain tietoja, jotka eivät ole esim. 1 vuotta vanhempia. Se yleistyvä käytäntö, jossa potilas antaa ”blanco-suostumuksen” terveydentilaansa koskevien tietojen luovuttamiseen etuus- tai hakemusasiaa ratkaisevalle viranomaiselle taikka laitokselle, ei ole potilaan oikeusturvan kannalta hyväksyttävä[992], koska potilas ei lopulta tiedä, mitä häntä tai hänen omaisiaan

---

[991] Ks. EIT 27.6.2000, *Nuutinen-tapaus*.

Kysymys siitä, oliko lapsen tapaamisoikeudesta annetun määräyksen täytäntöönpanossa käytetty tapauksen oloihin nähden riittäviä keinoja. Kysymys myös siitä, oliko lapsen huoltoa ja tapaamisoikeutta koskenut oikeudenkäynti kokonaisuudessaan kestänyt kohtuuttoman pitkän ajan, kun asia oli ollut vireillä yli 5 vuotta.

Tapauksessa kävi ilmi, mm. että käräjäoikeuden määräämät kaksi sovittelijaa liittivät kertomukseen salaisen muistion, joka ei ollut ollut aiemmin tuomioistuinten käytössä ja joka sisälsi tietoja, joita sosiaali- ja terveysministeriö oli hankkinut valmistellessaan vastausta valittajan EIK:lle tekemään valitukseen. Muistion mukaan ministeriön tarkastajalla oli erilaisia potilasasiakirjoja, jotka osoittivat, että valittajalla oli ollut henkisiä ongelmia jo vuosia. Käräjäoikeus otti huomioon myös valittajan mielentilasta rikosjutun yhteydessä vuonna 1990 annetut lääketieteelliset lausunnot sekä huolto- ja tapaamisasiassa annettuja asiantuntijan ja sosiaalilautakuntien lausuntoja.

EIT:lle jättämässään kirjelmässä valittaja väitti, että hallitus oli rikkonut EIS 6 artiklaa tukemalla hänen vastapuoltaan H:ta kotimaisessa oikeudenkäynnissä, josta hän oli tehnyt valituksen EIK:lle. Valittaja viittasi tältä osin siihen, että hänen potilasasiakirjansa oli paljastettu sosiaali- ja terveysministeriön pyynnöstä ilman hänen suostumustaan. Hänellä itsellään ei ollut ollut mahdollisuutta saada vastapuolestaan mitään salaista aineistoa. Lainvastaisesti hankitut potilasasiakirjat oli hyväksytty todisteiksi tuomioistuimissa. Siten hallituksen puuttumisen johdosta häntä ei ollut kohdeltu tasa-arvoisesti vastapuolensa kanssa. Potilasasiakirjojen paljastamisella oli rikottu myös hänen yksityiselämänsä suojaa. Hän ei nyt kyennyt käyttämään julkisen terveydenhuollon palveluksia pelätessään, että häntä koskevat asiakirjat paljastettaisiin myös tulevaisuudessa samalla tavoin laittomasti hänen vahingokseen.

EIT totesi, että tapauksen tutkintaa rajoitti valituksen tutkimisesta tehty EIK:n päätös, jossa oli käsitelty vain valittajan väitteitä koskien oikeudenkäynnin kestoa, myönnetyn tapaamisoikeuden laajuutta, sen täytäntöönpanon laiminlyöntiä sekä toimenpiteitä, joilla viranomaiset olivat pitäneet valittajalta salassa hänen tyttärensä olinpaikan ja muun häneen liittyneen tiedon. Siten EIT ei voinut tutkia oikeudenkäynnin oikeudenmukaisuutta koskevaa väitettä eikä väitettä siitä, että valittajan potilasasiakirjojen lainvastainen paljastaminen esti häntä käyttämästä julkisen terveydenhuollon palveluksia.

EIT katsoi kuitenkin tapauksessa, 1) että EIS 6 artiklan 1 kohtaa oli rikottu (yksimielisesti), 2) ettei EIS 8 artiklaa ollut rikottu (4–3) sekä 3) että valtion oli maksettava valittajalle korvausta aineettomasta vahingosta 20.000 mk ja oikeudenkäyntikuluista 10.000 mk arvonlisäveroineen vähennettynä 5.800 frangilla.

[992] Tämä kanta on esillä myös tietosuojavaltuutetun kannanotoissa, joissa suostumuksen arkaluonteisten tietojen rekisteröintiin on oltava nimenomainen kunkin tietotyypin osalta. Ks. edellä TSV DNo 368/41/88, TSV DNo 155/41/90, TSV DNo 704/45/89 sekä TSV DNo 41/45/90.

Edes rekisteröidyn suostumus ei oikeuta keräämään muita kuin käyttötarkoituksen kannalta tarpeellisia tietoja.

koskevia tietoja on esim. viranomaisten välillä liikuteltu saati viety eri viranomaisten rekistereihin. Hyvä hallintomenettely kuitenkin edellyttäisi, että kaikki päätökseen vaikuttavat asiat käyvät ilmi päätöksen perusteluista, mutta varsinkin sosiaaliturvan massapäätösten osalta näin ei useinkaan ole laita[993].

Salassapitosäännösten poikkeuksen perustyyppi on PotL 13 § 2 mom 1-kohdan mukainen säädös, joka sallii potilasasiakirjoihin sisältyvien tietojen ilmaisemisen tuomioistuimelle, muulle viranomaiselle tai yhteisölle, jolla on tiedon saantiin laissa säädetty oikeus. On huomattava, että ao. poikkeus koskee vain yksilöidyn potilaan tietojen ilmaisemista. Arkaluonteisten terveydentilatietoja sisältävän henkilörekisterin tietojen luovutusedellytykset taas on määritelty henkilötietolaissa[994]. Tietosuojavaltuutettu on omissa ratkaisuissaan katsonut, että sellainen säännöstyyppi, joka perustaa viranomaisen tehtäväksi esim. arkaluonteisten terveydentilatietojen käsittelyn, antaa oikeuden tällaisen arkaluonteisia tietoja sisältävän rekisterin perustamiseen, muttei anna oikeutta vaatia terveydentilatietojen luovuttamista ilman potilaan suostumusta[995]. Potilaslain, julkisuuslain ja henkilötietolain säännökset – ottaen vielä huomioon perustuslain takaaman yksityiselämän suojan – edellyttävätkin varsin selvästi sitä, että terveydentilatietoja vaativalla viranomaisella on joko potilaan *nimenomainen suostumus* tietojen saantiin taikka *nimenomaiseen lainsäännökseen perustuva oikeus* vaatia yksilöityjä tietoja yksittäisen kansalaisen terveydentilasta ja että näiden tietojen vaatiminen on kyseisessä tapauksessa *objektiivisesti arvioiden tarpeellista*[996]. Yksittäisellä viranomaisella ei siis ole omaehtoista oikeutta luovuttaa terveydentilatietoja toiselle viranomaiselle, vaan luovutuksen edellytyksenä on oltava joko kansalaisen antama lupa taikka toisen viranomaisen lakiin perustuva perusteltu vaatimus[997].

---

[993] Kulla 1999, s. 145–149.

[994] Myös luovutuksensaajalla tulee olla oikeus tallettaa ao. arkaluonteiset tiedot henkilörekisteriin.

[995] Ks. edellä TSV DNo 268/41/90.

[996] Ks. jäljempänä myös suhteellisuusperiaatteen merkityksestä.

[997] Myös KHO on ottanut kantaa viranomaisten väliseen henkilötietojen siirtoon:

KHO 14.3.1991 T 895: Lääkintöhallitus oli 19.1.1989 päivätyssä hakemuksessaan pyytänyt saada henkilöpohjaisten rekisteriensä ylläpitoon tuoreimman version henkilötunnusjärjestykseen tulostettua väestöluetteloa ja, että se saisi pitää hallussaan vuoden 1986 luettelon, jonka hallussapitoaika oli päättynyt 31.12.1988, kunnes tilattu versio on lääkintöhallituksen käytettävissä. Helmikuun 21 päivänä 1969 annetun väestökirjalain (141/69) 12 §:n 1 mom:n mukaan jokaisella on oikeus hyväksyttävää tarkoitusta varten saada väestökirjoista ja niihin kuuluvista asiakirjoista todistuksia, otteita, jäljennöksiä ja muita tietoja.

Yleisten asiakirjain julkisuudesta annetun lain 18 a §:n mukaan, sellaisena kuin se on 30 päivänä huhtikuuta annetussa laissa (472/87), teknisestä tallenteesta, joka muodostaa HenkRekL:ssa (471/87) tarkoitetun rekisterin, saa luovuttaa henkilötietoja mainitussa laissa tarkoitettuna massaluovutuksena vain, jos rekisteröity on antanut siihen suostumuksensa tai tietosuojalautakunta luvan taikka jos tietojen tällainen luovuttaminen tapahtuu muun lain tai asetuksen mukaisesti, ei kuitenkaan henkilörekisterilain 19 §:ssä säädetyillä perusteilla, tai jos tietojen luovuttaminen tapahtuu tieteellistä tutkimusta tai tilastointia varten ja jos luovutus täyttää HenkRekL:n 19 §:n 1 momentin 3 kohdan vaatimukset.

AOA DNo 1017/4/96, 29.12.1998: *Oikeus ilmaista yksityinen tai perheen salaisuus*.

Kantelijan mukaan sosiaalilautakunta ja sosiaalijohtaja olivat antaneet lääninoikeudelle ja korkeimmalle hallinto-oikeudelle kantelijaa koskevia, lain mukaan salassa pidettäviä tietoja. Lautakunnan lääninoikeudelle antamassa selityksessä ja siihen liitetyssä sosiaalijohtajan lääninhallitukselle samasta asiasta antamassa lausunnossa oli tuotu esiin muun muassa se, että kantelija oli ollut usean vuoden ajan kaupungin sosiaalitoimiston asiakas. Lisäksi oli tuotu esiin kantelijan saaman toimeentulotuen markkamäärä ja mainittu erikseen lääke- ja terveydenhuoltomenojen osuus siitä. Kantelun johdosta annetuissa lausunnoissa ja selvityksissä kiistettiin, että lautakunnan puheenjohtaja tai sosiaalijohtaja olisivat ilmaisseet laittomasti kantelijaa koskevia salassa pidettäviä tietoja.

AOA viittasi ratkaisussaan Euroopan ihmisoikeussopimuksen 8 artiklaan, jonka mukaan jokaisella on oikeus nauttia yksityis- ja perhe-elämäänsä kohdistuvaa kunnioitusta, ja YK:n kansalaisoikeuksia ja poliittisia oikeuksia koskevan yleissopimuksen 17 artiklaan, jonka mukaan kenenkään yksityiselämään ei saa puuttua mielivaltaisesti ja laittomasti. AOA kiinnitti huomiota myös sosiaalihuoltolain 57 §:ään, jonka mukaan kunnan palveluksessa olevat ja kunnan luottamushenkilöt eivät saa ilman asianomaisen lupaa ilmaista yksityistä tai perheen salaisuutta, josta he ovat asemansa ja tehtäviensä perusteella saaneet tietää. Tämä ei kuitenkaan estä asian ilmaisemista sille, jolla viran puolesta on oikeus saada asiasta tieto. Lisäksi hän kiinnitti huomiota yleisten asiakirjain julkisuudesta annetun lain 23 §:ään, jonka mukaan salassa pidettävää asiakirjaa ei saa näyttää eikä jäljennöstä saa antaa muille kuin tuomioistui-

---

Hallituksen esityksessä HenkRekL:ksi ja siihen liittyviksi laiksi (HE 49/1986 vp., s. 59) mainitaan tosin esimerkkinä sellaisesta lainsäädännöstä, jossa erityissäännökset syrjäyttävät yleisten asiakirjain julkisuudesta annetun lain 18 a §:n, väestökirjalain 12 §.

Tammikuun 1 päivänä 1971 ja siis ennen HenkRekL:n (471/87) antamista voimaan tulleen väestökirjalain 12 §:n 1 momentin säännöksessä ei ole kuitenkaan nimenomaisesti säädetty henkilötietojen luovuttamista väestöluettelosta massaluovutuksena eikä tällaisen luovuttamisen edellytyksiä. Tällaisia erityissäännöksiä ovat sitä vastoin esimerkiksi asevelvollisuuslain soveltamisesta annetun asetuksen 12 §, joka koskee kutsuntaluettelojen laatimista varten väestön keskusrekisteristä annettavia tietoja, ja kunnan kouluhallinnosta annetun asetuksen 9 § seitsemän vuotta täyttävien lapsien luettelosta sekä vaalilaeissa olevat säännökset vaaliluetteloiden pohjaksi kirjoitettavista pohjaluetteloista.

Tammikuun 1 päivänä 1988 voimaan tulleen HenkRekL:n 2 §:n 8 kohdassa on määritelty massaluovutus koko henkilörekisterin tai suurehkoa määrää rekisteröityjä koskevien henkilötietojen luovutukseksi. Yleisten asiakirjain julkisuudesta annetun lain 18 a §:n mukaan, joka koskee viranomaisten rekistereistä tapahtuvia massaluovutuksia, hakemuksessa tarkoitetun väestöluettelon käsittävän henkilörekisterin sai, kun tietojen tällaista luovuttamista ei ollut väestökirjalain 12 §:n 1 momentissa säännelty eivätkä säännöksessä asetetut muutkaan edellytykset täyttyneet, näin ollen luovuttaa lääkintöhallitukselle vain tietosuojalautakunnan antamalla edellä mainitussa 18 a §:ssä tarkoitetulla luvalla. Koska hakija ei ollut esittänyt tällaista eli yleisten asiakirjain julkisuudesta annetun lain 18 a §:n 1 mom:n 1 kohdassa tarkoitettua tietosuojalautakunnan lupaa, väestörekisterikeskus ei ollut voinut suostua hakemukseen.

Vaikka kyseinen KHO:n ratkaisu ei koske suoraan potilasasiakirjoja, on se sikäli merkittävä, että se asettaa luovutuksen kieltävän säännöksen *ensisijaiseksi* tietojen luovuttamiseen oikeuttavaan yleissäännökseen nähden.

mille tai muulle viranomaiselle, milloin niillä on viran tai julkisen toimen puolesta oikeus saada siitä tieto. AOA korosti, että sosiaalihuoltolain 57 §:ssä ei säännellä sitä, milloin viranomaisella on oikeus saada viran puolesta tieto salassa pidettävästä asiasta. Lähtökohtana on pidettävä, että salassa pidettäviä tietoja voidaan luovuttaa vain sellaiselle viranomaiselle tai muulle julkisia tehtäviä hoitavalle, jolla on erikseen säädetty oikeus saada tietoja. Pelkästään yleinen säännös velvollisuudesta antaa tai oikeudesta saada virka-apua ei siten yleensä riitä perusteeksi luovuttaa salaisia tietoja. Viranomaisen oikeus tietoihin on ratkaistava tapauksittain. Tällöin on punnittava vastakkain toisaalta salassapitoa perustelevia näkökohtia kuten yksityisyyden suojaa ja toisaalta niitä intressejä, jotka tukevat tietojen antamista. AOA:n mielestä lääninoikeuden ja korkeimman hallinto-oikeuden oikeus saada tietoa myös salassa pidettävästä asiasta on perusteltavissa hallintolainkäytössä noudatettavalla selvittämisperiaatteella, josta ei kuitenkaan ollut laissa nimenomaista säännöstä ennen 1.12.1996 voimaan tullutta hallintolainkäyttölakia. *Oikeus saada tietoa salassa pidettävistä asioista ei ole kuitenkaan luonteeltaan yleinen, vaan se on perusteltava erikseen kussakin yksittäistapauksessa ja rajattava välttämättömään tarpeeseen*. Kantelun kohteena olevassa tapauksessa tämä tarkoitti sitä, että periaatteessa lääninoikeudella ja korkeimmalla hallinto-oikeudella oli oikeus saada salassa pidettäviä tietoja, jos ne olivat välttämättömiä asian selvittämiseksi. AOA:n käsityksen mukaan kantelijan saaman toimeentulotuen markkamäärän paljastamiselle ei voinut tuossa yhteydessä olla perustetta, ei myöskään tiedolle siitä, miten suuri osa hänen saamastaan toimeentulotuesta meni terveydenhuolto- ja lääkekuluihin. Tulkinnanvaraisempi kysymys oli se, oliko sosiaalilautakunnalla oikeus ilmaista kantelijan asiakassuhde sosiaalitoimistoon. Sosiaalilautakunnan mielestä kantelijan asiakassuhde sosiaalitoimistoon oli keskeinen seikka, jolla arvioitiin hänen oikeuttaan saada tutustua tutkimusluvan nojalla kaupungin sosiaalitoimen asiakirjoihin. Tieto oli lautakunnan mielestä tarpeen myös lääninoikeudelle ja korkeimmalle hallinto-oikeudelle. AOA korosti, että eräs keskeinen syy kantelijan poikkeukselliseen suhteeseen sosiaalitoimeen oli lautakunnan näkemyksen mukaan juuri hänen asiakassuhteensa sinne. Tätä seikkaa oli arvioitu myös korkeimman hallinto-oikeuden kahden jäsenen jättämissä eriävissä mielipiteissä. Tämä oikeutti AOA:n mielestä päättelemään, että sosiaalitoimen menettelynsä tueksi esittämistä näkökohdista asiakassuhteella on nimenomaisesti ollut merkitystä ratkaistaessa kysymystä kantelijan oikeudesta saada tutustua kaupungin sosiaalitoimen asiakirjoihin. AOA mielestä tulkinnanvaraisessa tilanteessa olisi kuitenkin tullut pyrkiä siihen, että salassa pidettäviä tietoja ei olisi paljastettu. Hän ei kuitenkaan pitänyt sosiaalitoimen menettelyä tältä osin lainvastaisena. AOA päätyi siihen, että sosiaalilautakunnan puheenjohtaja ja sosiaalijohtaja olivat menetelleet virheellisesti siinä, että he olivat vastoin sosiaalihuoltolain 57 §:n säännöksiä ilmaisseet kantelijaa koskevia salassa pidettäviä tietoja (kantelijan saaman toimeentulotuen määrä ja terveydenhuoltomenot). Hän saattoi käsityksensä sosiaalilautakunnan ja sosiaalijohtajan tietoon.

Tietoja saavan tahon kannalta on huomattava myös, että *arkaluonteisten tietojen rekisteröinti on kiellettyä potilaan suostumuksesta riippumatta*, silloin kuin tiedot eivät ole rekisterin käyttötarkoituksen kannalta tarpeellisia taikka yhteysvaa-

timus rekisterinpitäjän ja rekisteröidyn välillä ei täyty[998]. Vaikka terveydentilaa taikka sairautta koskevia tietoja sisältävien rekisterien osalta tietoja tarvitsevalla on käytännössä lähes aina myös oikeus ainakin jonkinasteiseen tietojen rekisteröimiseen, on tiedostojen luovutuksien rajoitteena kuitenkin perustuslain perusoikeuden edistämisvelvollisuudesta johtuva velvoite pyrkiä edistämään kansalaisen yksityiselämän suojaa[999]. Kirjoittajan tulkinnan mukaan *arkaluonteisia tietoja sisältävät rekisterit loukkaavat potentiaalisesti aina yksityisyyden suojaa*[1000], joten tietoja luovuttavalla rekisterinpitäjällä ja luovutuksensaajalla onkin aina myös perusteluvelvollisuus siitä, että näin ei ko. tietojen luovutuksessa ole laita.

Eräissä erityistilanteissa on lainsäädännössä selvennetty rekisterinpitäjän oikeutta luovuttaa terveydentilaa koskevia erityistietoja: Kansaneläkelaitoksella on SVL 67 a §:n mukaan oikeus luovuttaa potilaan lääkeostoja koskevia tietoja lääkkeet määränneelle lääkärille, mikäli potilas on näitä lääkkeitä hankkinut enemmän kuin sairauden hoito edellyttää[1001]. KELA voi toimittaa potilaiden lääkekorvauksia koskevia tietoja myös apteekeille. Kummassakin tapauksessa KELA:n on kuitenkin ennen tietojen luovuttamista ilmoitettava potilaalle tietojen antamisesta. Niin ikään voi tapaturmavakuutusta hoitava vakuutuslaitos tapaturmavakuutuslain 64a §:n perusteella antaa tietoja työtapaturmasta tai ammattitaudista Työterveyslaitokselle työperäisten sairauksien rekisteriä varten. Tietojen antoon vakuutuslaitoksesta Työterveyslaitokselle ei tarvita potilaan suostumusta.

Potilaan suostumuksen voi eräissä tilanteissa korvata myös viranomaisen antama lupa. JulkL 28 §:n mukaan voi viranomainen yksittäistapauksessa myöntää luvan tiedon saantiin salassa pidettävästä asiakirjasta tieteellistä tutkimusta, tilastointia taikka viranomaisen suunnittelu- tai selvitystyötä varten, jos on ilmeistä, ettei tiedon antaminen loukkaa niitä etuja, joiden suojaksi salassapitovelvollisuus on säädetty.[1002]. Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksesta annetun lain (L 1074/1992) 6 § 2 mom:n mukaan terveydenhuollon oikeusturvakeskus voi antaa salassapitovelvollisuutta koskevien säännösten estämättä asiantuntijoinaan käyttämille viranomaisille, yhteisöille ja henkilöille luvan saada tehtäviensä suorittamiseksi välttämättömiä tietoja. Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen antama lupa voi siis korvata potilaan suostumuksen, mutta tässäkin tapauksessa voi perustellusti kysyä, edellyttääkö hallinnon tarkoitussidonnaisuuden periaate ja pe-

---

998 Esim. ajallinen etäisyys rekisteröidyn tapahtuman ja nykyhetken välillä on kasvanut.

999 Ks. edellä TSL No 6/27.2.1989.

1000 Jos näiden tietojen rekisteröinti ei loukkaisi yksityisyyden suojaa, sitä tuskin olisi HenkRekL:ssa pääsääntöisesti kielletty.

1001 Kansaneläkelaitos voi toimittaa myös tietoja lääkäristä ja tämän määräämistä lääkkeistä terveydenhuollon oikeusturvakeskukselle, mikäli lääkäri on toistuvasti määrännyt lääkkeitä huomattavasti yli sen, mitä sairauden hoitoon nähden on tarpeellista.

1002 Ko. säännös koskee myös JulkL 21 § 25-kohdan perusteella salassa pidettäviä asiakirjoja, jotka sisältävät tietoja henkilön terveydentilasta tai vammaisuudesta taikka hänen saamastaan terveydenhuollon ja kuntoutuksen palvelusta.

rustuslain takaaman yksityiselämän suoja, että tietojen luovutuksen perusteena olisi ensisijaisesti potilaalta pyydetty suostumus. Esimerkiksi Euroopan Neuvoston ministerikomitean sosiaaliturvan tietosuojaa koskevan suosituksen mukaan, henkilöä koskevat tiedot tulisi hankkia henkilöltä itseltään aina kun se on mahdollista[1003]. Vain tapauksissa, joissa suostumusta ei voida saada (esim. potilas on kuollut) taikka joissa suostumusta ei ole haluttu antaa, mutta tietoja pidetään (perustellusti) vastoin potilaan omaa kantaa asian selvittämiselle välttämättöminä, voi viranomaisen antama lupa korvata potilaan suostumuksen[1004]. Tällöinkin pitäisi tietoja haluavan viranomaisen suorittaa intressivertailu kansalaisen yksityisyyden suojan ja viranomaisen tiedontarpeen välillä.

On muistettava, että esim. Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen antama lupa koskee vain poikkeamista salassapitovelvoitteesta. Se ei oikeuta terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen käyttämiä asiantuntijoita poikkeamaan henkilötietolain arkaluonteisten tietojen rekisteröintiä koskevista säännöksistä. STAKES:lla sen sijaan on terveydenhuollon valtakunnallisia henkilörekisterejä koskevan lain (L 556/1989) mukaan oikeus saada tietoja muiden terveydenhuollon laitosten taikka ammattihenkilöiden arkaluonteisista asiakirjoista ja rekistereistä, mutta vain siinä määrin kuin tietoja tarvitaan lain 2 §:ssä tarkoitettuihin rekistereihin[1005]. Henkilötietolain rekisteriselostetta koskevat säännökset koskevat näitäkin rekisterejä ja ainoa keino yksittäiselle kansalaiselle selvittää, mihin rekistereihin häntä koskevia tietoja on viety, on pyrkiä ko. rekisterien kuvauksista löytämään ne mahdolliset rekisterit, joihin häntä koskevia tietoja on voitu viedä ja sitten käyttää tarkastusoikeuttaan. Erillistä ilmoitusta rekisteröidylle tällaisesta henkilön arkaluonteisia terveydentilatietoja sisältävästä rekisteristä ei rekisterinpitäjän tällä hetkellä tarvitse tehdä. Tätä tilannetta ei voine pitää tyydyttävänä kansalaisen yksityiselämän suojan kannalta, eikä tietosuojadirektiivin vaatimusten mukaisena.

Eräs erityistilanne, jossa terveydenhuollon ammattihenkilö on oikeutettu muutoin salassapidettävien potilastietojen (rajalliseen) ilmaisemiseen, on potilaan laiminlyönti suorittaa tutkimuksesta ja hoidosta veloitettu maksu[1006]. Terveydenhuollon ammatinharjoittaja on oikeutettu perimään tällaisen saatavan samoin kuin muunkin saatavan, ja myös julkisen terveydenhuollon yksikkö on oikeutettu perimään asetuksessa säädetyn poliklinikka- tai hoitopäivämaksun. On huomattava, että vaikka saatavan perusteen ilmaiseminen saatavan perimi-

---

[1003] Euroopan Neuvoston Ministerikomitean jäsenvaltioille hyväksymä suositus R(86) 1, pykälä 3.2.

[1004] Ks. edellä TSV DNo 381/41/92.

[1005] Tällaisia rekisterejä ovat hoitoilmoitusrekisteri, syntyneiden lasten rekisteri, lääkkeiden sivuvaikutusrekisteri, raskauden keskeyttämis- ja steriloimisrekisteri, syöpärekisteri, epämuodostumarekisteri, näkövammarekisteri ja implantaattirekisteri. Ko. rekistereiden tietosisältö on kuvattu terveydenhuollon valtakunnallisista henkilörekistereistä annetussa asetuksessa (A 774/1989).

[1006] Ks. asiakasmaksulaki (L 734/1992) 17 §.

seksi on oikeutettua, ei saatavan olemassaolo mahdollista poikkeamista henkilötietolain arkaluonteisen terveydentilatietojen rekisteröintikiellosta tiedon rekisteröimiseksi esim. luottotietoihin[1007].

[1007] TEO DNo 1553/475/93, 21.10.1996: *Kuolleen potilaan maksuhäiriömerkintä:*
Ulosottoyritys oli koskenut kaupungin psykiatrisen klinikan hoitomaksuja. Maksuhäiriötieto luottotietorekisterissä oli johtunut epäonnistuneesta ulosottoyrityksestä. Sairaalan maksuliikenteestä vastaaminen ei kuulunut lääkärin virkavelvollisuuksiin tai ammattitoimintaan, joten TEO:n käsityksen mukaan lääkäreitä ei voitu pitää vastuullisena siitä, että maksuhäiriötä koskeva merkintä oli ollut luottotietorekisterissä vielä potilaan kuoleman jälkeen.

11. Terveydentilatietojen vaatimiseen oikeuttavat säännökset

11.1. TIETOJEN VAATIMISTA RAJOITTAVAT HALLINTO-OIKEUDELLISET PERIAATTEET

Salassapitoa rajoittavat säännökset muodostavat ongelman perustuslain 10 §:n takaaman yksityiselämän suojan toteutumisen kannalta. Varsinkin tosiasiallisessa hallintotoiminnassa – kuten julkisessa terveyden- ja sairaanhoidossa – alan lainsäännökset jättävät säännöksiä toteuttaville viranomaisille suhteellisen paljon harkintavaltaa. Spesifien lainsäännösten lisäksi viranomaisen ja virkamiehen toimintavapautta rajoittavat kuitenkin hallinnon yleiset oikeusperiaatteet[1008]. Nämä periaatteet ovat muotoutuneet ja saaneet konkreettista sisältöä hallinto-oikeudellisessa oikeuskirjallisuudessa ja hallintolainkäytössä[1009]. Vakiintuneisiin oikeusperiaatteisiin katsotaan kuuluvan yhdenvertaisuusperiaatteen, objektiviteettiperiaatteen, suhteellisuusperiaatteen ja tarkoitussidonnaisuuden periaatteen[1010]. Yhdenvertaisuusperiaate ja objektiviteettiperiaate voidaan johtaa suoraan perustuslain 6 ja 21 §:n säännöksistä[1011]. Suhteellisuusperiaate puolestaan on kasvattanut merkitystään Suomen liityttyä Euroopan Unioniin, jonka hallintotoiminnan oikeudellisessa kontrollissa suhteellisuusperiaatteella on suuri merkitys[1012]. Tarkoitussidonnaisuuden periaate taas perustuu oikeustieteelliseen oppiin harkintavallan väärinkäytön (*détournement de pouvoir*) kiellosta, joka vähitellen on saavuttanut vakiintuneen aseman itsenäisenä oikeusperiaatteena[1013].

Hallinto-oikeuden yleiset oikeusperiaatteet koskevat kaikkea hallintotoimintaa. Niillä on kuitenkin erityinen merkitys tilanteissa, joissa hallinnon toiminnalla puututaan yksilön oikeuksiin. Loukkauksen kohteeksi joutunut voi yleensä

[1008] Tuori 1999d, s. 726–730, Kulla 1999, s. 35–37. Ks. EU-oikeuden osalta myös Mäenpää 2001, s. 202–204.
[1009] Merikoski 1968, 68–70.
[1010] Mäenpää 2001, s. 213–221.
[1011] KM 1992:3, s. 211–212: Hyvään hallintoon kuuluu vaatimus virkatoiminnan puolueettomuudesta ja asianmukaisuudesta. Voidaankin hyvin ajatella, että perustuslakiin kirjattu vaatimus hyvästä hallinnosta merkitsee juuri näiden vakiintuneiden hallinto-oikeudellisten periaatteiden säädännäistämistä. Ks. myös Tähti 1995, s. 225–226 ja 265–266.
[1012] Mäenpää 2000, s. 19–197.
[1013] Konstari 1979. Ks. myös Tähti 1995, s. 220. Tähden mukaan erityisesti Merikosken oikeustieteelliset tutkimukset, joissa osoitettiin korkeimman hallinto-oikeuden soveltaneen periaateargumentoinnin tapaista muotoilua päätöksissään vahvistivat harkintavallan väärinkäytön kiellon asemaa oikeusjärjestyksessä.

hallintotuomioistuimessa vaatia periaatteita noudattamattoman, vaikka muutoin lainmukaisen, hallintotoimen kumottavaksi. Henkilön yksityiselämää koskevien tietojen käsittely viranomaisen sisällä on kuitenkin vaikeasti kontrolloitavissa ja esimerkiksi hallintomenettelyä yleisesti koskevat säännökset (kuten henkilön kuuleminen) eivät käytännössä tule sovellettavaksi, mikäli tietoja ei kerätä varsinaista hallintopäätöstä varten[1014]. Hallinto-oikeudelliset periaatteet rajoittavat viranomaisen toimintavapautta myös tilanteissa, joissa kansalaiseen kohdistuva julkinen vallankäyttö on pelkkää tiedonhankintaa taikka hankittujen tietojen käsittelyä tavalla, joka loukkaa henkilön yksityiselämää. Yleiset hallinto-oikeudelliset periaatteet täydentävät tietosuojaperiaatteiden suojamaa yksityisyyden sfääriä edellyttämällä[1015], että tietosuojaperiaatteiden mukaisestikin toteutettu hallinto toimii tasapuolisesti ja yhteiskunnallisesti hyväksyttäviä tarkoituksia toteuttaen sekä puuttumatta henkilöiden yksityiselämään enempää, kuin on objektiivisesti arvioiden välttämätöntä näiden päämäärien toteuttamiselle[1016].

Hyvän hallinnon vaatimus pyrkii osaltaan estämään viranomaisten tai yksittäisten virkamiesten mielivaltaista toimintaa. Mielivaltaisuus voi käytännössä merkitä virkamiehen henkilökohtaisten pyrkimysten, tilapäisten mielijohteiden tai muun sattumanvaraisen käytöksen toteuttamista hallintotoiminnassa[1017]. Esimerkkinä tästä nykypäivänä voi aivan hyvin olla ”surffailu” hallinnon tietokannoissa ja tietojen keruu jostakin yksittäisestä henkilöstä, joka on sattunut olemaan hallinnon asiakkaana[1018]. Arvioitaessa tällaisen toiminnan ”mielivaltaisuutta” on ensisijaisena kysymyksenä se, kuuluuko tiedonkeruu kyseisistä asioista ollenkaan kyseisen viranomaisen kompetenssipiiriin. Toisaalta voidaan kysyä, onko tiedonkeruun tarkoituksena todellisuudessa ollut viranomaisen kompetens-

---

[1014] Hallintomenettelylain (L 598/1982) 14–28 §:ää sovelletaan vain, kun päätetään jonkun edusta, oikeudesta tai velvollisuudesta (HMenL 1 §).

Kuulemisvelvollisuus koskee kuitenkin myös hallinnollisia suunnitelmia silloin, kun suunnitelmalla ilmeisesti on oikeusvaikutuksia hallinnon ulkopuolelle (ks. Kulla 1999, s. 127–128).

[1015] Ks. Kuva 2.

[1016] Wallin ja Konstari 2000, s. 44–48.

[1017] Konstari 1979, s. 4–6. Yhtenä ryhmän mielivaltaista vallankäyttöä on myös sellainen päätöksenteko, jossa ei noudateta kulloinkin kysymyksessä olevan yhteiskuntapolitiikan lohkon tavoitteenasetteluja taikka jota ei yleisesti koeta legitiimiksi.

[1018] Nuori Lääkäri 2000, s. 63–66 ja siinä esitetty TEO:n ratkaisu, jossa TEO antoi sairaanhoitajalle vakavan huomautuksen tämän tutustuttua terveyskeskuksen ATK-järjestelmässä useiden sellaisten henkilöiden asiakirjoihin, joihin hänellä ei ollut hoitosuhdetta.

Ks. myös TEO DNo 1836/475/97, 18.12.1997: *Kysymys siitä, oliko sairaanhoitajan HIV-positiivisuus muun hoitohenkilökunnan tiedossa:*

TEO yhtyi Lääninhallituksen ratkaisuun, jossa oli kiinnitetty yliopistosairaalan toiminnasta vastaavien huomiota potilasasiakirjojen ja potilasasiatietoja sisältävien rekisterien henkilörekisterilain huolellisuus- ja suojaamisvelvoitteiden ja toiminta koskevien salassapitosäännösten huomioon ottamiseen siten, että potilasasiakirjatietojen tietosuoja ei vaarannu myöskään sairaalan sisäisessä toiminnassa ja että tietosuojan toteutumista voidaan riittävän tehokkaasti myös sisäisen toiminnan osalta seurata ja valvoa.

sipiiriin kuuluvan asian hoitaminen[1019]. Jos näin ei ole ollut, loukkaa tietojen keruu vaatimusta hallintotoiminnan tarkoitussidonnaisuudesta[1020].

Lähtien olettamuksesta, että viranomaiset pääsääntöisesti keräävät vain tietoja, joita objektiivisestikin arvioiden voidaan pitää hyödyllisinä viranomaiselta edellytettyjen tehtävien suorittamisessa (eli että ne eivät syyllisty harkintavallan väärinkäyttöön), voidaan viranomaisen laillisen tiedonhankinnan merkittävämmäksi käytännön rajoittamisperiaatteeksi kuitenkin nostaa vaatimus tiedonkeruun kohtuullisuudesta suhteutettuna viranomaisen tiedontarpeeseen ja henkilön yksityiselämän suojaan. Kohtuusvaatimukseen liittyy kiinteästi edellä mainittu suhteellisuusperiaate[1021], jota Euroopan Unionin hallinto-oikeusjärjestelmässä edellytetään noudatettavan tiukemmin kuin mitä suomalaisessa hallintolainkäytössä on välttämättä vaadittu. Euroopan Unionin oikeudessa suhteellisuusperiaatteeseen kuuluu kolme peruselementtiä[1022]: Hallintotoimen on oltava hallinnon kannalta *yleisesti asianmukainen ja tehokas* sekä sopivassa suhteessa perusteltuun tavoitteeseen tai toteutettavaan päämäärään. Hallintotoimen on myös oltava *tarpeellinen ja välttämätön tavoitteen saavuttamiseksi*. Välttämättömyyttä tulee arvioida myös toimen kohteen – ei pelkästään hallinnollisten tarpeiden – kannalta. Käytetyistä keinoista tuleekin valita *vähiten rajoittava tai oikeuksiin puuttuva hallintotoimen laji*. Arkaluonteisten tietojen keruun osalta vaatimus tämän periaatteen noudattamisesta merkitsee, että tällaisia tietoja tulee kerätä vain niin vähän, kuin on välttämätöntä viranomaisen tarpeellisten tehtävien toteuttamiseksi[1023]. On muistettava, että EU-Suomessa viranomaisten tiedonhankinta ja viranomaisten välinen tiedonsiirto ei suinkaan tapahdu vain kansallisia tarpeita varten vaan myös osana jäsenmaiden välistä yhteistyötä. Tiedonsiirto esimerkiksi turvallisuuskysymyksissä on jo varsin laaja-alaista[1024].

[1019] Ks. Konstari 1979, s. 68–73 ja 106–109.

[1020] Ehdottomasti kiellettyjä premissejä ovat hallinnon toiminnan perustaminen oman yksityisen intressin edistämiseen, toisen yksityisen henkilön intressin edistämiseen, toisen yksityisen henkilön vahingoittamiseen taikka yleisen edun huomioimisen laiminlyöminen. Konstari 1979, s. 117–118.

[1021] Tähti 1995, s. 232.

[1022] Mäenpää 2001, s. 214.

[1023] Tiedon keruu sinänsä voi toisaalta olla viranomaisen toiminnan tarkoitus, mutta tällöin yleiset tietosuojaperiaatteet nousevat keskeiseen asemaan arvioitaessa tiedonkeruun hyväksyttävyyttä kokonaisuutena.

[1024] Heinonen ja Hannula 1999, s. 86–87. Esim. ns. luotettavuuslausuntojen kohteena olevien henkilöiden oikeusturvaan liittyy monia ongelmia, koska pääsääntöisesti henkilöllä itsellään ei ole mahdollisuutta tarkistaa hänestä koottujen tietojen oikeellisuutta. On huomattava, että EU:n oikeusjärjestyksen tavoitteet ihmisoikeuksien ja perusvapauksien turvaamisesta samoin kuin yhteisön oikeuden keskeiset oikeusperiaatteet koskevat myös jäsenmaiden välistä tiedonsiirtoa. Kansallisilla viranomaisilla ja tuomioistuimilla on myös velvollisuus soveltaa yhteisön oikeutta (esim. tietosuojadirektiiviä) siten, ettei ristiriitaa EU-oikeuden ja kansallisten säännösten välille synny. Ks. Joutsamo et al. 2000., s. 311–312. Ks. luotettavuuslausunnoista myös Raatikainen 1999, s. 152–156.

Edellä esitetyt oikeusperiaatteet rajoittavat omalta osaltaan julkisen hallinnon mahdollisuuksia vaatia tietoja salassapidettävistä asiakirjoista ja näin loukata henkilön yksityiselämän suojaa. Seuraavassa tarkastellaan joitain tietojen vaatimiseen oikeuttavia säännöksiä. Näiden säännösten perusoikeusmyönteinen tulkinta varmistaa sitä, että yksityiselämään puuttuminen yksittäistapauksessa ole kohtuutonta.

11.2. VÄESTÖTIEDOT JA VALTAKUNNALLISET REKISTERIT

Hallinnon henkilörekistereiden perustietona ovat väestötiedot[1025]. Asetus syntymän ja kuoleman rekisteröinnistä (A 824/1970) edellyttää, että syntymätodistuksen antavan lääkärin tai kätilön on lähetettävä kappale syntymätodistuksesta väestörekisterin pitäjälle[1026]. Väestötietojärjestelmää on viime vuosina uudistettu ja väestötietolakiin (L 507/1993) on lisätty säädös, jonka mukaan synnytykseen osallistunut terveydenhuollon ammattihenkilö on velvollinen ilmoittamaan lapsen syntymästä väestötietojärjestelmään[1027].

Myös kuolleena syntyneen lapsen tiedot toimitetaan väestörekisteriin. Sen lisäksi, että tieto syntymästä annetaan väestörekisteriin ja synnytystapahtumaa koskevat tiedot viedään sekä äidin että syntyneen lapsen potilasasiakirjoihin, edellyttää terveydenhuollon valtakunnallisista henkilörekistereistä annetun lain 3 § tietojen antamista sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimus- ja kehittämiskeskuksen (STAKES) valtakunnallisiin rekistereihin[1028]: Tiedot syntyneistä lapsista toimitetaan STAKES:in syntyneiden lasten rekisteriin[1029]. Mikäli lapsella on epä-

---

[1025] Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta 1996, s. 11–13.

[1026] Asetus syntymän ja kuoleman rekisteröinnistä 3 §.

[1027] L 857/1997, 11 §: Terveydenhuollon toimintayksikön ja terveydenhuollon ammattihenkilön on ilmoitettava lapsen syntymästä väestötietojärjestelmään siten kuin asetuksella tarkemmin säädetään. Lapsen äidin tai sen, jonka hoidossa lapsi on, on asetuksella tarkemmin säädettävissä tapauksissa ilmoitettava tieto lapsen syntymästä terveydenhuollon toimintayksikölle tai terveydenhuollon ammattihenkilölle väestötietojärjestelmään edelleen toimitettavaksi.

Terveydenhuollon toimintayksikön, lääkärin ja lääninhallituksen velvollisuudesta ilmoittaa tieto kuolemasta väestötietojärjestelmään säädetään erikseen. Ks. myös HE 56/1997 vp., s 7.

[1028] STAKES on kuitenkin ylläpitänyt lain sallimien rekisterien lisäksi myös muita ”toimialan mukaisia tilasto- ja rekisteriaineistoja”, kuten rekisteriä sosiaalihuollon laitoshoidoista, toimeentulotukirekisteriä, päihdetilastoja, (HE 5/2001 vp.), jotka ovat selkeästi ristiriidassa henkilön yksityiselämän suojan kanssa (ks. STM 1998: 18, s. 12–15). Näiden rekisterien ylläpitäminen voidaan nyttemmin perustaa 1.7.2001 voimaan tulleeseen lakiin STAKES:in tilastotoimesta (L 409/2001), joskin rekisteröityjen oikeusturva ei vieläkään täytä EN:n tietosuojasopimuksen ja EU:n tietosuojadirektiivin vaatimuksia.

[1029] A terveydenhuollon valtakunnallisista henkilörekistereistä 3 §: Syntyneiden lasten rekisteriin tallennetaan äidin henkilötiedot, lasta koskevat tiedot, äidin raskauksiin ja synnytyksiin koskevat tiedot sekä sairaalaa koskevat tiedot.

muodostumia, tiedot niistä toimitetaan STAKES:in epämuodostumarekisteriin[1030]. Abortoitujen sikiöiden tiedot viedään STAKES:in raskauden keskeyttämis- ja steriloimisrekisteriin. Tietoja keinohedelmöitetyn sikiön isästä ei toistaiseksi rekisteröidä, mutta tästäkin asiasta on käyty keskustelua bioetiikkalainsäädännön valmistelun yhteydessä[1031] ja tulevaisuudessa tiedot siemennesteen luovuttajasta tullaan ilmeisesti rekisteröimään terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen rekisteriin[1032].

Mikäli lapsen isä on jäänyt epäselväksi, toimittaa lastenvalvoja isyyslain (L 700/1975) 6 §:n nojalla viran puolesta isyyden selvittämisen, jollei äiti selvityksen jatkamista vastusta. Lastenvalvojalla on sosiaalihuoltolain (L 710/1982) 56 §:n nojalla oikeus saada isyyden selvittämiseksi tarpeelliset lääketieteelliset selvitykset lääkärin- ja sairaanhoitohenkilökunnan salassapitovelvollisuuden estämättä[1033].

Useimmissa tapauksissa tiedot raskaudesta toimitetaan Kansaneläkelaitokselle jo ennen lapsen syntymää vanhempainrahan ja äitiysavustuksen maksamista varten. Äitiysrahan maksamista varten vanhemmat toimittavat Kansaneläkelaitokselle ilmoituksen lapsen syntymästä. Kansaneläkelaitos antaa vastasyntyneelle sosiaaliturvatunnuksen ja vie tiedot syntyneestä Kansaneläkelaitoksen henkilörekisteriin. Kansaneläkelaitoksen tiedostot muodostavatkin jatkossa varsin kattavan tiedoston potilaan kaikista sairaustapahtumista, joista on suoritettu SVL:n tai KEL:n mukaisia korvauksia (sairaanhoitokulut, lääkekorvaukset, työkyvyttömyys) ja näistä tiedostoista voikin jälkikäteen löytää suhteellisen helposti tiedot potilaan sairaushistoriasta ilman tarvetta hakea alkuperäisiä sairauskertomuksia taikka paikallistaa eri terveydenhuollon yksiköiden osallistumista potilaan hoitoon.

Laki kuolinsyyn selvittämisestä (L 459/1973) edellyttää, että henkilön kuolemasta ilmoitetaan lääkärille tai poliisille, jotka osallistuvat sitten vainajan kuolinsyyn selvittämiseen[1034]. Lääkäri tai muu henkilö, joka on vainajaa hoitanut tai jolla on muuten tietoja kuolemaan liittyvistä seikoista, on velvollinen pyynnöstä ilmoittamaan lääkärille, poliisille tai muulle tutkintaviranomaiselle tiedossaan olevat kuolinsyyn selvittämiseksi tarpeelliset seikat. Lääketieteellisen tai oikeuslääketieteellisen kuolinsyyn selvittämisen tapahduttua, annetaan henkilöstä kuo-

---

[1030] Ko. rekisterin pitää sisällään paitsi epämuodostumaa koskevat tiedot, myös lapsen ja vanhempien henkilötiedot ja tiedot äidin raskauksista.

[1031] Halme-Kauranen et al. 1988, s. 31.

[1032] Oikeusministeriön työryhmän ehdotus 1997, s. 34.

[1033] Ks. KHO 1983 II 8: Sosiaalihuollon hallinnosta annetun lain 21 §:n 1 momentti koski myös salassa pidettäviä tietoja. Sosiaalilautakunnalla oli oikeus saada isyyslain mukaisten tehtävien suorittamista varten sairaalan psykiatrian klinikalla tietyssä potilashuoneessa yhden kuukauden aikana hoidettavana olleiden henkilöiden henkilötiedot.

[1034] Ks. HE 56/1997 vp (luku 2.2.): vastaavasti kuin syntymien osalta, tulee terveydenhuollon toimintayksiköille ja lääkärille velvollisuus ilmoittaa henkilön kuolemasta väestötietojärjestelmään.

lintodistus, josta yksi kappale toimitetaan väestörekisterin pitäjälle ja toinen kappale vainajan lähimmälle omaiselle tai sille, joka on ilmoittanut huolehtivansa vainajan hautaamisesta[1035]. Jonkinlaisena ongelmana on pidettävä sitä, että väestörekisterin pitäjä näin saa tiedon henkilön (mahdollisesti arkaluonteisesta) kuolinsyystä. Kuolinsyyn selvittämisen yhteydessä saatuja tietoja on lupa ilmaista tuomioistuimelle tai muulle tietojen saantiin oikeutetulle viranomaiselle sekä henkilölle, jonka hakemuksesta tai suostumuksella kuolinsyyn selvittämiseksi tarpeellinen toimenpide (ruumiinavaus) on suoritettu[1036]. Tietoja on lupa antaa myös vainajan lähimmälle omaiselle ja tämän suostumuksella myös muille henkilöille[1037].

11.3. TERVEYDENHUOLLON SUUNNITTELU JA VALVONTA

11.3.1. Hoidon vaikuttavuuden ja kustannusten seuranta

Pelkästään niiden potilaiden hoitaminen, joiden hoito on yhteiskunnalle taloudellisesti edullisinta, ei ole koskaan ollut eettisesti hyväksyttävää lääketiedettä[1038]. Yksittäisiä kansalaisia koskevien arkaluonteisten potilastietojen keruu hoitojen ”priorisoimiseksi” olisikin varsin arveluttavaa kansalaisoikeuksien kannalta[1039], vaikka samoja tietoja onkin lupa koota ja potilaan luvalla toimittaa edel-

---

[1035] Asetus syntymän ja kuoleman rekisteröinnistä 12 §.

[1036] L kuolemansyyn selvittämisestä 15 §.

[1037] HE 56/1997 vp. (yksityiskohtaiset perustelut 15 §): Lakiin kuolemansyyn selvittämisestä 15 § 2 momenttiin ehdotetaan lisättäväksi säännökset perusteista, joilla voidaan antaa tieto salassa pidettävistä seikoista:

”Kuolemansyyn selvittämistä koskeviin asiakirjoihin sisältyviä tietoja saa antaa:

1) tuomioistuimelle tai yhteisölle, jolla on tiedon saantiin laissa säädetty oikeus;

2) sille, jonka hakemuksesta tai suostumuksella kuolemansyyn selvittämiseksi tarpeellinen toimenpide on suoritettu;

3) vainajan lähiomaiselle tai muulle hänen läheiselleen;

4) vakuutus- tai eläkelaitokselle, jos luovuttamiseen on perusteltu tarve etuuden saamista koskevan hakemuksen käsittelemiseksi.

Tilastokeskus voi salassapitosäännösten estämättä hakemuksesta luovuttaa kuolintodistukseen sisältyviä tietoja myös tieteellistä tutkimusta ja tilastollisia selvityksiä varten, jos luovutuksen saajalla on lakiin perustuva oikeus kerätä ja tallettaa tiedot.

Kuolemansyyn selvittämistä koskeviin asiakirjoihin sisältyvien tietojen luovuttamista tieteelliseen tutkimukseen on muuten voimassa, mitä siitä yleisten asiakirjain julkisuudesta annetussa laissa, henkilörekisterilaissa ja henkilörekisteriasetuksessa säädetään. Luovutuksen saajat ovat velvollisia pitämään tiedot salassa.”

[1038] Suomen Lääkäriliitto 2000, s.76–78.

[1039] ”Yhteiskunnallisesti turha elämä” kuului natsien käsitevarastoon ja sillä perusteltiin mm. kehitysvammaisten ja mielisairaiden lähettämistä kaasukammioon. Ks. Bergentz 1997, s. 2692.

leen parhaan mahdollisen hoidon turvaamiseksi. Toisaalta sellaisten hoitojen antamista, joilla ei ole vaikutusta potilaan tautiin (vaikka samat hoidot jollain toisella potilasryhmällä olisivat hyvinkin tehokkaita), on pidetty ”puoskarointina”[1040]. Hoidon tehon määrittely on vaikeaa, koska käsitteeseen sisältyy (ja osin toisilleen vaihtoehtoisina) sekä potilaan subjektiivinen tuntemus voinnistaan että objektiivisesti osoitettavissa oleva vaikutus sairastuvuuteen (esim. potilaan tarvitsemien palveluiden väheneminen tai potilaan eliniän piteneminen).

Terveydenhuollon suunnittelusta vastaavat viranomaiset ovat enenevässä määrin olleet kiinnostuneita terveyden- ja sairaanhoitopalvelujen vaikuttavuudesta[1041]. Vaikuttavuusanalyysit edellyttävät paitsi tietoja potilaan sairaudesta ja hoidosta, myös pitkäaikaista seurantaa potilaan tarvitsemista sairaanhoitopalveluista ja taudin ennusteesta. Terveydenhuollon budjettisuunnittelusta vastaavat viranomaiset taas ovat kiinnostuneita lyhytaikaisemmasta seurannasta, jossa pyritään selvittämään samanarvoisiksi arvioitujen palvelujen kustannusvaikutukset 1–5 vuoden suunnittelukaudella (esim. kahden eri sairaalan tarjoamien palvelujen kustannus maksajalle per potilas). Enenevässä määrin palvelujen tarjoajia pyritään kilpailuttamaan ja hoitokustannukset yksikön sisällä minimoimaan. Näissäkin tapauksissa kustannusseurannasta vastaavat tahot pyrkivät kontrolloimaan sekä annettujen palvelujen määrää (hoidetut potilaat ja potilaspäivät) että laatua (annetut hoidot, suoritetut toimenpiteet, hoidon kesto) ja ne haluavat päätöstensä tueksi tietoja potilasrekistereistä. Yksittäisen potilaan kannalta tilanne on sikäli ongelmallinen, että tiettyyn hoitoon osallistuminen saattaa merkitä koko loppuelämän jatkuvaa seurantaa ilman tällaiseen seurantaan etukäteen pyydettävää suostumusta[1042].

Terveydenhuollon organisaatiosta vastaavat kunnalliset viranomaiset eivät pääsääntöisesti ole oikeutettuja saamaan arkaluonteisia potilastietoja esim. budjettiseurannan toteuttamiseksi, sillä kansanterveyslakiin taikka erikoissairaanhoitolakiin ei sisälly mitään säännöstä, joka oikeuttaisi viranhaltijat taikka luottamusmiehet tutustumaan yksittäisen potilaan sairauskertomuksiin[1043]. Luotta-

---

[1040] Esim. lääkkeiltä edellytetään sekä niiden tehon että turvallisuuden tieteellistä osoittamista ennen lupaa niiden markkinoinnille. Lääkkeitä tulee silloinkin käyttää vain hyväksyttyihin indikaatioihin.

[1041] Ks. STAKES 1996, s. 20: ”Hoitoilmoitus on uuden sosiaali- ja terveydenhuollon tilastojärjestelmän asiakaskohtaiseen tiedonkeruun keskeinen osatekijä. Se korvaa poistoilmoituksen lisäksi aikaisemmat asiakas/potilaslaskelmat. Hoitoilmoitus korvaa poistoilmoituksen myös käsitteenä, koska hoitoilmoituksella on kerätty vuodesta 1995 alkaen tietoja sosiaali- ja terveydenhuollon laitoshoidosta ja laitoshoitoa korvaavista hoitomuodoista. Näiden tietojen avulla saadaan hoitojaksokohtaisten tarkastelujen lisäksi laadittua kalenterivuosittain kunta- ja asiakas-/ongelmaryhmäkohtainen kokonaiskuva laitospalvelujen käytöstä ja käyttäjistä.”

[1042] Euroopan Neuvoston ministerikomitean hyväksymä suositus nro R(83) 10. 3.2.: ”Jos henkilö, jolta tietoja kerätään, ei ole velvollinen antamaan niitä, hänelle on kerrottava, että hän voi antaa tietoja vapaaehtoisesti tai kieltäytyä yhteistoiminnasta. Hänellä olisi oltava milloin tahansa oikeus luopua yhteistoiminnasta tarvitsematta perustella sitä.”

[1043] Ko. tahot ovat PotL 13 §:n tarkoittamia ”sivullisia”.

musmiehillä on tosin kuntalain 43 § nojalla on oikeus saada tehtäviensä hoitamiseksi tarvittavat tiedot ei-julkisistakin asiakirjoista. Salassa pidettävien tietojen osalta KHO on katsonut, ettei esim. sosiaalilautakunnan yksittäisellä jäsenellä ole oikeutta tutustua yksittäisiä sosiaalihuollon asiakkaita koskeviin toimeentulotukiratkaisuihin[1044]. Mikäli viranomainen kuitenkin on asianosaisena esim. riita-asiassa, on sillä JulkL 11 § nojalla oikeus saada tarvitsemansa tiedot salassapitosäännöksen estämättä. Kunnallisilla viranomaisilla on tietysti oikeus perustaa tutkimusta ja suunnittelua varten henkilörekisterejä, mutta laillisen henkilörekisterinkään olemassaolo ei anna oikeutta saada arkaluonteisia terveydentilatietoja ilman potilaan suostumusta[1045].

Keskushallinnon asiantuntijavirastoilla (STAKES, Kansanterveyslaitos, Työterveyslaitos ja Lääkelaitos) on oikeus ko. virastoja koskevien lakien sekä terveydenhuollon valtakunnallisista henkilörekistereistä annetun lain perusteella saada tiettyjä niiden tehtävien hoidon kannalta tarpeellisia tietoja[1046]. Niillä ei ole yleistä oikeutta saada muita yksittäisten kansalaisten arkaluonteisia terveydentilatietoja[1047]. Myös Tilastokeskus on tilastolain 11 § perusteella oikeutettu saamaan tietoja mm. uloskirjoitusdiagnooseista ja hoitopäivistä. Tilastokeskuksen tiedostot muodostavatkin pohjan keskushallinnon viranomaisten valtakunnalliselle suunnittelulle.

Terveydenhuollon keskushallinnolla (lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosastot, ministeriö) puolestaan ei ole erityissäännökseen perustuvaa oikeutta tutustua yksittäisen kansalaisen salassa pidettäviin asiakirjoihin. TyötervL 10a § antaa kuitenkin sosiaali- ja terveysministeriölle ja sen alaiselle asiantuntijalai-

---

[1044] KHO 1995 A 23, 6.3.1995 T 621.

[1045] Ks. edellä TSV DNo 718/41/91.

[1046] Tietoja on oikeus terveydenhuollon valtakunnallisista henkilörekistereistä annetun asetuksen (774/1989) 1 § mukaan saada seuraaviin tiedostoihin: STAKES:in hoitoilmoitusrekisteri, syntyneiden lasten rekisteri, raskauden keskeyttämis- ja steriloimisrekisteri, syöpärekisteri, epämuodostumarekisteri ja näkövammarekisteri sekä Lääkelaitoksen lääkkeiden sivuvaikutusrekisteri ja implantaattirekisteri.

Lisäksi tietoja on oikeus muiden lakien perusteella saada: Kansanterveyslaitoksen tartuntatautirekisteriin (tartuntatautilaki 6 ja 23 §) ja Työterveyslaitoksen työperäisten sairauksien rekisteriin (TyötervL 10a §, L työsuojelun valvonnasta 22 §, TapVakL64a §).

Islannissa vastaavien potilasrekisterien tietojen käyttöoikeudet on Islannin parlamentin säätämän lain nojalla myyty yksityisille yrityksille. Yksitäisellä kansalaisella on mahdollisuus kieltää tietojensa käyttö, mutta lainsäädäntö lähtee oletetun suostumuksen periaatteesta. Gulcher ja Stefansson 2000, s. 1827–1830.

[1047] TEO DNo 1818/474/95, 13.10.1997: *Potilas tiedusteli TEO:lta onko hänet merkitty HIV-positiivisten rekisteriin*.

HIV-infektio kuuluu tartuntatauteihin, joista lääkärin tulee tartuntatautilain (583/1986) 23 §:n mukaan tehdä tartuntatauti-ilmoitus. Kansanterveyslaitos ylläpitää valtakunnallista tartuntatautirekisteriä, johon merkitään HIV-positiivisten potilaiden henkilötunnus. Rekisterin sisältämät tiedot ovat salassapidettäviä ja niitä luovutetaan ainoastaan tilastollisia tarkoituksia varten. Tällöin rekisteristä luovutetaan ainoastaan lukumäärätietoja, henkilöiden nimiä ja henkilötunnuksia rekisteristä ei luovuteta.

tokselle (Työterveyslaitos) oikeuden saada tehtäviensä hoitamiseksi tarvittavia tietoja työterveyshuollon yksiköiltä ja terveydenhuollon ammattihenkilöiltä.

Vaikka keskushallinnon viranomaiset suorittavat osin myös terveydenhuoltoyksiköiden valvontaa, on potilaiden hoitoon kohdistuva valvonta määrätty Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen tehtäväksi, jolla puolestaan on lakiin perustuva oikeus saada tarvitsemansa tiedot potilasasiakirjoista.

11.3.2. Potilaan hoidon valvonta

11.3.2.1. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden valvonta

Julkiset viranomaiset valvovat Suomessa sekä terveydenhoitopalvelujen laatutasoa että sitä, että yleisen turvallisuuden kannalta merkittävät terveysriskit tehokkaasti poistetaan.

Terveydenhuollon oikeusturvakeskus on se viranomainen, joka voi oma-aloitteisesti puuttua potilaiden hoidossa havaitsemiinsa laadullisiin epäkohtiin. Yleensä tällainen puuttuminen perustuu potilaan taholta tulleeseen kanteluun, jolloin potilas itse antaa Terveydenhuollon oikeusturvakeskukselle sen tarvitsemat potilastiedot[1048], mutta puuttuminen voi perustua myös terveydenhuollon ammattihenkilöiden tekemään ilmoitukseen taikka esim. sanomalehtiartikkeleiden perusteella oikeusturvakeskuksen tietoon tulleisiin seikkoihin[1049]. Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksella on oikeus saada tieto tarvitsemistaan asiakirjoista salassapitosäännösten estämättä (L terveydenhuollon oikeusturvakeskuksesta, L 1074/1992, 8 §).

Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen asema sekä syyttäjänä että tuomarina on saanut ajoittain osakseen arvostelua esim. lääkärikunnan taholta[1050]. Potilaat eivät sen sijaan ole puuttuneet terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen toimintaan niissäkään asioissa, joissa oikeusturvakeskus on toiminut vastoin potilaiden toiveita, kuten esim. ns. vaihtoehtohoitojen osalta taikka huumepotilaiden vieroitushoidon osalta on ollut laita[1051]. On huomattava, että ns. vaihtoehtoisen lääketieteen valvonta ei kuulu oikeusturvakeskuksen toimivaltaan, silloin kun sitä eivät harjoita rekisteröidyt terveydenhuollon ammattihenkilöt.

Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen ennen perusoikeusuudistusta säädetty yleinen tiedonsaantioikeus salassapidettävistä potilasasiakirjoista sopii huonosti yhteen potilaan yksityiselämän suojan kanssa. Käsitellessään yleistä lailli-

---

[1048] Ellilä 2000, s. 72–81.
[1049] Ks. Åkermarck 1997, s. 1343–1345.
[1050] Ks. edellä TSV DNo 381/41/92 sekä Karvonen 1997, s. 1347–1351.
[1051] Terveydenhuollon ammattihenkilöitä valvovilla viranomaisilla on muissakin maissa oikeus saada tieto potilasasiakirjoista myös potilaan itsensä sitä vastustaessa. Ks. Bromberg and Hirsch 1982, 257–258.

suusvalvontaa tekevän eduskunnan oikeusasiamiehen johtosääntöä, perustuslakivaliokunta katsoi, ettei tällainen rajoittamaton tiedonsaantioikeus salassapitosäännöksistä riippumatta enää ollut hyväksyttävä[1052]. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden valvonnan tuleekin ensisijaisesti olla potilasaloitteista (ts. potilaan suostumukseen perustuvaa) ja toisaalta yksittäiseen terveydenhuollon ammattihenkilöön kohdistuvat tarkastukset eivät saa loukata (muiden) potilaiden yksityiselämän suojaa enempää kuin on välttämätöntä käsiteltävänä olevan asian selvittämiseksi.

Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen ohella eduskunnan oikeusasiamies valvoo oma-aloitteisesti terveyden- ja sairaanhoitolaitosten toimintaa (esim. mielisairaalat, kehitysvammaisten erityishuolto)[1053]. Sekä eduskunnan oikeusasiamiehellä että valtioneuvoston oikeuskanslerilla on ollut oikeus tutustua salassapidettäviin asiakirjoihin heidän suorittaessaan hallinnon valvontaa ja varsinkin oikeusasiamies on usein puuttunut laitoshoidossa oleviin kohdistettuihin pakkokeinoihin[1054]. Nyttemmin oikeusasiamiehen yleinen tarkastusoikeus rajoittuu viraston tai laitoksen tiloihin ja tietojärjestelmiin sekä julkisiin asiakirjoihin[1055]. Hän voi toki tarkastuksen perusteella pyytää virka-apua asian tarkemmaksi selvittämiseksi taikka määrätä esitutkinnan suoritettavaksi, mikäli tarkastuksen perusteella on aihetta epäillä rikosta. Yksittäisen terveydenhuoltoa koskevan kantelun osalta oikeusasiamies on sen sijaan oikeutettu tiedonsaantiin kantelijaa koskevista potilasasiakirjoista.

Myös potilasvahinkolautakunnalla on antaessaan lausuntoa potilasvahinkolain mukaisesta vahingosta oikeus saada tarvitsemiaan lisätietoja. Potilasvahinkolain 12 §:n (L 879/1998) mukaan potilasvahinkolautakunnalla on oikeus saada käsiteltävänään olevan asian selvittämiseksi tarpeelliset tiedot viranomaiselta, terveyden- ja sairaanhoitotoimintaa harjoittavalta, vahingonkärsineen tai muun korvauksen hakijan työnantajalta, eläke- tai vakuutuslaitokselta, eläkesäätiöltä

[1052] PeVM 7/2000 vp: Ehdotuksen 6 § koskee tietojensaantioikeutta. Asiasta on säädetty perustuslain 111 §:n 1 momentissa, jonka mukaan oikeusasiamiehellä on oikeus saada viranomaisilta ja muilta julkista tehtävää hoitavilta laillisuusvalvontaansa varten tarvitsemansa tiedot. Perustuslaissa tämän säännöksen (vrt. esimerkiksi perustuslain 47 § 3 mom:iin sisältyvät rajoitukset) on katsottava tarkoittavan yleistä tietojensaantioikeutta, joka ei riipu esimerkiksi tietojen tai asiakirjojen salaisuudesta vaan sitä, mitä lainvalvontatehtävän hoitamiseksi tarvitaan. Tietojensaantioikeuteen saattaa aiheutua rajoituksia muista seikoista, kuten siitä, että oikeutta olla todistamatta itseään vastaan pidetään perustuslain 21 §:ssä mainittujen oikeudenmukaisen oikeudenkäynnin ja hyvän hallinnon käsitteiden piiriin kuuluvana oikeussuojatakeena.

Valiokunnan mielestä ehdotetun pykälän 1 momentissa oleva luonnehdinta ”salassapitomääräysten estämättä” on ehdotuksen 3 momentista huolimatta edellä mainittujen seikkojen kannalta ongelmallinen eikä ole omiaan selkeyttämään sääntelyä. Koko pykälä on lisäksi sisällöltään sellainen, että se kuuluisi laissa annettavaksi. Näistä syistä valiokunta on poistanut 6 §:n.

[1053] Ks. myös laki valtioneuvoston oikeuskanslerin ja eduskunnan oikeusasiamiehen tehtävien jaosta (1224/1990) 1 §.

[1054] Valtioneuvoston oikeuskanslerin ohjesääntö (L 1697/1992) 17 §.

[1055] Eduskunnan oikeusasiamiehen johtosääntö 5–6 § (L 251/2000).

sekä työttömyyskassalta sen estämättä, mitä salassapitovelvollisuudesta tai henkilörekisteritietojen luovuttamisesta muualla säädetään. On huomattava, että vaikka *vahinkoilmoitus* potilasvahingosta tehdään aina potilaan, hänen edustajansa taikka edunsaajansa toimesta, voi *lausuntopyynnön* lautakunnalle tehdä myös Potilasvakuutuskeskus, korvausta suorittava vakuutusyhtiö taikka terveyden- ja sairaanhoitotoimintaa harjoittava. Näin lautakunnan käsittelyyn voi tulla sellaisia potilaan yksityiselämään liittyviä tietoja, joiden korvauksen hakija ei alun perin ollut ajatellut sinne joutuvan.

11.3.2.2. Terveysvaaran poistaminen

Edellä kuvatun terveydenhuollon ammattihenkilöiden valvonnan tarkoituksena on paitsi hoidon lääketieteellisen tason ja potilasturvallisuuden, myös potilaan juridisten perusoikeuksien valvonta. Tietyissä tilanteissa viranomaisilla saattaa lisäksi olla kiinnostusta valvoa sitä, että yleisen turvallisuuden kannalta tärkeä terveysvaara poistetaan ja että sairastuneiden hoito toteutetaan tehokkaasti. Tällaisia tilanteita ovat työssä ilmenevän terveysriskin poistaminen, tarttuvan taudin leviämisen ehkäisy sekä yleiselle turvallisuudelle mahdollisesti vaarallisten mielenterveyspotilaiden hoito. Jotta em. asiat voitaisiin toteuttaa, on asiasta vastaavalla viranomaisella oltava riittävät tiedonsaantimahdollisuudet.

Laki työsuojelun valvonnasta 22 § velvoittaa työnantajan ilmoittamaan työsuojeluviranomaiselle työtapaturmasta tai ammattitaudista. Vastaavasti mikäli lääkäri on todennut työn suorittajassa ammattitaudin tai muun työstä johtuneen sairauden, on hänen tehtävä salassapitosäännösten estämättä ilmoitus työsuojeluviranomaiselle[1056]. Nämä tiedot toimitetaan erikseen työvoimaministeriöön ja työterveyslaitoksen henkilörekisteriin. Työsuojeluviranomaiset voivat ilmoitusten perusteella tehdä työsuojelutarkastuksen tai muutoinkin velvoittaa työnantajan työpaikan epäkohtien tai puutteiden korjaamiseen. Työpaikan työsuojeluvaltuutetulla on oikeus tutustua työn turvallisuutta ja terveellisyyttä koskeviin lausuntoihin ja asiakirjoihin ja tarvittaessa jopa keskeyttää työ, josta aiheutuu välitöntä vaaraa työntekijän hengelle taikka terveydelle. Työterveyslain 6 §:n nojalla työnantajalla, työsuojelutoimikunnalla ja työsuojeluvaltuutetulla on oikeus saada työterveyshuoltotehtävissä toimivilta henkilöiltä tietoja, joilla on merkitystä työntekijäin terveyden sekä työpaikan olosuhteiden terveellisyyden kehittämisen kannalta. Salassa pidettäväksi määrättyjä tietoja saa kuitenkin antaa vain sen henkilön luvalla, jonka hyväksi salassapitovelvollisuus on määrätty.

Sairaanhoitopiiri ja Kansanterveyslaitos saavat tartuntatautilain 23 §:n perus-

---

[1056] Ilmoitus sisältää sairastuneen henkilötiedot, työantajaa ja työpaikkaa koskevat tiedot, altistumisen laatua ja kestoa koskevat tiedot, tiedot sairauden laadusta, toteamisesta ja sen aiheuttamasta haitasta sekä vakuutuslaitoksesta.

teella ilmoitukset lääkärin tai hammaslääkärin taikka tartuntatautilain 10 §:ssä tarkoitetun laboratorion epäilemästä tai toteamasta tartuntatautitapauksesta[1057]. Tartunnan havainnut lääkäri tekee ilmoituksen tapauksesta sen terveyskeskuksen vastaavalle lääkärille ja sen sairaanhoitopiirin vastaavalle lääkärille, jonka alueella potilaan asuinpaikka sijaitsee[1058]. HIV-tartunnasta ilmoitus lähetetään suoraan Kansanterveyslaitokseen, josta tiedot välitetään ilman henkilötietoja terveyskeskuksen ja sairaanhoitopiirin vastaavalle lääkärille. Mikrobiologisen laboratorion tekemä ilmoitus tartuntataudista välitetään Kansanterveyslaitoksen kautta sairaanhoitopiirille. Sairaanhoitopiiri antaa terveyskeskuksen vastaavalle lääkärille säännöllisesti yhteenvetotiedot niistä tartuntatauti-ilmoituksista, jotka on rekisteröity terveyskeskuksen vastuualueella. Mikäli terveyskeskuksen vastaava lääkäri saamiensa ilmoitusten perusteella toteaa välttämättömäksi saada henkilöä yksilöiviä tietoja alueensa potilaista, toimittaa sairaanhoitopiirin vastaava lääkäri tai Kansanterveyslaitos ne hänelle erillisen pyynnön perusteella[1059].

Yleisvaaralliseen tartuntatautiin sairastuneen eristämisestä taikka tartuntatautipotilaan työkiellosta tartuntatautilain 17 §:n perusteella päättävä kunnallinen terveyslautakunta on oikeutettu saamaan tarvitsemansa tiedot potilaasta, vaikka potilaan hoidosta päättäminen kuuluukin vastaavalle terveyskeskuslääkärille taikka sairaalan ylilääkärille. Mikäli tartuntataudin leviämisen estäminen edellyttää viranomaistoimenpiteitä, on tartuntatauti-ilmoituksen vastaanottajan jo viran puolesta saatettava asia toimivaltaisen viranomaisen (kunnallinen terveysviranomainen, lääninhallitus, sosiaali- ja terveysministeriö, elintarvikeviranomaiset yms.) tietoon. Vaikka tartuntatautilaki erityissäännöksenä säätääkin tyhjentävästi tietojensaantioikeudesta tartuntatautipotilaista, on yleistä turvallisuutta valvovalla poliisilla oikeus tietojen saantiin tartuntataudista silloin, kun tartuntataudin levittäminen täyttää törkeän rikoksen tunnusmerkistön. Rangaistusäännöksiä tartuntataudin levittämisestä on (tartuntatautilain 37 §:n lisäksi) mm. rikoslain 44. luvun 6 §:ssä ja 21. luvun 13 §:ssä, mutta mm. HIV-infektoituneen henkilön harrastaessa suojaamattomia sukupuolisuhteita, on sovellettu jopa tappoa koskevia säännöksiä[1060]. Tällaisessa tilanteessa, jossa rikoksesta säädetty maksimirangaistus on vähintään 6 vuotta vankeutta, on myös poliisilla mahdollisuus saada tieto henkilön mahdollisesta tartuntataudista.

Sairaanhoitopiirin ja Kansanterveyslaitoksen oikeutta yksittäisen potilaan

---

[1057] Tartuntatautilain 5 §:n mukaan tartuntatautiin sairastuneeksi epäiltynä pidetään henkilöä, jossa havaitaan tautiin viittaavia oireita tai jonka muun perusteella voidaan päätellä levittävän tartuntaa. Sairastuneena puolestaan pidetään henkilöä, jossa tauti on todettu tai jonka yleisesti hyväksytyin lääketieteellisin perustein voidaan todeta saaneen tartunnan, jos taudin leviäminen on perustellusti mahdollista.

[1058] STM määräyskokoelma 1997:34, s. 4–5. On huomattava, että ilmoituksen laiminlyöminen on lääkärille rangaistavaa. Ks. von Essen 1996, s. 69.

[1059] ibid., s. 5.

[1060] Matikkala 1995, 59–69.

henkilötietojen saamiseen *ilmoitusvelvollisen* tartuntataudin kantajasta voidaan perustellusti kritisoida[1061]. Koska vain yleisvaaralliseen tartuntatautiin sairastuneeseen voidaan kohdistaa henkilökohtaista pakkoa taudin leviämisen estämiseksi, ei henkilötietojen ilmoittamisella ilmoitusvelvollisten tartuntatautien osalta ole käytännön merkitystä. Epidemiologisen tutkimuksen kannalta tiedonantamisvelvollisuus täyttyy sillä, kun tautitapaus ilmoitetaan henkilöä yksilöimättä. Mikäli tartunnankantaja taas syyllistyy tahalliseen toisten tartuttamiseen, voidaan rikosprosessissa vaatia tartuttajan henkilötietoja paljastettavaksi esitutkintaviranomaisille tai tuomioistuimelle.

11.4. SOSIAALITOIMI

11.4.1.Sosiaalihuolto

Vuoden 2001 alusta voimaan tullut laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (L 812/2000) muuttaa merkittävästi sosiaalihuollon viranomaisten oikeutta saada tietoja henkilön terveydentilasta [1062]. Jo aiemmin sosiaalihuoltolain 40 § velvoitti sosiaalihuollon asiakkaan tai hänen holhoojansa antamaan sosiaalihuollon viranhaltijalle ja toimielimelle näiden pyytämät tiedot[1063]. Sosiaalihuoltolain 39 §:n 3 mom edellytti kuitenkin, että sosiaalihuollon toteuttamisessa tulee erityistä huomiota kiinnittää asiakkaan omiin toivomuksiin ja mahdollisuuksiin osallistua häntä koskevan huollon suunnitteluun. Ko. pykälän 2 momentin säädös antoi myös asiakkaalle oikeuden saada tietää, miksi tietoja tarvitaan, mihin niitä käytetään sekä minkä viranomaisen tai keiden viranhaltijain tietoon niitä annetaan tai voidaan antaa. Tämä asiakkaan mahdollisuus saada tietoa itseään koskevien tietojen käytöstä ennen niiden antamista on ollut suhteellisen ainutlaatuinen hallinnon sisäisiä tiedonsiirtoja koskevassa lainsäädännössämme ja vastaa hyvin tietosuojadirektiivin vaatimusta henkilön informoimisesta häntä koskevien tiedonsiirtojen osalta. Asiakkaan etukäteinen tiedonsaantioikeus tiedonsiirroista koskee kuitenkin vain niitä tietoja, joita hän itse antaa. Lisäksi sosiaalihuoltolain 56 § antoi sosiaalihuollon viranomaiselle oikeuden saada tehtäviensä suorittamiseksi tarpeelliset tietoja – paitsi asiakkaalta itseltään – myös valtion ja kuntien viranomaisilta, Kansaneläkelaitokselta, muilta eläkelaitoksilta sekä mm. sairaanhoitotoimintaa harjoittavalta yhteisöltä tai laitoksel-

---

[1061] Vrt. von Essen 1996, s. 69.
[1062] StVM 18/2000.
[1063] Asiakkaan terveydentilaa koskevia tietoja voidaan pyytää mm. vanhusten-, vammais- ja päihdehuollon yhteydessä sekä toimeentulotuki- ja lastensuojeluasioiden yhteydessä. Ks. Virta 1986, s. 502.

ta. Ko. säännökseen liittyi vielä 58 §:n rangaistussäädös ”sosiaalihuoltolaissa säädetyn tietojenantamisvelvollisuuden rikkomisesta”[1064]. On huomattava, että sosiaalihuoltolain 56 §:ssä tietoja ei rajattu vain asiakkaan tietoihin, vaan tehtävien suorittamiseksi tarvittavat tiedot voivat koskea esim. asiakkaan perhettä tai perheenjäsenten terveydentilaa. Sosiaalihuoltolain 39 § korostikin nimenomaan sitä, että sosiaalihuoltoa toteutettaessa on yksilön ja perheen ongelmat otettava huomioon ja ongelmien ratkaisemiseen tarvittavat toimenpiteet yhteensovitettava.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista muuttaa siis em. säädöksiä[1065]. Lain 12 §:n mukaan sosiaalihuollon asiakkaan on edelleenkin annettava sosiaalihuoltolain 6 §:ssä tarkoitetulle viranomaiselle ne tiedot, jotka ovat tarpeen sosiaalihuollon järjestämisessä ja toteuttamisessa[1066]. Asiakkaalle tulee kuitenkin antaa tieto siitä, mistä muualta häntä koskevia tietoja voidaan suostumuksesta riippumatta kerätä. Lain 20 §:n 1 momentin mukaan valtion ja kunnan viranomainen sekä muu julkisoikeudellinen yhteisö, Kansaneläkelaitos, Eläketurvakeskus, eläkesäätiö ja muu eläkelaitos, vakuutuslaitos, koulutuksen järjestäjä, sosiaalipalvelun tuottaja, terveyden- ja sairaanhoitotoimintaa harjoittava yhteisö tai toimintayksikkö sekä terveydenhuollon ammattihenkilö ovatkin velvollisia antamaan sosiaalihuollon viranomaiselle sen pyynnöstä maksutta ja salassapitosäännösten estämättä ne sosiaalihuollon asiakassuhteeseen olennaisesti vaikuttavat tiedot ja selvitykset, jotka viranomaiselle laissa säädetyn tehtävän vuoksi ovat *välttämättömiä* asiakkaan sosiaalihuollon tarpeen selvittämiseksi, sosiaalihuollon järjestämiseksi ja siihen liittyvien toimenpiteiden toteuttamiseksi sekä viranomaiselle annettujen tietojen tarkistamista varten.

Eduskunnan perustuslakivaliokunta katsoi kyseistä pykälää koskevassa lausunnossaan, että hallituksen esitykseen sisältynyt laaja tietojensaantioikeus oli ongelmallinen yksityiselämän suojan kannalta[1067]. Ongelmallisuus johtuu merkittävimmin siitä, että sosiaaliviranomaisen tiedonsaanti-intressin oli ajateltu automaattisesti syrjäyttävän pelkästään viranomaisten toiminnasta johtuvalla tarpeellisuusperusteella muut, mahdollisesti hyvin painavat salassapitointressit. Pe-

---

[1064] Tietojenantovelvollisuuden rikkomisesta voidaan tuomita sakkoon tai enintään 2 v:n vankeusrangaistukseen (RL 40. luvun 5 §). Ko. rikos ei kuitenkaan ole virallisen syytteen alainen, vaan edellyttää sosiaalihuollon viranomaisen erillistä vaatimusta syytteen nostamiseksi.

[1065] Ks. HE 137/1999 vp. (luku 2.1.6.).

[1066] Asiakaslain 3 §:n mukaan asiakkaalla tarkoitetaan sosiaalihuoltoa hakevaa, käyttävää tai sen kohteena olevaa henkilöä. Sosiaalihuollon määritelmä noudattaa pääosin sosiaalihuoltolain 1 §:n 1 momenttia. Muut sosiaaliavustukset elatustukea lukuun ottamatta eivät kuulu sosiaalihuollon käsitteen piiriin. Näin erityisesti Kansaneläkelaitoksen myöntämät sosiaaliavustukset eivät kuulu tämän lain soveltamisen alaan. Sosiaalihuoltoon kuuluvat sen sijaan esimerkiksi lasten päivähoito, lasten ja nuorten huolto, kehitysvammaisten erityishuolto, vammaisuuden perusteella järjestettävät palvelut ja tukitoimet, vanhustenhuolto sekä päihdehuolto.

[1067] PeVL 7/2000 vp.

rustuslakivaliokunnan käsityksen mukaan tällainen summaarinen tiedonsaantioikeus oli vastoin perustuslakia ja tiedonsaantioikeutta koskevassa säännöksessä tulikin eritellään tarkemmin, mitä ja ketä koskevia tietoja tietojensaantioikeus koskee. Myös tiedonsaannin kynnystä tuli korottaa sitomalla tietojen saaminen välttämättömyysvaatimukseen tarpeellisuusvaatimuksen asemasta[1068]. Nämä vaatimukset sisällytettiinkin siten lain lopulliseen 20 §:ään[1069].

Perustuslakivaliokunnan linjaus on tältä osin sikäli merkittävä, että se linjaa lain ennakkotarkastuksen näkökulmasta perusoikeuden ja viranomaisen tiedonsaantioikeuden suhdetta. Kovin kaukana ei liene ajatus, että myös jo ennen perustuslakiuudistusta säädettyjen viranomaisten tiedonsaantioikeutta koskevien säännösten tulkinnan tulisi tiedonsaantiin oikeuttavan lain ja perusoikeuden ristiriitatilanteessa olla lähellä tätä linjausta. Tulkinnan toteuttaminen jää tältä osin kuitenkin hallintoviranomaisten ja tuomioistuinten tehtäväksi kussakin yksittäistapauksessa.

Sosiaalihuollon asiakaslain 16 §:n mukaan sosiaalihuollon salassa pidettävästä asiakirjasta saa antaa tietoja vain asiakkaan nimenomaisella suostumuksella tai niin kuin laissa erikseen säädetään. Jos suostumusta ei voida saada taikka jos asiakas tai hänen laillinen edustajansa nimenomaisesti kieltää tiedon luovuttamisen, sosiaalihuollon järjestäjä tai toteuttaja saa kuitenkin antaa sosiaalihuollon viranomaiselle tai sen toimeksiannosta sosiaalihuollon tehtäviä suorittavalle salassapidettävästä asiakirjasta tietoja, jotka ovat välttämättömiä asiakkaan hoidon, huollon tai koulutuksen tarpeen selvittämiseksi, hoidon, huollon tai koulutuksen järjestämiseksi tai toteuttamiseksi taikka toimeentulon edellytysten tur-

---

[1068] ibid: Perustuslakivaliokunnan kannanoton mukaan oli syytä kiinnittää erityistä huomiota sen varmistamiseen, että tietojen luovuttaminen 1 momentin nojalla rajoittuu suhteellisuusperiaatetta noudattaen tilanteisiin, joissa se on todella välttämätöntä. Sosiaali- ja terveysvaliokunnan korjatussa ehdotuksessa sosiaaliviranomaisen tietojensaanti oli perustuslakivaliokunnan lausunnon mukaisesti sidottu välttämättömyysvaatimukseen. Lisäksi tietojensaanti oli kohdistettu sosiaalihuollon asiakassuhteeseen olennaisesti vaikuttaviin tietoihin ja selvityksiin. Molemmat muutokset rajaavat jossain määrin myös sitä, mitkä ja ketä koskevat tiedot voivat olla luovutuksen kohteena, vaikkakin sääntelyyn jää näiltä osin edelleenkin väljyyttä. Sosiaali- ja terveysvaliokunnan tekemät muutokset väistämättä lisäävät sosiaaliviranomaisen velvollisuutta perustella yksittäistapauksessa tietojensaantivaatimustaan. Ks. PeVL 7a/2000.

[1069] On kuitenkin huomattava, että sosiaali- ja terveysvaliokunta ei lausunnossaan huomioinut perustuslakivaliokunnan ehdotusta tietojen luovuttajan oikeudesta kieltäytyä tietojen antamisesta erityisistä syistä. Ks. PeVL 7a/2000vp: ”Kyseisellä seikalla on merkitystä perustuslakivaliokunnan aikaisemmassa lausunnossa tarkoitetun tietojen luovuttajan kieltäytymisoikeuden kannalta, *mitä näkökohtaa ei ole erikseen otettu huomioon sosiaali- ja terveysvaliokunnan ehdotuksessa*. Perustuslakivaliokunta katsoo ehdotuksen täsmentyneessä muodossaan johtavan siihen, että tietojen luovuttaja voi tosiasiallisesti tietojen antamisesta kieltäytymällä saada aikaan tilanteen, jossa tietojen luovuttamisvelvollisuus eli säännöksen tulkinta voi tulla ulkopuolisen viranomaisen tutkittavaksi. Valiokunta pitää tätä mahdollisuutta tiedonsaannin ja salassapitointressin yhteensovittamiseksi riittävänä aikaisemmassa lausunnossa tehdyn huomautuksen kannalta. Lakiehdotus voidaan siten tältäkin osin käsitellä tavallisen lain säätämisjärjestyksessä.”

vaamiseksi[1070]. Säädöksen mukaan voidaan salassapidettäviä tietoja antaa siis antaa myös toisen sosiaalihuollon viranomaisen toimeksiannosta tehtävää suorittavalle[1071]. Tällaisia tietoja voidaan kuitenkin antaa vain siinä määrin, kuin se on välttämätöntä asiakkaan tahdon sekä sosiaalihuollon tarpeen selvittämiseksi taikka sosiaalihuollon toimenpiteen toteuttamiseksi[1072]. Lisäksi lain 18 §:n mukaan sosiaalihuollon järjestäjä tai toteuttaja saa, jos se on välttämätöntä lapsen edun taikka erittäin tärkeän yleisen tai yksityisen edun vuoksi, antaa tiedon salassapidettävästä asiakirjasta asiakkaan tai tämän laillisen edustajan suostumuksesta riippumatta tuomioistuimelle tai muulle viranomaiselle asiassa, jossa sosiaalihuollon viranomaiselle on laissa säädetty oikeus tai velvollisuus panna asia vireille taikka osallistua vireillä olevan asian käsittelyyn tai toimeenpanoon[1073]. Lisäksi tiedon salassapidettävästä asiakirjasta saa antaa sosiaalietuuksia käsittelevälle viranomaiselle tai laitokselle etuutta koskevan väärinkäytöksen selvittämiseksi, jos on perusteltua syytä epäillä etuutta käytettävän väärin.

[1070] Tietoja saa kuitenkin antaa vain, jos:
- se, jota asiakirja koskee, on hoidon tai huollon ilmeisessä tarpeessa terveytensä, kehityksensä tai turvallisuutensa vaarantumisen vuoksi, eikä hoidon tai huollon tarvetta muutoin voida selvittää taikka hoidon tai huollon toimenpiteitä toteuttaa;
- tieto on tarpeen lapsen edun vuoksi; tai
- tieto on tarpeen asiakkaan välttämättömien etujen ja oikeuksien turvaamiseksi, eikä asiakkaalla itsellään ole edellytyksiä arvioida asian merkitystä.

Ks. myös HE 137/1998 vp.

[1071] Ehdotetut säännökset on tarkoitettu täydentämään julkisuuslain salassa pidettävien tietojen luovuttamista koskevia säännöksiä. Vastaavasti momenttiin on otettu viittaus henkilötietolakiin, koska oikeudesta luovuttaa salassapidettäviä tietoja henkilörekistereistä muun muassa toimeksiantotilanteessa säädetään henkilötietolaissa.

[1072] StVM 18/2000: Valiokunta korostaa, että tietojen antamisedellytysten täyttymistä tulee tulkita tiukasti etenkin silloin, kun asiakas tai hänen laillinen edustajansa on nimenomaisesti kieltänyt tietojen luovuttamisen. Ehdotettu säännös onkin tarkoitettu koskemaan vain oikeutta tarkistaa tiedot ja tämäkin oikeus rajoitettaisiin tilanteisiin, joissa tieto on olennainen viranomaiselle laissa säädetyn tehtävän hoitamiseksi ja joissa viranomaisella itsellään on oikeus saada tieto. Momentti ei missään määrin laajenna viranomaisen oikeutta saada salassapidettäviä tietoja, vaan se oikeuttaa sosiaalihuollon viranomaisen luovuttamaan salassa pidettäviä tietoja hyvin rajoitetusti eli vain siinä määrin, kuin se on välttämätöntä olennaisten tietojen tarkistamiseksi esimerkiksi tahoilta, joilla on velvollisuus luovuttaa salassa pidettäviä tietoja. Kyse voi olla myös sellaisen tiedon tarkistamisesta, joka ei itsessään ole salassapidettävä. Esimerkkeinä tästä ovat elatustukeen ja elatusavun perintään liittyvät tilanteet, joissa tarkistetaan oletetulta työnantajalta, onko elatusvelvollinen hänen palveluksessaan taikka tilanteet, joissa on välttämätöntä etuuden suuruuden määräämiseksi tarkistaa, asuuko toimeentulotuen hakija yksin vain yhdessä muiden henkilöiden kanssa. Tämä säännös on välttämätön siksi, etteivät sosiaalihuollon viranomaiset voi edes pyytää mitään asiakasta koskevia tietoja paljastamatta jossain määrin salassa pidettäviä tietoja, koska jo tieto siitä, että henkilö on sosiaalihuollon asiakas, on salassa pidettävä.

[1073] Ks. HE 137/1999 vp (yksityiskohtaiset perustelut 18 §): Ehdotetun 18 pykälän tarkoitus on varmistaa, että esitutkinta- ja oikeusviranomaiset voisivat selvittää yhteiskunnassa törkeimmiksi katsotut rikokset myös niissä tilanteissa, joissa näyttö asiasta ilmenee sosiaalihuollon asiakirjoista tai olisi saatavissa selville kuulemalla sosiaalihuollon järjestämiseen ja toteuttamiseen osallistuneita. Säännöksellä ei siten ole tavoiteltu ilmiantovelvoitetta, mutta tiettyjen vakavien rikosten selvittämisintressi yhteiskunnassa on katsottu niin suureksi, että sosiaalihuollon asiakkaan yksityisyyden suojan annetaan niissä tilanteissa osittain väistyä.

11.4.2. Sosiaalivakuutus

Sosiaalivakuutukseen liittyy niin ikään lukuisia säännöksiä, jotka oikeuttavat sosiaalivakuutuksesta vastaavat viranomaiset ja laitokset saamaan tietoja potilasasiakirjoista. SVL 68 § 2 mom:n mukaan valtion, kunnan ja muun julkisyhteisön viranomainen, vakuutus- ja eläkelaitos, sairaala ja sairaanhoitolaitos sekä työnantaja ovat velvollisia pyynnöstä antamaan sosiaalivakuutustoimikunnalle, Kansaneläkelaitokselle tai SVL:n mukaiselle muulle valitusviranomaiselle näiden käsiteltävänä olevan asian ratkaisuun vaikuttavat tiedot. Vastaava säädös on KEL:n 83 §:ssä, jonka 3 mom:ssa on vielä erikseen todettu valtion ja kunnan viranomaisen ja *julkisessa* virassa olevan lääkärin sekä vakuutus- ja eläkelaitoksen velvollisuus antaa Kansaneläkelaitokselle tietoja työkyvyttömyyseläkkeen hakijan tai saajan terveydentilasta.

TEL 17 §:n 2 mom velvoittaa niin ikään viranomaiset, sairaalat ja *julkisessa* virassa olevan lääkärin asian käsittelyyn vaikuttavien terveydentilatietojen antamiseen työeläkelaitokselle ja eläketurvakeskukselle. Vastaava säädös sisältyy useisiin muihin eläkelakeihin (VEL 23 §, KVTEL 12 §, KiEL 10 §) sekä tapaturmavakuutuslakiin (TapVakL 65 a §). Sosiaalivakuutuksen tietojen saamiseen oikeuttavat säännökset on muotoiltu niin, että pyydettyjen tietojen on liityttävä käsiteltävään etuushakemukseen. Koska esim. sairausvakuutuslain ja eläkelakien mukaisten etuuksien myöntämiseen tarvitaan käytännössä vain hakijaa koskevia terveydentilatietoja, ei esim. muiden perheenjäsenten terveydentilatietojen vaatiminen ulkopuolisista laitoksista ole oikeutettua. Mikäli tällaisia, hakijan asemaan vaikuttavia tietoja tarvitaan[1074], tulisi ko. tiedot aina pyytää hakijalta itseltään, jottei omaisten yksityisyyden suojaa loukata. Esim. KELA:n toimihenkilöille on kuitenkin hyvin yksinkertaista tarkastaa tarvittaessa myös hakijan omaisten terveydentilatietoja KELA:n henkilörekistereistä.

Käytännössä siis sekä sosiaalipalveluja antavat että sosiaalivakuutusta ylläpitävät viranomaiset ja laitokset ovat oikeutettuja saamaan muilta viranomaisilta, sairaaloista ja lääkäreiltä asiakkaitaan koskevia terveydentilatietoja, mikäli se on käsiteltävän asian ratkaisun kannalta tarpeellista. Tällainen itsenäinen oikeus vaatia terveydentilaa ja -sairautta koskevia salassa pidettäviä tietoja on vaikeasti perusteltavissa ajatellen sitä, että ko. tiedot voitaisiin yhtä hyvin *pyytää asiakkaalta itseltään* uhalla että hakemus hylätään.

Vaikka potilaan sivuuttamiseen prosessissa liittyy monia ongelmia, ei lakisääteinen vakuutusyhtiön tiedonsaantioikeus suoraan loukkaa ihmisoikeussopimuksissa taattua yksityisyyden suojaa:

[1074] Esim. toisen puolison työkyvyttömyys, lapsen lisääntynyt huollon tarve sairauden takia tms.

EIT 27.8.1997, *M.S. vs. Sweden:*

Kysymys siitä, oliko rikottu yksityiselämän suojaa, kun sairaala oli toimittanut työtapaturman perusteella tehtyä korvaushakemusta tutkineelle vakuutuslaitokselle sen pyynnöstä hakijaa koskeneet potilasasiakirjat häntä kuulematta. Kysymys myös EIS 6 artiklan 1 kohdan soveltumisesta sekä tehokkaista oikeussuojakeinoista.

Kansallista Säädäntöä:
Kansallisen lain mukaan henkilön terveydentilaa tai muutoin hänen yksityiselämäänsä koskeneet yleiset asiakirjat olivat pääsäännön mukaan salaisia. Terveysviranomaisilla oli kuitenkin velvollisuus antaa potilastietoja toisille viranomaisille, jos siitä oli säädetty laissa tai asetuksessa. Sellainen poikkeussäännös oli työtapaturmavakuutuksesta annetussa laissa. Säännöksen mukaan viranomaisten oli annettava vakuutuslaitokselle nimettyä henkilöä koskeneita tietoja, joilla saattoi olla merkitystä lain soveltamisen kannalta. Siten saadut tiedot oli pidettävä salassa, jos voitiin olettaa, että niiden julkistaminen vahingoittaisi asianomaista henkilöä tai hänen lähiomaistaan. Yleisiin asiakirjoihin sisältyvien tietojen antamisesta ei tarvinnut kuulla asianomaista henkilöä, eikä siitä voitu valittaa. Lääkärin vaitiolovelvollisuuden rikkominen oli rikoslain mukaan rangaistava teko.

Tosiseikat:
MS:llä oli lapsena todettu kroonista kipua aiheuttanut selkänikaman siirtymä. Vuonna 1981 ollessaan työssä hän kaatui ja loukkasi selkänsä. Hän kävi tapaturman johdosta eräällä käyttämällään klinikalla. Sittemmin hänet todettiin työkyvyttömäksi. Hän katsoi, että työkyvyttömyys johtui työtapaturmasta, ja pyysi työtapaturmavakuutuksesta annetun lain mukaista korvausta vakuutuskassalta. Em. klinikka toimitti kassalle MS:ää kuulematta hänen potilasasiakirjansa vuosilta 1981–1986. Asiakirjoista ilmeni mm., että MS oli valittanut lonkka- ja selkäkipua. Hän ei kuitenkaan ollut ilmoittanut niiden johtuneen työssä saadusta vammasta. Asiakirjojen mukaan hänelle oli vuonna 1985 tehty abortti, kun hänen raskautensa oli pahentanut hänen selkävaivojaan. Kassa hylkäsi MS:n hakemuksen, kun sen mielestä hakemus ei perustunut työtapaturmaan. MS:n valitukset hylättiin.

Valitus:
EIS 6 artiklan 1-kohtaa sekä 8 ja 13 artiklaa oli rikottu.

Tuomio:
1) EIS 8 artiklan rikkominen

MS katsoi artiklaa rikotun, kun häntä koskeneet potilasasiakirjat oli toimitettu vakuutuskassalle.

Hallitus katsoi, että MS oli luopunut oikeudestaan potilasasiakirjojen salassapitämiseen, kun hän oli tehnyt korvaushakemuksen. EIT totesi, että potilasasiakirjojen toimittaminen vakuutuskassalle oli sallittua vain kassan pyynnöstä ja siinä määrin kuin tiedoilla oli merkitystä työtapaturmavakuutuksesta annetun lain soveltamisen kannalta. Edellytysten harkinta oli jätetty yksin viranomaisille, eikä MS:llä ollut ollut oikeutta tulla kuulluksi tai saada ilmoi-

tusta etukäteen. Siten tietojen toimittaminen ei ollut riippunut yksin korvausvaatimuksen tekemisestä vaan myös joukosta muita seikkoja, joita MS ei ollut kyennyt valvomaan. Korvaushakemuksen tekemisestä ei niin ollen voitu päätellä, että hän oli yksiselitteisesti luopunut oikeudestaan yksityiselämän suojaan. EIT hylkäsi hallituksen väitteen.

Hallitus katsoi myös, ettei kyseinen toimenpide merkinnyt puuttumista MS:n yksityiselämän suojaan. EIT totesi, että potilasasiakirjoissa oli ollut hyvin henkilökohtaisia ja arkaluonteisia tietoja MS:stä ja varsinkin hänen abortistaan. Vaikka asiakirjat oli pidettävä salassa, ne oli annettu tiedoksi toiselle viranomaiselle ja siten laajemmalle piirille virkamiehiä. Lisäksi tiedot oli kerätty ja tallennettu klinikalla lääketieteellisen hoidon yhteydessä. Sen sijaan niiden tiedoksiannolla oli pyritty toiseen tarkoitukseen eli korvausvaatimuksen tutkimiseen. Hoitoon hakeutumisesta ei ollut seurannut, että MS suostuisi tietojen paljastamiseen vakuutuskassalle. Siten hänen yksityiselämänsä suojaan oli puututtu.

MS katsoi, ettei puuttuminen ollut perustunut lakiin, kun potilasasiakirjoja oli toimitettu vielä vuoden 1986 osalta, vaikka pyyntö oli koskenut vain tapaturman sattumisen aikaa. EIT katsoi kuitenkin, että viranomaisen velvollisuus toimittaa asiakirjoja oli määräytynyt tietojen merkittävyyden eikä pyynnön sanamuodon mukaan. Siten puuttuminen oli perustunut lakiin. Se oli myös ollut ennalta-arvattavissa. Samoin sillä oli ollut hyväksyttävä tarkoitus, kun tietojen antamisella oli pyritty siihen, että julkisia varoja jaettaisiin vain niihin oikeutetuille. Siten oli suojattu maan taloudellista hyvinvointia.

MS:n mielestä potilasasiakirjojen tiedoksianto ei ollut ollut välttämätöntä demokraattisessa yhteiskunnassa. Asiassa oli ollut riitaa vain siitä, oliko työkyvyttömyys johtunut selkänikaman siirtymästä vaiko työtapaturmasta. Siten tieto abortista oli ollut merkityksetön. EIT totesi, että vakuutuskassa oli oikeutetusti voinut tutkia MS:n hakemusta tarkistamalla hänen ilmoittamiaan seikkoja klinikan hallussa olleen selvityksen perusteella. Kassan olisi ollut vaikea päättää hakemuksen perustelluisuudesta ilman riippumattomasta lähteestä saatua objektiivista tietoa. Kaikki kassalle toimitetut asiakirjat, myös aborttia koskeneet, olivat sisältäneet hänen selkävaivojensa kannalta relevanttia tietoa. Asiakirjat olivat myös koskeneet sitä aikaa, jolta korvausta oli pyydetty. Lisäksi klinikan henkilökunta oli voinut joutua yksityis- ja/tai rikosoikeudelliseen vastuuseen, jos asiakirjat olisi toimitettu vastoin lain mukaisia edellytyksiä. Vakuutuskassan oli pidettävä tiedot salassa samalla tavoin ja takein kuin klinikan. Näissä oloissa kyseiseen toimenpiteeseen oli kohdistunut merkittäviä rajoituksia ja väärinkäyttöä vastaan oli ollut tehokkaita sekä riittäviä takeita. EIT katsoi, että potilasasiakirjojen tiedoksiantoon oli ollut relevantteja ja riittäviä perusteita, eikä toimenpide ollut ollut epäsuhteessa tavoiteltuun päämäärään. EIS 8 artiklaa ei ollut rikottu.

2) EIS 6 artiklan 1-kohdan rikkominen

MS huomautti, ettei hänellä ollut ollut tilaisuutta riitauttaa potilasasiakirjojen tiedoksiantoa etukäteen tuomioistuimessa. EIT totesi, että klinikan velvollisuus toimittaa asiakirjoja oli käsittänyt kaiken sen MS:ää koskeneen klinikan hallussa olleen aineiston, jolla saattoi olla merkitystä korvaushakemuksen ratkaisulle. Harkitessaan aineiston merkitystä klinikalla oli ollut hyvin väljä harkintamarginaali, eikä sen ollut tarvinnut kuulla MS:ää ennen tietojen toimittamista kassalle. Siten ei voitu ainakaan puolustettavin perustein sanoa, että

kansallinen laki olisi tunnustanut MS:n oikeuden estää tietojen toimittaminen. EIS 6 artiklan 1-kohta ei siten soveltunut tapaukseen.

3) EIS 13 artiklan rikkominen

MS katsoi, että myös EIS 13 artiklaa oli rikottu. Ottaen huomioon omaksumansa lopputuloksen väitettyjen EIS 8 artiklan ja 6 artiklan 1-kohdan rikkomisten osalta EIT katsoi, että tapaus toi esiin erillisen kysymyksen EIS 13 artiklan rikkomisesta. EIS 8 artiklan rikkomista oli EIT:n mielestä voitu väittää ainakin puolustettavin perustein. Siten EIS 13 artiklan takeet soveltuivat tapaukseen ja oli tutkittava, oliko MS:llä ollut käytettävissään tehokkaita oikeussuojakeinoja. MS oli voinut nostaa rikos- tai riitajutun klinikan henkilökuntaa vastaan ja vaatia korvausta salassapitovelvollisuuden rikkomisen perusteella. Siten hänellä oli ollut pääsy viranomaiseen, jolla oli ollut valta tutkia EIS 8 artiklan rikkomista koskeneet kysymykset sekä tuomita hyvitystä. Kun otettiin huomioon varsinkin vakuutuskassan velvollisuus varmistaa saamansa tiedon salassapitäminen, jälkikäteiset oikeussuojakeinot riittivät täyttämään EIS 13 artiklan vaatimukset. Siten EIS 13 artiklaa ei ollut rikottu.

Lopputulos:

EIT katsoi, ettei EIS 8 artiklaa ollut rikottu (yksimielisesti) eikä EIS 6 artiklan 1-kohta soveltunut (6–3) tai sitä taikka EIS 13 artiklaa ollut rikottu (yksimielisesti).

EIS 6 artiklan 1-kohdan soveltamisen osalta vähemmistöön jääneet viittasivat siihen, että klinikan harkintavaltaa potilasasiakirjojen ilmoittamisen suhteen oli rajoitettu ja rajojen ylittäminen merkitsi salassapitovelvollisuuden rikkomista. Siten MS oli voinut puolustettavin perustein väittää, että kansallinen laki tunnusti hänen oikeutensa riitauttaa asiakirjojen tiedoksiannon vakuutuskassalle.

Sosiaalihuollon ja -vakuutuksen tietojensaantioikeus terveydentilatiedoista poikkeaa voimakkaasti siitä tavasta, millä terveydentilatietojen siirto sairaanhoitojärjestelmän sisällä tapahtuu. Kunnan terveyskeskuksellahan – toisin kuin sosiaaliviranomaisilla – ei ole oikeutta vaatia potilaitaan koskevia tietoja muilta terveydenhuollon yksiköiltä saati viranomaisilta. On vaikea kuitenkin kuvitella, että sosiaalihuollon kunnallisissa päätöksissä ko. tietoja tarvittaisiin enemmän kuin potilaan varsinaisessa hoidossa, joissa tietojen siirto edellyttää (ainakin asiayhteydestä ilmenevää) potilaan lupaa ja potilaalla on aina mahdollisuus kieltää tietojen siirto[1075]. Sosiaalihuollon tai esim. sairausvakuutuksen yksittäiset päätökset ovat harvoin edes kustannusvaikutuksiltaan yhtä merkittäviä, kuin terveydenhuollon vastaavat päätökset, jossa hoitopäivät sairaalassa maksavat helposti useita tuhansia markkoja ja leikkaushoidot useita kymmeniä tuhansia markkoja.

[1075] Ks. edellä TSV:n toimintakertomus 1.1.1989–31.12.1990, s. 41. Ks. myös STM 1998:9, s. 86.

11.5. YLEINEN JÄRJESTYS JA TURVALLISUUS

Poliisilla ei ole mitään erityistä oikeutta saada terveydenhoitoviranomaisilta tietoja potilaista, jotka esim. mielenterveydellisistä syistä saatavat muodostaa uhan yleiselle järjestykselle ja turvallisuudelle. Ainoastaan tilanteissa, joissa on jo tapahtunut rikos, voi poliisiviranomainen ja tuomioistuin tapausta selvittäessään vaatia tietoja potilasasiakirjoista. Myös syytäjille on esitetty vastaavaa tiedonsaantioikeutta[1076].Vaikka poliisilain (L 493/1995) 35 §:n mukaan poliisi on oikeutettu salassa pidettävien tietojen saantiin muulta viranomaiselta, ei ko. säädös koske potilasasiakirjoja, joiden käyttöä todisteena on rajoitettu koskemaan vain törkeitä rikoksia. Poliisikin on hallintoviranomaisena sidottu hallinto-oikeudelliseen tarkoitussidonnaisuuden periaatteeseen[1077] ja sen mahdollisuus käyttää pakkokeinoja rikoksen selvittämiseen ulottuu vain tilanteeseen, jossa selvityksen perusteella saatuja tietoja voidaan käyttää rikosoikeudenkäynnissä[1078].

OK 17:23 3 mom:n säännöksen mukaan lääkäri ja hänen apulaisensa voidaan velvoittaa todistamaan jutussa, jossa virallinen syyttäjä *ajaa* syytettä ns. törkeästä rikoksesta (eli teosta, josta voi seurata vähintään kuuden vuoden vankeusrangaistus) tai sanotun rikoksen yrityksestä tai osallisuudesta siihen. Aiemmassa oikeuskirjallisuudessa on pidetty selvänä, että *tuomioistuin* päättää vaitiolovelvollisuuden olemassaolosta kussakin yksittäistapauksessa[1079]. OK 17:22 3 mom:n sanamuoto edellyttäisi lisäksi, että virallinen syyttäjä on suorittanut ns. syyteharkinnan ja päättänyt ajaa syytettä mainitunlaisesta rikoksesta, mikä voi tapahtua vasta esitutkinnan suorittamisen *jälkeen*.

[1076] HE 90/2001 vp. (11 §).

[1077] Ks. myös EOA DNo 1541/4/91, 22.12.1992: *Käsitys mielentilalausunnossa esitettävästä tutkimustuloksesta*:

Tutkittava oli todettu HIV-positiiviseksi mielentilatutkimuksessa. Tutkimuksen tehnyt lääkäri esitti tuloksen oikeudelle annetussa mielentilalausunnossa.

Mielentilatutkimuksen suorittamisen aikaan ei ollut olemassa ohjeita lausunnossa esitettävistä tutkimustuloksista. Sosiaali- ja terveyshallitus julkaisi 25.6.1992 oppaan mielentilatutkimuksesta ja siitä annettavasta lausunnosta. Sen mukaan mielentilalausunnossa ei tule esittää tutkittavasta arkaluontoisia asioita muutoin kuin silloin, kun lääkäri katsoo tietojen esittämisen välttämättömäksi tutkittavan mielentilan arvioimisen kannalta.

Apulaisoikeusasiamies katsoi, että HIV-positiivisuus on tutkittavaa koskeva arkaluontoinen asia. Jos HIV-positiivisuudella ei ole vaikutusta tutkittavan syyntakeisuuteen, ei tietoa siitä tule esittää mielentilalausunnossa.

[1078] Vrt. Mahkonen 1995b, s. 18–20.

Ks. myös HE 90/2001 vp. (11 §): Yleisellä syyttäjällä on viranomaisten toiminnan julkisuudesta annetussa laissa (621/1999) tai muussa laissa säädetyn salassapitovelvollisuuden estämättä oikeus maksutta saada viranomaiselta ja julkista tehtävää hoitamaan asetetulta yhteisöltä virkatehtävien suorittamista varten tarpeelliset tiedot ja asiakirjat, *jollei sellaisen tiedon tai asiakirjan antamista syyttäjälle tai tietojen käyttämistä todisteena ole laissa kielletty tai rajoitettu*.

[1079] Tirkkonen 1972, s. 250.

Kun esitutkintalakia (L 449/1985*)* ja pakkokeinolakia (L 450/1987*)* uudistettiin 1980-luvulla, huononnettiin potilastietojen salassapitoa ja poliisille annettiin mahdollisuus jo esitutkintavaiheessa murtaa hoitohenkilökunnan salassapitovelvollisuus[1080], mikäli tutkittavana oleva rikos on *poliisin käsityksen mukaan* törkeä[1081]. Poliisilla on nimittäin pakkokeinolain 4. luvun 2 § 2 momentin mukaan oikeus takavarikoida myös salassapidettäviä potilasasiakirjoja, jos salassapitovelvollisuuden alainen henkilö olisi esitutkintalain 27 § 2 momentin mukaan *oikeutettu* todistamaan esitutkinnassa. Tämä muutos on erittäin merkittävä sikäli, että kun aiemmin yksittäisen henkilön potilastietoja voitiin käyttää todisteena oikeudenkäynnissä, voidaan nyt sairaanhoitolaitosten potilasrekisterejä käyttää tutkinta-aineistona ja esim. hakea rikollisen ”psykologista profiilia” vastaavia henkilöitä psykiatristen sairaaloiden potilastiedostoista. On huomattava, että poliisilla on oikeus omien henkilörekisteriensä pitämiseen ja tutkittaessa törkeitä rikoksia poliisi voi siirtää tietoja sairaaloiden potilasrekistereistä omiin rekistereihinsä, mikäli pitää esim. psykiatrista potilasta ”epäilyttävänä”. Tällaisen potilaan ei ole kuitenkaan tarvinnut koskaan syyllistyä mihinkään rikokseen.

Suomalainen poliisi- ja oikeudenkäymiskäytäntö on ollut myös Euroopan ihmisoikeustuomioistuimen arvioitavana. Ns. HIV-raiskaajan jutussa poliisi takavarikoi epäillyn *vaimon* potilastietoja sen selvittämiseksi, oliko kyseinen raiskaaja tietoinen HIV-tartunnastaan jo ennen tekemiään raiskauksia. Huomattakoon, että raiskaus on rikos, josta voi seurata OK 17:23 3 mom:n edellyttämät 6 vuotta vankeutta[1082].

EIT 25.2.1997, *Z. vs. Finland -tapaus*.

Kysymys siitä, oliko törkeitä rikoksia koskeneessa asiassa puuttuminen yksityis- ja perhe-elämän suojaan ollut välttämätöntä, kun lääkäreiden kieltäydyttyä kertomasta potilastietoja tuomioistuin oli velvoittanut heidät todistamaan ja kun potilasasiakirjoja oli otettu takavarikkoon ja liitetty tutkintapöytäkirjaan sekä kun oikeudenkäyntiaineiston salassapito oli rajoitettu 10 vuoteen ja HIV-tartunnan saaneen henkilön nimi ja terveydentila oli julkistettu tuomiossa.

Tosiseikat:
Z ja X solmivat avioliiton huhtikuussa 1990. Sittemmin suoritetuissa testeissä todettiin, että kumpikin oli HIV-positiivinen. X:n kohdalta verikoe tehtiin ja sen tulos ilmoitettiin hänelle maaliskuussa 1992. Samana vuonna X:ää vastaan nostettiin syyte viidestä tapon yrityksestä sillä perusteella, että hän oli vuosina 1991–1992 eri kerroilla raiskaamalla tai muutoin tahallaan saattanut henkilöitä alttiiksi HIV-tartunnalle. Juttua käsiteltiin raastuvanoikeudessa sul-

[1080] Esitutkintalaki 27 § 2 mom. Kokko 1994, s. 328–330.
[1081] Ks. HE 14/1985 vp., s. 29–30.
[1082] Ko. tapauksessa Helsingin Hovioikeus tuomitsi raiskaajan 11 vuodeksi vankeuteen (HHO 10.12.1993).

jetuin ovin. Jutun asiakirjat oli välitoimella määrätty pidettäväksi salassa. Oikeudenkäynnissä tuli esille kysymys siitä, milloin ja miten Z oli saanut HIV-tartunnan ja milloin X oli saanut tietää siitä. X ei halunnut vastata sanottuihin kysymyksiin ja Z kieltäytyi todistamasta puolisoaan vastaan. Syyttäjä haastoi todistajiksi Z:aa hoitaneet lääkärit. Kun nämä kieltäytyivät todistamasta ja paljastamasta Z:n potilastietoja, raastuvanoikeus päätöksellään velvoitti heidät antamaan todistajankertomukset. Yksi lääkäreistä mainitsi, että Z oli todettu HIV-positiiviseksi elokuussa 1990 tehdyssä verikokeessa. Lääkäreiden kuulemisen jälkeen Z suostui todistamaan ja totesi, ettei hän ollut saanut tartuntaa X:ltä. Poliisi toimitti syyttäjän määräyksestä jutun käsittelyn aikana etsinnän sairaalassa, jossa Z:aa ja X:ää oli hoidettu, sekä takavarikoi kaikki Z:aa koskeneet potilasasiakirjat. Näissä oli mm. syyskuulle 1990 päivätty merkintä siitä, että Z oli havaittu HIV-positiiviseksi elokuun alussa 1990 ja että Z arveli saaneensa tartunnan vuoden 1989 lopulla. Kesäkuun 1991 kohdalla oli merkintä, jonka mukaan Z piti todennäköisenä, että myös X oli saanut tartunnan. Takavarikkoon otettiin myös erilaisia laboratoriokokeiden ja tutkimusten tuloksia, jotka eivät liittyneet HIV:n esiintymiseen Z:n veressä vaan koskivat mm. hänen aikaisempia sairauksiaan ja henkistä mielentilaansa. Takavarikoiduista asiakirjoista otetut valokopiot liitettiin tutkintapöytäkirjaan ja jutun asiakirjavihkoon. Raastuvanoikeus katsoi syytteet kolmen vuonna 1992 tehdyn teon osalta selvitetyiksi ja tuomitsi X:n tapon yrityksistä 7 vuodeksi vankeuteen. Päätös julistettiin ilmoittamalla tuomiolauselma ja katkelmia perusteluista. Lisäksi mainittiin sovelletut lainkohdat. Perustelut täydellisessä muodossaan ja oikeudenkäyntiaineisto määrättiin pidettäväksi salassa 10 vuotta. Asianosaiset valittivat päätöksestä hovioikeuteen. Tuomiossaan hovioikeus pysytti raastuvanoikeuden päätöksen muutoin mutta katsoi, että X oli syyllistynyt tapon yrityksiin myös kahdella muulla kuin raastuvanoikeuden päätöksessä todetulla teolla. Yksi näistä oli tehty jo joulukuussa 1991. Tuomion perusteluissa X ja Z mainittiin etu- ja sukunimiltään. Hovioikeus totesi mm., että Z oli todettu HIV-positiiviseksi elokuussa 1990. Z:lla oli potilasasiakirjojen mukaan ollut tammikuussa 1990 malariana hoidettu kuume, joka kuitenkin todistajana kuullun lääkäri S.V:n mukaan oli todennäköisesti ollut HIV-tartunta. Hän oli tuolloin oleskellut Mombasassa, jossa hän oli tavannut X:n. Siten oli todennäköistä, että hän oli saanut tartunnan X:ltä. X oli myöntänyt saaneensa tietää Z:lta tämän tartunnasta ennen Suomeen saapumistaan tammikuussa 1991. Kun Z ja X olivat aviopuolisoja, X:llä oli ollut erityinen aihe olettaa, että tartunta saattoi siirtyä yhdynnässä. X:n käyttäytyminen osoitti, että hän suhtautui välinpitämättömästi mahdollisuuteen levittää tartuntaa sivullisiin. Hovioikeus tuomitsi X:n tapon yrityksistä yli 11 vuodeksi vankeuteen ja pysytti raastuvanoikeuden päätöksen oikeudenkäyntiaineiston salassapidon osalta. Korkein oikeus ei myöntänyt valituslupaa X:lle. Z vaati sittemmin korkeimmalle oikeudelle tekemällään hakemuksella hovioikeuden päätöksen poistamista menettelyvirheen perustella, kun häntä ei ollut kuultu oikeudenkäyntiaineiston salassapidosta. Vaihtoehtoisesti hän vaati tuomion purkamista, kun se perustui ilmeisesti väärään lain soveltamiseen ja oli EIS 8 artiklan vastainen. Korkein oikeus jätti hakemuksen kuitenkin tutkimatta, kun tuomiovirhekantelun määräaika oli kulunut umpeen ja kun Z:lla ei ollut asialegitimaatiota tuomion purkamisen osalta. Alioikeuskäsittelystä oli artikkeleita Ilta-Sanomissa ja Helsingin Sanomissa. Erään kerran X mainittiin koko

nimeltään ja todettiin, että tämän vaimo oli ollut potilaana sairaalassa, jossa hoidettiin HIV-tartunnan saaneita. Hovioikeuden tuomiota selostettiin eri lehdissä. Tuomio oli lähetetty faksilla Helsingin Sanomille, jonka julkaisemassa kirjoituksessa todettiin, että tuomio perustui X:n suomalaisen vaimon kertomukseen. X mainittiin tällöin koko nimeltään. Lisäksi kirjoituksessa viitattiin hovioikeuden toteamukseen siitä, että X:n vaimo oli HIV-positiivinen.

Valitus:
Z katsoi, että asiassa oli rikottu EIS 8 ja 13 artikloja. EIK: EIS 8 artiklaa oli rikottu eikä ollut tarpeen tutkia, oliko rikottu EIS 13 artiklaa (yksimielisesti).

Tuomio:
1) EIS 8 artiklan rikkominen: Z katsoi muun ohella, että valtio oli vastuussa jo pelkästään sen vuoksi, kun hänen potilastietojaan oli vuotanut julkisuuteen. EIT ei kuitenkaan havainnut sellaista potilastietojen vuotoa, josta valtio olisi EIS 8 nojalla vastuussa. Z katsoi myös, että hovioikeuden päätös ilmensi X:n osalta rotuun ja hänen osaltaan sukupuoleen perustuvaa syrjintää, kun puuttuminen hänen yksityis- ja perhe-elämäänsä oli perustunut siihen, että hän oli naimisissa Afrikasta tulleen miehen kanssa. Tämä oli kuitenkin erillinen ja uusi väite, jota valituksen tutkimisesta tehty EIK:n päätös ei koskenut. Siten EIT:lla ei ollut toimivaltaa tutkia väitettä. EIT:n tutkittavaksi jäi neljä Z:n väittämää seikkaa, nimittäin: 1) lääkäreiden velvoittaminen todistamaan, 2) potilasasiakirjojen takavarikko ja niiden liittäminen tutkintapöytäkirjaan, 3) oikeudenkäyntiaineiston salassapidon rajoittaminen 10 vuoteen ja 4) Z:n nimen ja terveydentilan paljastaminen hovioikeuden tuomiossa. Asiassa oli riidatonta, että em. toimenpiteillä oli puututtu Z:n yksityis- ja perhe-elämän suojaan. Yhtyen EIK:n ja hallituksen käsityksiin EIT katsoi myös, toisin kuin Z, että toimenpiteet olivat olleet kotimaisen lain mukaisia ja että relevanttien säännösten (mm. OK 17:23 3 mom:n) vaikutukset olivat riittävän ennaltaarvattavia EIS 8 artiklan 2-kohdan laille asettamien laatuvaatimusten kannalta. Z katsoi, ettei toimenpiteillä ollut hyväksyttävää tarkoitusta EIS 8 artiklan 2-kohdan mielessä, kun hänen potilastietonsa eivät olleet kovinkaan merkittäviä X:ää vastaan ajetussa jutussa. EIT totesi, että Z:n sanottu väite perustui jälkikäteiseen arvioon todistelun merkittävyydestä. Ratkaisevinta oli kuitenkin, olivatko viranomaiset pyrkineet hyväksyttävään päämäärään toimenpiteiden suorittamisen aikaan. Tältä osin EIT katsoi, että toimenpiteillä oli pyritty rikollisuuden estämiseen ja muiden henkilöiden oikeuksien ja vapauksien suojaamiseen. Viimeksi mainittuun päämäärään oli pyritty myös oikeudenkäyntiaineiston salassapidon rajoittamisella, koska oikeudenkäynnin julkisuus oli yleisen edun mukaista ja edisti luottamusta oikeuslaitokseen ja koska Suomen lain mukaan salassapidon määräajan päätyttyä jokaisella henkilöllä oli oikeus tutustua jutun aineistoon. Toisaalta Z:n nimen ja terveydentilan ilmoittamisen osalta EIT epäili hyväksyttävän tarkoituksen olemassaoloa EIS 8 artiklan 2-kohdan mielessä. Tästä ei kuitenkaan EIT:n mielestä ollut tarpeen lausua ottaen huomioon sen jäljempänä mainittavan lopputuloksen, johon EIT päätyi toimenpiteen välttämättömyyden kohdalta. Harkitessaan toimenpiteiden välttämättömyyttä demokraattisessa yhteiskunnassa EIT kiinnitti huomiota siihen, oliko toimenpiteitä perusteltu relevantein ja riittävin seikoin ja olivatko ne suhteessa tavoiteltuihin päämääriin. *EIT totesi, että henkilön tervey-*

dentilaa koskevien tietojen suojaamisella ja salassapidolla oli keskeinen asema EIS 8 artiklassa ja EIS:n jäsenvaltioiden oikeusjärjestelmissä. Kysymys ei ollut pelkästään potilaan yksityisyyden kunnioittamisesta vaan myös lääkärin ammattia ja ylipäätään terveydenhoitoa kohtaan tunnetun luottamuksen säilyttämisestä. Ilman tuollaista suojaa terveyspalvelujen tarpeessa olevat saattaisivat olla ilmoittamatta asianmukaisen hoidon kannalta tarpeellisia seikkoja tai jopa olla hakeutumatta hoitoon, mikä vaarantaisi heidän oman terveytensä ja tarttuvien tautien kohdalta myös yhteisön terveyden. Siten kotimaisessa laissa tuli olla määräyksiä, joilla estettäisiin henkilökohtaisten terveydellisten tietojen paljastaminen ja levittäminen EIS 8 artiklan vastaisesti. Sanottu koski erityisesti HIV-tartunnan saaneiden suojaa, koska tieto tartunnasta voisi vaikuttaa dramaattisesti heidän yksityis- ja perhe-elämäänsä samoin kuin heidän sosiaalisiin oloihinsa ja työelämäänsä. Siten puuttuminen tuollaisen luottamuksellisen tiedon suojaan oli oikeutettua EIS 8 artiklan kannalta vain, jos sitä voitiin perustella yleisen edun mukaisilla erittäin tärkeillä seikoilla. Sellaisia seikkoja saattoivat sinänsä olla rikosten tutkintaan ja syytteiden ajamiseen sekä oikeudenkäynnin julkisuuteen liittyvät intressit, jos ne vain olivat painavampia kuin terveydellisten tietojen suojaan liittyvät potilaan ja yhteiskunnan intressit. EIT:n tuli tarkastella erittäin huolellisesti tilanteita, joissa kansalliset viranomaiset olivat antaneet velvoittavan määräyksen ilmoittaa luottamuksellista tietoa ilman potilaan suostumusta. Kuitenkin viranomaisilla tuli olla harkintamarginaalia, kun kysymys oli oikeudenkäynnin julkisuuteen ja toisaalta luottamuksellisen tiedon suojaan liittyvien intressien keskinäisestä tasapainosta. Marginaalin väljyys riippui asianomaisten intressien luonteesta ja vakavuudesta sekä puuttumisen asteesta. Z:n valituksen kohdalta EIT tarkasteli toimenpiteiden välttämättömyyttä kunkin toimenpiteen kohdalta erikseen, koska ne erosivat luonteeltaan ja päämääriltään ja niillä puututtiin eriasteisesti Z:n yksityis- ja perhe-elämään. Sinänsä Z:lla oli ollut mahdollisuus tuoda esiin omat näkökohtansa oikeudenkäynnissä, eikä menettely siten antanut aihetta katsoa EIS 8 artiklaa rikotun.

i) Lääkäreiden velvoittaminen todistamaan: EIT totesi, että lääkäreitä oli kuultu sen johdosta, kun Z oli Suomen lain mukaisesti kieltäytynyt todistamasta puolisoaan vastaan. Kuulemisella oli pyritty saamaan selvitystä yksinomaan siitä, milloin X oli saanut tietää HIV-tartunnastaan tai hänellä oli ollut syytä sitä epäillä. Lääkärien todistuksella oli voinut olla ratkaiseva merkitys sen suhteen, voitiinko X tuomita tapon yrityksestä niidenkin tekojen osalta, jotka olivat tapahtuneet jo ennen verikokeen tuloksen ilmoittamista X:lle maaliskuussa 1992. Oli epäilyksetöntä, että hyvin painavat yleiset edut olivat puoltaneet rikostutkintaa ja syytteitä kaikkien, eikä vain tuon ajankohdan jälkeen tehtyjen tekojen osalta. Tuomioistuin oli määrännyt jo oikeudenkäynnin aikana, että jutun asiakirjat, todistajien kertomukset mukaan lukien, oli pidettävä salassa. Oikeudenkäyntiin osallistuneilla henkilöillä oli ollut salassapitovelvollisuus, jonka rikkominen saattoi johtaa rangaistus ja/tai korvausvastuuseen. Siten puuttumista Z:n yksityis- ja perhe-elämään oli rajoitettu merkittävästi ja väärinkäyttöä vastaan oli ollut tehokkaita ja riittäviä takeita. Ottaen huomioon X:ää vastaan ajetun jutun salaisen ja erittäin poikkeuksellisen luonteen EIT ei ollut vakuuttunut, että todistamiseen velvoittaminen oli todennäköisesti estänyt potentiaalisia ja aktuaalisia HIV:n kantajia hakeutumasta testeihin ja hoitoon. EIS 8 artiklaa ei ollut siten tältä osin rikottu.

ii) Potilasasiakirjojen takavarikko ja niiden liittäminen tutkintapöytäkirjaan: EIT totesi, että kyseiset toimenpiteet täydensivät lääkäreille annettua velvoitetta todistaa jutussa ja perustuivat samoihin painaviin yleisiin etuihin. Lisäksi väärinkäyttöä vastaan oli samat rajoitukset ja takeet ja jutun asiakirjat oli määrätty pidettäväksi salassa. Toisaalta takavarikko ei ollut perustunut tuomioistuimen vaan syyttäjän määräykseen. Kuitenkin pakkokeinolain 4. luvun 2 §:n 2 kappaleen mukaan takavarikon edellytyksenä oli ollut, että Z:n lääkärit olisivat esitutkinnassa oikeutettuja tai velvollisia todistamaan asiakirjaan sisältyvästä seikasta. Siten takavarikon ja todistamaan velvoittamisen edellytykset olivat olleet olennaisesti samat. Lisäksi jo ennen takavarikkoa raastuvanoikeus oli päättänyt eräiden lääkärien osalta näiden kuulemisesta todistajana. Takavarikon jälkeen aineisto oli otettu jutun asiakirjavihkoon. Z:lla oli ollut oikeus riitauttaa takavarikko tuomioistuimessa. Siten takavarikon määrääminen syyttäjän toimesta ei itsessään merkinnyt EIS 8 artiklan rikkomista. Z oli tosin huomauttanut, että takavarikkoon oli otettu aineistoa, jolla ei ollut ollut mitään merkitystä X:ää vastaan ajetussa jutussa. Lisäksi mikään aineistosta ei ollut ollut ratkaisevaa lopputuloksen kannalta. EIT kuitenkin huomautti, että kansallisten tuomioistuinten asia oli harkita todistelun sopivuus eikä EIT voinut normaalisti puuttua kysymykseen. Nytkään ei puuttumiseen ollut aihetta, koska hyvin useilla seikoilla oli ollut merkitystä harkittaessa X:n tietoisuutta tartunnastaan. EIS 8 artiklaa ei ollut rikottu takavarikonkaan osalta.

iii) Terveydentilan salassapidon määräaika: EIT huomautti, että 10 vuoden määräaika ei ollut vastannut jutun asianosaisten toivomuksia. Kaikki olivat pyytäneet pitempää määräaikaa. EIT ei ollut vakuuttunut siitä, että päättäessään määräajasta tuomioistuimet olivat ottaneet riittävästi huomioon Z:n intressit. Z:n yksityis- ja perhe-elämän suojaan oli jo puututtu vakavasti, kun oikeudenkäynnissä oli esitetty luottamuksellista selvitystä hänen suostumuksettaan. Tähän nähden salassapidon määräajan rajoittamista 10 vuoteen ei voitu perustella erittäin tärkein seikoin. Siten EIS 8 artiklaa rikottaisiin, jos aineisto tulisi julkiseksi sanotun määräajan päätyttyä. Jäsenvaltion asia oli ryhtyä toimenpiteisiin täyttääkseen EIS 53 artiklan mukaiset velvollisuutensa.

iv) Z:n nimen ja terveydentilan julkistaminen hovioikeuden tuomiossa: Suomen oikeuden mukaan hovioikeus oli voinut harkintansa mukaan jättää mainitsematta Z:n nimen ja julkistaa tuomiosta vain tuomiolauselman, lainkohdat ja perustelujen lyhennelmän määräämällä perustelut täydellisessä muodossaan pidettäväksi salassa määräajan. Hovioikeuden tietoon oli saatettu Z:n toivomus siitä, että oikeudenkäyntiaineiston salassapidon määräaikaa jatkettaisiin. Siten oli ilmeistä, että hän olisi vastustanut nimensä ja terveydentilansa julkistamista. Näissä oloissa EIT katsoi, ettei hovioikeuden toimenpiteelle ollut ollut mitään pakottavaa syytä ja EIS 8 artiklaa oli rikottu.

2) EIS 13 artiklan rikkominen: Z katsoi, että EIS 13 artiklaa oli rikottu, kun hän ei ollut voinut minkään em. toimenpiteen kohdalta käyttää oikeussuojakeinoja EIS 8 artiklan rikkomuksen perusteella. EIT huomautti ottaneensa tämän huomioon harkitessaan EIS 8 artiklan rikkomuksia eikä siten ollut syytä tutkia EIS 13 artiklan rikkomista.

3) EIS 50 artiklan mukainen hyvitys: Z pyysi korvausta aineettomasta vahin-

gostaan 2 miljoonaa markkaa. Hän viittasi siihen, että tietoja hänen terveydestään oli levitetty laajalti lehdistössä. Hallitus katsoi, että jo rikkomuksen toteaminen olisi riittävä korvaus. Joka tapauksessa määrä ei saisi nousta tasolle, jossa korvaukset X:n rikosten asianomistajille olivat liikkuneet. Korkein näille tuomittu korvaus oli 70.000 mk. EIT totesi, että Z:n oli täytynyt kärsiä aineetonta vahinkoa sen johdosta, että hovioikeuden tuomiossa oli mainittu hänen nimensä ja terveydentilansa. Yksistään rikkomuksen toteaminen ei ollut riittävä korvaus. Harkitessaan korvauksen määrää EIT ei ollut sidottu kansalliseen käytäntöön, vaikkakin saattoi saada siitä jotain johtoa. EIT harkitsi kohtuulliseksi korvaukseksi 100.000 mk. Z vaati korvausta kuluistaan kotimaisissa tuomioistuimissa ja Strasbourgissa. Hallitus paljoksui osin kulujen määrää. EIT totesi, että kuluja voitiin tuomita toimenpiteistä, joihin oli välttämättä täytynyt turvautua EIS:n rikkomuksen estämiseksi tai korvauksen saamiseksi rikkomuksen johdosta. Lisäksi korvausta voitiin tuomita vain määrältään kohtuullisista kuluista. EIT harkitsi kohtuulliseksi korvaukseksi kuluista 160.000 mk.

Tuomiolauselma:
EIT katsoi, ettei lääkäreiden velvoittaminen todistamaan eikä takavarikko ja aineiston ottaminen tutkintapöytäkirjaan rikkoneet EIS 8 artiklaa (8-1),

aineiston salassapidon rajoittaminen 10 vuoteen ja Z:n nimen ja terveydentilan ilmoittaminen hovioikeuden tuomiossa rikkoi EIS 8 artiklaa (yksimielisesti),

eikä ollut tarpeen tutkia EIS 13 artiklan rikkomista (yksimielisesti).

Lisäksi vastaajavaltion oli korvattava aineettomasta vahingosta 100.000 mk sekä kuluista 160.000 mk lisättynä arvonlisäverolla ja vähennettynä määrällä, jota oli maksettu Euroopan Neuvoston myöntämän maksuttoman oikeudenkäynnin perusteella, kaikki määrät 11 %:n laillisine korkoineen (yksimielisesti)[1083].

Kyseisessä ratkaisussa ihmisoikeustuomioistuin paitsi korostaa terveydentilatietojen salassapidon ja potilas-lääkäri -suhteen kuulumista EIS:n 8 artiklan tarkoittaman suojatun yksityiselämän piiriin, se myös toteaa, että törkeän rikoksen selvittäminen on sellainen tärkeä intressi, jonka takia demokraattisessa yhteiskunnassa voidaan tätä salassapitoa yksittäistapauksessa loukata[1084]. Tuomioistuimen tulee kuitenkin harkita tarvittavan todistelun sopivuus. Vaikka potilastietojen selvittäminen olisi ollut asian ratkaisemiseksi tarpeellista, eivät Suomen viranomaiset olleet kuitenkaan kyenneet riittävästi turvaamaan naisen oikeuksia, jotta puuttuminen hänen yksityiselämäänsä olisi jäänyt mahdollisimman vähäiseksi[1085].

[1083] Ennen asian päätymistä ihmisoikeustuomioistuimen käsiteltäväksi EN:n ns. ihmisoikeustoimikunta käsitteli asiaa. Ko. toimikunta totesi, että raiskaajan vaimon yksityiselämän suojaa oli loukattu, koska oikeuskäsittelyn yhteydessä mm. syytetyn vaimon terveydentilaa koskevia tietoja tuli julkisuuteen. Loukkaus oli toimikunnan mielestä niin vakava, että vain poikkeukselliset syyt voivat tehdä sen oikeutetuksi.

[1084] Ks. myös Editorial. Eur J Health Law 1997, s. 119–125.

[1085] Ks. myös Ylipartanen 1997a, s. 15.

Poliisiviranomaiset toivovat suhteellisen usein tietojen saamista potilasasiakirjoista paitsi rikostutkinnan takia, myös ajokorttiasioiden käsittelyn yhteydessä, jolloin tietojen antaminen saattaa johtaa potilaan tekemän lupa-anomuksen hylkäämiseen, mutta olla toisaalta perusteltua yleisen edun nimissä – näin esim. epilepsiapotilaan hakiessa ajokorttia[1086]. Periaatteessa ajokortin hakemiseen vaaditun lääkärinlausunnon yhteydessä potilas suostuu siihen, että poliisiviranomaiset saavat potilaalta ns. blanco-suostumuksen tarpeellisten terveystietojen hankkimiseksi. Blanco-suostumukseen, jonka tarkkaa sisältöä ei ole edeltäkäsin määritelty, on yleensä suhtauduttu kielteisesti eri maiden oikeuskirjallisuudessa ja tietosuojavaltuutetun käytännössä[1087]. Esimerkiksi antaessaan luvan tietojen saamisen sairauttaan koskevista asiakirjoista potilaan tulisi pystyä käsittämään, mitä tietoja annettu lupa koskee, jotta suostumuksella olisi todellista merkitystä[1088]. Suostumus on yleensä sovellettavissa vain antamishetkellä olemassa olleisiin asiakirjoihin (retrospektiivinen lupa) ja suostumuksen antamishetken jälkeen havaitut sairaudet ja niistä kertyneet sairauskertomustiedot tulisi potilaan arvioida uudelleen. Jos oikeusjärjestelmä hyväksyisi prospektiivisen suostumuksen, merkitsisi se sitä, että ajokorttia hakeneen 18 vuotiaan terveydentilatietoja voitaisiin poliisin toimesta rajoituksetta seurata seuraavat 32 vuotta eli ajokortin uusimiseen asti. On huomattava, että poliisilain 35 § 2 mom:n mukaan poliisilla on potilaan suostumuksesta riippumattakin oikeus saada tietoja henkilön terveydentilasta ja esim. päihteiden käytöstä ajo-oikeuden tai aseenkantoluvan voimassaolon edellytysten tarkistamiseksi, mutta poliisilla on oltava perusteltu syy kyseisten tietojen pyytämiseen.

Myös puolustushallinnon viranomaisilla on intressiä saada tietoja kansalaisten terveydentilasta esim. harkittaessa henkilön soveltuvuutta erilaisiin sotilastehtäviin. Asevelvollisuuslain (L 452/1950) 42c §:n nojalla asevelvollisuusrekisterin pitäjällä on oikeus saada lausunto kutsunnanalaisen terveydentilasta palveluskelpoisuuden määrittämistä varten kutsuntatarkastuksen suorittavalta lääkäriltä tai terveyskeskukselta. Puolustusvoimilla on oma terveydenhuoltojärjestelmänsä, joka vastaa mm. varusmiesten terveyden- ja sairaanhoidosta. Tietojen siirto tästä järjestelmästä muuhun puolustushallintoon voi olla ongelmallista puolustusvoimissa palvelevan yksityisyyden suojan kannalta[1089].

[1086] Wallin A et al. 1996, s. 6–7.

[1087] Ks. edellä luku 10.3.
Ks. myös Lehtonen 1985, s. 289 ja Rynning 1994, s. 329–330 sekä esim. TSV DNo 41/45/90.

[1088] Mahkonen 1995a, s. 115–117.

[1089] Laaja yksityisyyden suoja riisto sairaustietojen osalta merkitsisi paluuta ns. ”laitosvallan” käsitteeseen puolustusvoimissa, johon esim. perusoikeusuudistuksen yhteydessä on suhtauduttu kielteisesti. Ks. HE 309/1993 vp, s. 25. Ks. myös Hidén 1971, s. 244–258.

AOA DNo 1414/2/94, 28.1.1995: *Asevelvollisten palveluskykyyn vaikuttavien tietojen saaminen*[1090].

Apulaisoikeusasiamies pyysi 21.7.1994 päivätyllä kirjeellään pääesikunnan terveydenhuolto-osastolta selvitystä varusmiesten terveystietojen salassapitoon liittyvistä kysymyksistä. Suoritettujen tarkastusten yhteydessä useat lääkärit olivat pitäneet varusmiespotilaiden tietojen antamista heidän esimiehilleen ongelmallisena, koska asiasta ei ollut mitään nimenomaisia säännöksiä. Toisaalta esimiehet pitivät muun muassa varusmiesten palvelusturvallisuuden kannalta tärkeänä, että myös varusmiesten terveydentilasta sai riittävästi tietoja.

Pääesikunnan terveydenhuolto-osaston lausunnossa todettiin muun ohella, että ongelmia oli tietojen saannissa erityisesti perusterveydenhuollosta erillään olevista mielenterveystoimistoista. Ongelmia oli myös kutsuntalautakunnille annettavien tietojen siirtymisessä tuleville esimiehille ja joukko-osaston lääkärille.

Apulaisoikeusasiamies totesi ratkaisussaan, että asevelvollisuuslain 9a. luku antoi puolustusvoimille salassapitosäännösten estämättä oikeuden saada lääkintä-, sosiaali- ja poliisiviranomaisilta tarvittavia tietoja palveluskyvyn arvioimista varten. Asevelvollisuusrekisterin pitäjällä oli asevelvollisuuslain mukaan lisäksi oikeus salassapitosäännösten estämättä saada tietoja väestökirjaviranomaisilta, vankilaviranomaisilta ja syyttäjältä sekä tarvittaessa muiltakin valtion ja kunnallisilta viranomaisilta.

Asevelvollisten kutsuntojen yhteydessä antaman suostumuksen perusteella voitiin saada tietoja suoraan myös esimerkiksi mielenterveystoimistoilta. Mikäli kutsunnassa saatujen tietojen perusteella oli syytä epäillä asevelvollisen kykyä selviytyä varusmiespalveluksesta, oli hänen tilannettaan tarpeellisin osin syytä vielä oma-aloitteisesti selvittää ennen lopullista palvelukseen astumista. Samoin silloin kun varusmiehen palvelus oli esimerkiksi mielenterveydellisistä syistä jo kertaalleen keskeytetty, olisi hänen kykynsä suorittaa jatkossa palveluksensa loppuun ollut syytä selvittää oma-aloitteisesti viran puolesta nykyistä yksityiskohtaisemmin. Käytännössä ainoastaan noin kolmasosa tällaisista varusmiehistä pystyy suorittamaan kesken jääneen palveluksen loppuun.

Terveydenhuollon järjestämisestä puolustusvoimissa annetussa laissa ei ollut salassa pidettävien tietojen saantiin oikeuttavaa säännöstä. Tästä johtuen varuskunnissa oli ollut epätietoisuutta oikeudesta antaa esimerkiksi varusmiesten terveystietoja heidän esimiehilleen. Apulaisoikeusasiamies oli erään kanteluasian johdosta tekemässään katsonut (OAK 1995, s. 130), että nykyisin ainoastaan pysyväisohjeessa mainitusta tiedonsaantioikeudesta olisi tullut säätää laintasoisesti.

Lakia oltiin parhaillaan muuttamassa esiin tuodun epäkohdan korjaamiseksi. Terveydenhuollon järjestämisestä puolustusvoimissa annettuun lakiin oli ehdotettu lisättäväksi säännökset puolustusvoimien potilastietojen luovuttamisesta (HE 43/1995 vp.). Lakiehdotuksen mukaan lääkärillä oli oikeus salassapitosäännösten estämättä antaa puolustusvoimien terveydenhuoltovastuulla tai sotilasvirassa palvelevan terveydentilasta lausuntoja joukko-osaston komentajalle, perusyksikön päällikölle ja sairaantarkastustoimikunnalle[1091].

[1090] Ks. OAK 1995, s. 135–136.
[1091] HE 43/1995 vp., s. 3.

Apulaisoikeusasiamies saattoi käsityksensä asevelvollisten palveluskykyyn vaikuttavien tietojen hankkimisen kehittämismahdollisuuksista pääesikunnan tietoon[1092].

Puolustushallinnon laaja tietojensaantioikeus henkilön terveydentilasta siviiliterveydenhuollon viranomaisilta on huonosti perusteltu. Asevelvolliset käyvät läpi useita tarkastuksia puolustusvoimain oman terveydenhuollon toimesta ja yleensä ilmoittavat (liiankin halukkaasti) mahdolliset sairaudet puolustusvoimien lääkäreille. Puolustusvoimien erikoislääkärijohtoisissa sairaaloissa on toisaalta hyvät (ja valtion varoin kustannetut) mahdollisuudet erillisiin jatkotutkimuksiin ja yleensä myös paras kokemus asevelvollisen palveluskyvyn arviointiin. Onkin hyvin ajateltavissa, että pelkkä siviiliterveydenhuollon kannanotto palvelukseen kelpaamisesta taikka kelpaamattomuudesta olisi tiedonsaantioikeuden kannalta täysin riittävä ja että muun terveystietojen toimittamisen tulisi tapahtua asevelvollisen itsensä toimesta taikka perustua puolustusvoimien terveydenhuoltoyksiköissä tehtyihin tutkimuksiin[1093].

11.6. MUU HALLINTO

Mikäli toinen viranomainen haluaa tietoja sellaisista asiakirjoista, jotka pitävät sisällään salassa pidettäviä potilastietoja ja perustaa vaatimuksensa vain omia tehtäviään koskevaan säännökseen, on tilanne tietojen antajan kannalta ongelmallinen[1094]. Esim. valtio muodostaa käsitteellisesti vain yhden ”oikeussubjektin”, joka antaa tällöin tietoja ”itselleen”. JulkL 29 § edellyttää kuitenkin, ettei salassa pidettävää asiakirjaa näytetä tai jäljennöstä siitä anneta muulle kuin viranomaiselle, jolla on viran tai toimen puolesta oikeus saada siitä tieto[1095]. Tämän

---

[1092] Ks. myös EOA DNo 950/2/93, 18.6.1993.

[1093] Esim. palvelukseen kelpuutettujen asevelvollisten siviilielämän yksityiskohtaisilla mielenterveystiedoilla on harvoin käytännön merkitystä, koska merkittävät mielenterveysongelmat useimmiten tulevat esiin ensi kertaa vasta asevelvollisuusaikana. Toisaalta vakaville mielenterveydenhäiriöille alttiit ja potentiaalisesti vaaralliset asevelvolliset pitäisi voida ao. tietojen perusteella todeta palveluskelvottomiksi jo kutsuntatarkastuksessa.

[1094] Ks. KHO 1959 II 213, KHO 1969 II 4, KHO 1973 II 1.

[1095] JulkL 29 §: Viranomainen voi antaa toiselle viranomaiselle tiedon salassa pidettävästä asiakirjasta, jos:

1) tiedon antamisesta tai oikeudesta tiedon saamiseen on laissa erikseen nimenomaisesti säädetty;

2) se, jonka etujen suojaamiseksi salassapitovelvollisuus on säädetty, antaa siihen suostumuksensa;

3) asiakirja on tarpeen käsiteltäessä ennakkotietoa, ennakkoratkaisua, viranomaisen päätöksestä tehtyä muutoksenhakua taikka toimenpiteestä tehdyn kantelun tai alistusasian taikka kansainväliselle lainkäyttö- tai tutkintaelimelle tehdyn valituksen käsittelemiseksi;

4) tieto on tarpeen viranomaiseen kohdistuvan yksittäisen valvonta- tai tarkastustehtävän suorittamiseksi.

tapaisen säännöksen tulkinta on tuottanut vaikeuksia ja sille on kirjallisuudessa annettu useita vaihtoehtoisia merkityssisältöjä:

- Salassa pidettävä asiakirja voidaan luovuttaa vain edeltäkäsin ilmoitettuun virkakäyttöön julkisen intressin sitä vaatiessa[1096].
- Viranomaisella on oikeus tutustua toisen viranomaisen hallussa oleviin, salassa pidettäviin asiakirjoihin ainoastaan siinä tapauksessa, että se perustuu nimenomaiseen säännökseen[1097].
- Tietojensaanti- ja salassapitointressiä on tarkasteltava kokonaisvaltaisesti ottaen huomioon sen, onko tietoja haluava viranomainen velvollinen pitämään tarvitsemansa asiakirjan salassa, sekä sen, kuinka paljon asiakirjan uusi käyttötarkoitus poikkeaa siitä, mihin asiakirja oli alunperin hankittu[1098].

Mainittakoon, että ruotsalaisen oikeuskirjallisuuden kannan mukaan ei salassa pidettäväksi määrätyn asiakirjan luovuttaminen toiselle viranomaiselle yleensä ole kiellettyä silloin, kun salassapito perustuu julkiseen intressiin. Sen sijaan tulee tiukempaa linjaa noudattaa tilanteissa, joissa salassapito on määrätty yksityisen intressin suojaamiseksi[1099]. Koska terveydentilatietojen salassapito on mitä suurimmassa määrin säädetty yksityisen intressin suojaamiseksi, tulisi henkilön terveydentilaa tai sairautta koskevien tietojen vaatimisen aina perustua nimenomaiseen lainsäännökseen, joka oikeuttaa poikkeamaan ko. salassapitosäännöksestä[1100]. Näitä säännöksiä on – kuten edeltä käy ilmi – Suomen lainsäädännössä runsaasti, joten muuhun kuin nimenomaiseen säännökseen perustuvan tietojen luovuttamisen ei pitäisi olla sallittua[1101]. Lisäksi vaadittujen tietojen tulee olla välttämättömiä tietoja pyytävän viranomaisen kannalta, koska luottamuksel-

---

[1096] Rytkölä 1978, s. 223.
[1097] Konstari 1977, s. 394.
[1098] Konstari 1977, s. 305–306.
[1099] Strömberg 1989, s. 97–98. Tanskalaisen lainsäädännön osalta ks. Hartlev 1990, s. 29–48. Tanskan hallintomenettelylaki (forvaltningsloven, lov nr 571, 19.12.1985) jaottelee henkilötiedot erittäin luottamuksellisiin (”rent private”) ja vähemmän luottamuksellisiin (”almindeligt private”). Erittäin luottamuksellisiin tietoihin kuuluvat mm. henkilön terveydentilaa koskevat tiedot, joita ei forvaltningsloven 28 §:n mukaan pääsääntöisesti saa luovuttaa toiselle viranomaiselle, jollei henkilö itse anna siihen suostumustaan tai toisella viranomaisella ole lakiin perustuvaa tiedonsaantioikeutta.
[1100] On huomattava, että esim. tilasto- ja arkistoviranomaisilla on erikoissäännökseen perustuva *yleinen oikeus saada tietoja salassa pidettävistä asiakirjoista* (Tilastolaki, L 62/1994, 11 §; arkistolaki 10 §).
[1101] Tällaista tulkintaa edellyttää myös PotL 13 §, joka asettaa toisen viranomaisen sivullisen asemaan potilaan hoidon suhteen, sekä pyrkimys PerL 10 §:n mukaiseen yksityiselämän suojan turvaamiseen.

Tietosuojalautakunta on myöntänyt poikkeuslupia viranomaisten väliseen tietojen vaihtoon, jos tietojen luovutukseen on ollut painava syy kuten, että luovutettavat tiedot ovat olleet tarpeen viranomaisen lakisääteisten tehtävien suorittamiseksi taikka tietoja on tarvittu yhteiskunnan tarjoamien etujen väärinkäytösten selvittämiseksi (KM 1997:9, s. 56).

liseen tiedonvaihtoon ja henkilön yksityiselämään puuttuva lainsäännös ei voi kokonaan syrjäyttää PerL 10 §:n säädöstä.

Tietojen luovuttajan on huolellisuusvelvoitteensa nojalla erityisesti varmistauduttava siitä, että luovutuksensaajalla on oikeus tallentaa rekisteriinsä haluamansa tiedot[1102]. *Konstarin* mukaan mm. viranomaisen tiedonsaantioikeutta koskevat säännökset on yleensä muotoiltu ajatellen tiedon saantia kulloinkin käsiteltävänä olevan yksittäistapauksen ratkaisua varten, eivätkä ne niin ollen oikeuta saamaan tietoja muista kuin ko. tapausta varten nimetyistä henkilöistä. Säännökset, jotka oikeuttavat tiedon saantiin yksittäisen henkilön terveydentilasta, eivät siis ole riittävä perustelu loukata laajan henkilöjoukon yksityisyyden suojaa.

11.7 POTILAS, OMAINEN JA MUU ASIANOSAINEN

Potilaan oikeus tutustua itseään koskeviin asiakirjoihin on nyttemmin täysin selvä. JulkL 19 §:n mukaan hakijalla, valittajalla sekä muulla, jonka oikeutta, etua tai velvollisuutta asia koskee on oikeus saada asiaa käsittelevältä tai käsitelleeltä viranomaiselta tieto muunkin, kuin julkisen asiakirjan sisällöstä, joka voi tai on voinut vaikuttaa hänen asiansa käsittelyyn[1103]. Potilaan hoitoon liittyvät erilaiset dokumentit ovat pääsääntöisesti salassa pidettäviä asiakirjoja[1104]. Asianosaisen käsitettä on oikeuskäytännössä tulkittu laajasti. Jopa sairaanhoitopiirin kuntainliiton kuluja maksavalle kunnalle on myönnetty asianosaisaseman perusteella oikeus tutustua potilastietoihin maksuosuutensa tarkistamiseksi[1105]. Kun terveydenhuoltopalvelut kustantavalle kunnalle on myönnetty asianosaisasema, ei ole kuitenkaan huomioitu sitä tosiasiaa, että kunta nimittää em. kuntainliittoon edustajansa, jotka valvovat kunnan etua ja saavat tarvittaessa tietoja toimintayksikön asiakirjoista[1106]. Asianosaisjulkisuutta koskevia säännöksiä ei myöskään alunperin liene aiottu heikentämään kansalaisten yksityisyyden suojaa julkisyhteisöä vastaan antamalla viranomaiselle mahdollisuus kansalaista koskevien salassa pidettävien tietojen saantiin, vaan päinvastoin parantamaan yksittäisen kansalaisen oikeusturvaa mahdollistamalla sen selvittämisen, mitä tietoja viranomaisilla on hänestä käytettävissään[1107].

Potilaan oikeus itseään koskevien tietojen saantiin on kirjattu myös PotL

[1102] Konstari 1992, s. 255–256.
[1103] Potilasasiakirjojen julkisuuskehityksestä ks. Paaso 1996, s. 55–62.
[1104] Ks. sairauskertomukseen kuuluvista ”asiakirjoista” KHO 1971 II 17 ja KHO 1971 II 30.
[1105] KHO 1993 A 13. Vrt. KHO 1995 A 23, 6.3.1995 T 621: Sosiaalilautakunnan jäsenellä ei ollut yleistä oikeutta saada tietoja viranhaltijoiden toimeentulotukiratkaisuihin liittyvistä salassa pidettäväksi säädetyistä asiakirjoista.
[1106] Kuntalaki (L 365/1995) 43 §.
[1107] HE 89/1981 vp., s. 1–2. Ks. myös Tuori 1986, s. 94–97.

5 §:ään. Tietojensaantioikeus muodostaakin ongelman vain niissä tilanteissa, joissa:

1. tietoja haluava ei ole täysivaltainen tai oikeustoimikelpoinen
2. tietojen antamista potilaalle pidetään lääketieteellisesti haitallisena
3. tietoja haluaa potilaan laillinen edustaja vastoin potilaan tahtoa
4. omaiset tai edunsaajat haluavat kuollutta potilasta koskevia tietoja
5. potilas haluaa tietoja, jotka eivät koske yksinomaan häntä itseään, vaan esim. lähiomaisen terveydentilaa

Potilasta on PotL 6 §:n mukaan aina hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan ja tämä oikeus on PotL 7 §:n mukaan myös alaikäisellä, jonka ikäänsä ja kehitystasoonsa nähden voidaan katsoa kykeneväksi päättämään omasta hoidostaan. Myös täysi-ikäisellä vajaavaltaisella potilaalla on pääsääntöisesti oikeus itse päättää hoidostaan ja kaikkiin potilaan perusoikeuksien rajoituksiin tuleekin suhtautua pidättyvästi[1108].

Hoitopäätöksiin osallistumista varten potilaalla on kaikissa em. tapauksissa oikeus saada tarvittavat tiedot terveydentilastaan. PotL 5 § 2 mom:n mukaan potilaalle ei kuitenkaan tule antaa selvitystä tämän omasta terveydentilasta silloin, kun on ilmeistä, että selvityksen antamisesta aiheutuisi vakavaa vaaraa potilaan hengelle tai terveydelle[1109]. Ko. säännöksen tarkoituksena on suojata lähinnä mielenterveyden häiriöistä kärsiviä tai niille alttiita potilaita[1110]. Näissä tapauksissa terveydenhuollon ammattihenkilö *voi* yleensä antaa tarpeelliset tiedot potilaan lähiomaiselle ja tällä *on oikeus* saada tarpeelliset tiedot potilaan terveydentilasta, mikäli potilas ei itse kykene päättämään hoidostaan[1111]. On kuitenkin huomattava, että *potilas voi olla kykenevä päättämään hoidostaan ja myös kieltämään häntä koskevien tietojen antamisen omaisille*, vaikka tietoja ei voida antaa potilaalle itselleen aiheuttamatta hänelle vakavaa vaaraa. Tämä tilanne ei itse asiassa ole kovin harvinainen esim. itsemurhaa yrittäneiden, depressiivistä mielisairautta sairastavien (mutta sinänsä oikeustoimikelpoisten) potilaiden kohdalla[1112]. Myös tietojen antaminen potilaan omaisille voi jossain tapauksissa

---

[1108] HE 185/1991 vp., s. 16–17.
[1109] Ks. Paaso 1997, s. 810–812.
[1110] ibid., s. 15.
[1111] Ks. myös AOK DNo 895/1/95, 26.2.1997: Alaikäisen, vakavaa sairautta sairastavan lapsen vanhemmille lapsen sairaudesta ja hoidosta luopumisesta sairaalassa annettu informaatio ei ollut ollut riittävän yksiselitteistä, jotta väärinkäsityksiltä olisi vältytty. Apulaisoikeuskansleri on kanteluratkaisussaan todennut, että vanhempien asiallinen informointi ja käsittely ovat asioita, joiden kohdalla sairaalakäytännössä – jotta asian todellinen tilanne välittyisi – saattaa olla korjaamisen varaa.
[1112] Potilaat eivät välttämättä ole kovin halukkaita antamaan tietoja tällaisen sairaalassaolon syistä omaisilleen. Pahentuneen masennuksen syynähän voivat olla esim. vaikeudet perhe-elämässä. Mikäli potilas on edelleen itsemurha-altis, voi hänen mielenterveydellistä tilaansa koskevien tietojen antaminen hänelle itselleenkin olla vasta-aiheista. Antidepressiivisen lääkityksen teho saavutetaan

vaarantaa tällaisen potilaan tervehtymisen, mikäli itsemurhayrityksen syynä on esim. potilaan perhetilanteensa johdosta kokema ahdistus tms. Potilaan oikeus kieltää tietojen antaminen on riippumaton siitä, onko tietojen antaminen hänelle itselleen mahdollista. PotL 13 § 3 mom:n 3-kohta toteaakin nimenomaan, että hoitohenkilökunta voi antaa tietoja tajuttoman tai niihin verrattavan syyn vuoksi hoidettavana olevan potilaan terveydentilasta omaiselle vain, jollei ole syytä olettaa, että potilas kieltäisi näin menettelemästä. Myös alaikäisellä potilaalla, joka kykenee hoitohenkilökunnan arvion mukaan itse päättämään hoidostaan, on oikeus kieltää terveydentilaansa ja hoitoaan koskevien tietojen antaminen huoltajalleen tai muulle lailliselle edustajalle[1113]. Ao. PotL 9 § 2 mom:n säädös kos-

---

yleensä vasta 2–4 viikon kuluessa hoidon aloittamisesta (tai keskeytyneen hoidon jatkamisesta). Täksi ajaksi potilas voidaan ”itselleen vaarallisena” joutua ottamaan psykiatriseen pakkohoitoon, mutta potilas voi silti olla täysin kykenevä tekemään päätöksiä häntä itseään koskevista jatkohoitovaihtoehdoista.

[1113] PotL 9 § 2 mom. Ko. säännöksen tarkoituksena on mm. selkeyttää eettisesti vaikeaa kysymystä teini-ikäisten tyttöjen raskaudenehkäisyä taikka abortteja kokevista tiedoista. On huomattava, että lastensuojelulaki toisaalta velvoittaa kertomaan vastaavat tiedot lastensuojeluviranomaisille esim. tilanteissa, jossa potilas on joutunut insestin uhriksi. Yhteiskunta asettaa näin teini-ikäisten lasten vapaiden sukupuolisuhteiden suojan korkeammalle kuin perheiden tehokkaan kyvyn vastata lastensa kasvatuksesta. On tosin todettava, että teiniraskauksien ja -aborttien määrä Suomessa on ko. politiikalla pysynyt pienempänä kuin monissa muissa länsimaissa, joissa vanhempien oikeuksista päättää lastaan koskevista asioista on pidetty tiukemmin kiinni. Ks. kuitenkin Dyer 1985, s. 1208–1209 ja U.K. [1984] QB 581, *Gillick vs. West Norfolk and Wisbech Area Health Authority* tapaus, jossa House of Lords katsoi lääkärillä olevan oikeuden määrätä ehkäisypillereitä ikäänsä ja kehitystasoonsa nähden päätöskykyisille alaikäisille tytöille myös vastoin vanhempien nimenomaista kieltoa. Ks. myös Editorial, BMJ 1985b, s. 1408–1409. Nuoren henkilön psykiatristen tietojen osalta esimerkiksi Ruotsissa on otettu toinen, vanhempien tiedonsaantioikeutta puoltava kanta. Ks. Editorial. Läkartidningen 1988, s. 1015. Samoin myös tapaturmaa koskevien tietojen osalta Editorial. Läkartidningen 1991, s. 758.

Asiakalain 11 §:n mukaan alaikäinen voi painavasta syystä kieltää tietojen antamisen vanhemmilleen. Jos alaikäinen tai hänen laillinen edustajansa ovat asianosaisena sosiaalihuoltoa koskevassa asiassa, laillisella edustajalla on kuitenkin oikeus tiedonsaantiin siten kuin viranomaisen toiminnan julkisuudesta annetun lain 11 §:ssä säädetään. Tilanne oli järjestetty toisin Sosiaalihuoltolain (L 736/1992) 40 §:ssä, jonka mukaan myös sosiaalihuollon asiakkaan holhoojalla oli oikeus saada tieto sosiaalihuollon viranhaltijan tai toimielimen asiakirjasta, jolla on merkitystä häntä koskevassa asiassa silloin, kun siihen on perusteltua syytä:

AOA DNo 1552/4/91, 30.11.1992, OAK 1992, s. 91: *Sosiaalihuoltolaki ja laki yleisten asiakirjain julkisuudesta*.

Kantelija pyysi Helsingin sosiaaliviraston perheneuvolaa luovuttamaan hänelle hänen huollossaan olevalle tyttärelle tehtyyn psykologiseen tutkimukseen liittyvän kaiken aineiston, muun muassa psykologin laatimat muistiinpanot. Perheneuvolan johtaja ilmoitti kirjeellään kantelijalle, ettei kasvatusneuvola luovuta testipöytäkirjoja. Perusteluinaan johtaja esitti, ettei tytär ollut antanut lupaa pöytäkirjojen luovuttamiseen, eikä heillä ollut lakiin perustuvaa oikeutta luovuttaa pöytäkirjoja edes asianomaiselle itselleen. Johtaja viittasi sosiaalihuoltolain 57 §:ään ja yleisten asiakirjain julkisuudesta annetun lain 5, 17 ja 23 §:iin.

Perheneuvolan johtajan vastauksessaan esittämät perustelut eivät olleet apulaisoikeusasiamiehen käsityksen mukaan sosiaalihuoltolain tai yleisten asiakirjain julkisuudesta annetun lain mukaisia. Yleisten asiakirjain julkisuudesta annetun lain 8 §:n mukaan tiedon pyytäjällä on myös oikeus saada asia viranomaisen ratkaistavaksi, jos asianomainen virkamies kieltäytyy antamasta tietoa

kee vain alaikäisiä potilaita[1114]. Jos siis täysi-ikäinen potilas *ei pysty päättämään* hoidostaan mielisairauden, kehitysvammaisuuden tai muun vastaavan syyn takia, on potilaan laillisella edustajalla aina oikeus saada tiedot potilaan terveydentilasta[1115].

Potilaalla on siis oikeus jättää hoitopäätösten tekeminen hoitohenkilökunnan tehtäväksi ja siihen liittyvä oikeus kieltää tietojen antaminen omaisille[1116]. Potilaan oikeus kieltää itseään koskevien tietojen antaminen omaisille ja hoitosuhteen ulkopuolisille henkilöille ei ole riippuvainen potilaan oikeustoimikelpoisuudesta, vaan hänen kyvystään päättää hoidostaan[1117] ja tällainen kielto-oikeus on myös alaikäisellä potilaalla. Potilas voi toisaalta antaa suostumuksen tietojen antamiseen muulle henkilölle kuin omaiselle silloinkin, kun tietojen antaminen hänelle itselleen olisi vasta-aiheista ja siten nimetä itselleen edustajan suhteessa hoitohenkilökuntaan[1118]. Suostumusvaltakirjan antaminen ulkopuoliselle henkilölle edellyttää kuitenkin potilaalta oikeustoimikelpoisuutta[1119]. Mikäli hoitohenkilökunta ei pidä potilasta oikeustoimikelpoisena nimeämään itselleen ulkopuolisen edustajan eikä halua antaa potilasta koskevia tietoja tällaisen potilaan ni-

---

asiakirjasta siten, kun laissa on säädetty. Sosiaalihuoltolain 45 §:n 2 momentin mukaisesti päätökseen olisi tullut liittää ohjaus asian saattamiseksi sosiaalilautakunnan käsiteltäväksi, jotta asianomainen olisi voinut saada viranomaisen valituskelpoisen ratkaisun.

Apulaisoikeusasiamies saattoi Helsingin kaupungin sosiaaliviraston tietoon käsityksensä sosiaalihuoltolain ja yleisten asiakirjain julkisuudesta annetun lain säännösten soveltamisesta sekä menettelystä päätettäessä tietojen luovuttamisesta. Sosiaalihuoltolaissa on määritelty asiakkaan sekä hänen holhoojansa oikeus saada tieto viranomaisen hallussa olevista asiakirjoista. Näiden säännösten rinnalla on sovellettu yleisten asiakirjain julkisuudesta annetun lain asianosaisjulkisuutta koskevia säännöksiä.

Apulaisoikeusasiamies piti tarpeellisena sosiaalihuoltolain asianosais-/asiakaskäsitteen määrittelyä sekä tietojensaantioikeutta koskevien sosiaalihuoltolain säännösten täsmentämistä. Hän saattoi sosiaali- ja terveysministeriön tietoon käsityksensä asiasta.

[1114] Ks. AOK DNo 376/1/94, (varamies) 19.7.1994,: Sosiaali- ja terveyslautakunnan ja terveyskeskuksen hammashoitolan tietoon saatettu apulaisoikeuskanslerin varamiehen käsitys hammashoitolan potilaan hoitomaksua koskevien seikkojen salassa pitämisestä. Hammashoitolasta oli potilaan kanssa sovitun mukaisesti hoidon jatkamisajankohdasta ilmoitettu puhelimitse potilaan äidille. Samalla oli huomautettu potilaan maksamattomasta edellisen hoitokerran maksusta. Vaikka hoitomaksuasiassa ei ollut kysymys varsinaisesta salassa pidettävästä potilasasiakirjatiedosta, potilastietoihin ja potilaan varallisuuspiiriin liittyvänä asiana se kuitenkin on sellainen tieto, jota ei olisi tullut ilman asianomaisen nimenomaista suostumusta saattaa sivullisen henkilön tietoon.

[1115] PotL 6 § 2 mom.

[1116] Ks. myös Ilveskivi 1997b, s. 788.

[1117] Ks. HE 185/1991 vp., s. 16–17.

[1118] Euroopan Neuvoston ministerikomitean suosituksen nro r(89)2 (18.1.1989) 10.6. pykälän mukaan tapauksessa, jossa tietojen antamisesta rekisteröidylle saattaisi aiheutua merkittävää vahinkoa rekisteröidylle, voidaan tiedot antaa rekisteröidyn *valitseman* lääkärin välityksellä.

[1119] On huomattava, että mielenterveyden häiriöistä kärsivien potilaiden holhottavaksi julistaminen on viime vuosina vähentynyt ja holhottavaksi julistetuista suuri osa on kroonista jakomielitautia sairastavia potilaita. Itsemurha-alttiit, depressiiviset potilaat ovat varsin harvoin holhottavaksi julistettuja ja heidän kykynsä hahmottaa todellisuutta on selkeästi parempi kuin esim. jakomielitautia sairastavien.

meämälle henkilölle[1120], on hoitohenkilökunnan tehtävä aloite edunvalvojan määräämiseksi potilaalle ja sitä ennen hoidettava potilasta oman harkintansa perusteella potilaan henkilökohtaisen edun mukaisesti[1121]. Toisaalta potilas voinee aina määrätä, kuka lähiomaisista on oikeutettu saamaan häntä koskevat tiedot ja osallistumaan hoitopäätösten tekoon[1122].

Kuolleen henkilön potilastietojen käyttö on aiheuttanut ja aiheuttaa käytännössä usein ongelmia[1123]: Potilaslain 13 § (L 653/2000) 5-kohdan säännöksen mukaan kuolleen henkilön elinaikana annettua terveyden- ja sairaanhoitoa koskevia tietoja perustellusta kirjallisesta hakemuksesta sille, joka tarvitsee tietoja tärkeiden etujensa tai oikeuksiensa selvittämistä tai toteuttamista varten siltä osin, kuin tiedot ovat välttämättömiä etujen tai oikeuksien selvittämiseksi tai toteuttamiseksi. Säännöksen mukaan luovutuksensaaja ei saa luovuttaa tietoja edelleen muuhun tarkoitukseen.

TSV DNo 253/41/92: *Kysymys kuolleen potilaan sairauskertomuksen luovuttamisesta vainajan oikeudenomistajille*.

Sairauskertomukset ovat salassa pidettäviä asiakirjoja, joista voidaan antaa tietoja vain asianomaisen suostumuksella. Kuolinsyyn selvittämisestä annetun lain (459/1973) 15 §:n mukaan on lupa kuolinsyyn selvittämisen yhteydessä syntyneitä asiakirjoja antaa tiedoksi mm. vainajan lähiomaisille. AsiakJulkL 19 §:n mukaan asianosaisella on oikeus saada tieto myös ei-julkisesta asiakirjasta. Asianosaisella tarkoitetaan paitsi hallinto- ja lainkäyttöasian varsinaisia osapuolia, myös muuta henkilöä, jonka etua, oikeutta tai velvollisuutta asia koskee. Kuolinpesä voi olla osallinen vainajan taloudellista asemaa koskevissa asioissa tai lähiomainen rikosasiassa. Hoitotoimenpiteessä ei ole kysymys ym. säännöksen tarkoittamasta hallintoasiasta. Asianosaisen tiedonsaantioikeus perustuu siihen, että toimenpiteen kohteena oleva henkilö voi määrätä tietojen luovuttamisesta.

Potilasrekisterin käyttötarkoitus on potilaan hoidon toteuttaminen. Potilas voi kuitenkin tarvita tietoja, jos hän hoitovirheen takia hakee vahingonkorvausta tai vaatii rangaistusta terveydenhuoltohenkilökunnan menettelyn johdosta. Rikoslain 8. luvun 6 §:ssä säädetään lähiomaisen oikeudesta nostaa syyte, jos asianomistaja on kuollut nostamatta syytettä tai jos asianomainen ei ole

---

[1120] Esim. mielisairaalan suljetulla osastolla olevat potilaat, joita ei ole julistettu holhottaviksi, valtuuttavat toisensa saamaan tietoja itseään koskevista potilasasiakirjoista.

[1121] Ks. myös edellä kappale 10.1.

[1122] Käytännössä tänä henkilönä yleensä toimii se taho, jonka potilas sairaalan tullessa on nimennyt yhteyshenkilökseen. Monet terveydenhuollon toimintayksiköt kysyvät samalla myös nimenomaisesti, kenelle henkilölle tietoja potilaan terveydentilasta saa antaa.

[1123] Ks. HE 181/1999 vp. (luku 1.3.): Kuolleiden henkilöiden osalta lainsäädäntöön on aiemmin sisältynyt säännöksiä ainoastaan kuolemansyyn selvittämistä koskeviin asiakirjoihin sisältyvien tietojen luovuttamisesta. Sen sijaan kuolleen henkilön elinaikana annettuun hoitoon liittyvien potilasasiakirjatietojen luovuttaminen on ollut sääntelemättä. Muun muassa eduskunnan apulaisoikeusasiamies on kiinnittänyt huomiota vainajan tietojen luovuttamista koskevan lainsäädännön puutteellisuudesta johtuvaan epäselvyyteen ja tästä joissakin tapauksissa aiheutuvaan haittaan.

saanut tietoa rikoksesta taikka sen tekijästä. Lähiomaiseksi katsotaan lainkohdassa asianomistajan puoliso, lapset, vanhemmat ja sisarukset. Jos asianomistaja on tahtonut, ettei syytettä nosteta, eivät mainitut lähiomaiset saa ajaa syytettä. Potilaan kuoltua syyteoikeus siirtyy lähiomaisille ainakin silloin, jos potilas ei hoidon toteutuessa ole voinut harkita syytteen nostamista terveydentilansa vuoksi tai jos hänellä ei ole tietoa rikoksesta. Pyyntö saada asiakirjat perustellaan epäilyllä hoitovirheestä. Hakijat eivät kuitenkaan ole asianosaisena missään oikeuskäsittelyssä olevassa prosessissa. Koska asiassa on ensisijaisesti kysymys AsiakJulkL:n soveltamisesta, tietosuojavaltuutettu viittaa yllä esitettyihin näkökohtiin.

Kyseisessä tietosuojavaltuutetun ratkaisussa on tuotu esiin niiden lähiomaisten piiri, jolla on (”automaattisesti”) oikeus saada tieto kuolleen potilaan sairauskertomuksesta[1124]. Tiedon saamisen edellytyksenä kuitenkin on, että ko. henkilöillä on perusteltu juridinen intressi (asianosaisen asema) vainajan potilastietojen saamiseen. Tilanne on käytännössä varsin samankaltainen siihen tilanteeseen nähden, että tajuton potilas on kykenemätön osallistumaan hoitoaan koskeviin päätöksiin. Myös silloin potilaan lähiomaiset voivat saada tietoja potilaan terveydentilasta. Olisikin varsin epäloogista, että hoitoon osallistuvien omaisten oikeus käyttää potilaan puhevaltaa päättyisi täysin potilaan kuollessa ja että esim. omaiset saisivat tietoja ennen kuolemaa tehtyjen tutkimusten tuloksista, mutta eivät potilaan kuolinsyystä tai kuolemaan myötävaikuttaneista tekijöistä[1125].

Myös terveydenhuollon oikeusturvakeskus on arvioinut tapauksia, joissa kysymyksenä on ollut kuolleen henkilön potilastietojen luovutus lähiomaiselle. TEO:n mukaan lähiomaisella tulisi olla erityinen oikeudellinen intressi saada nämä tiedot. Pelkkä uteliaisuus tai yleinen tiedonsaantitarve ei luo asianosaisasemaa, mutta oikeudellinen intressi on olemassa, kun on kysymyksessä vainajan oikeustoimikelpoisuuden selvittäminen testamentinsaajana tai oikeustoimen osapuolena, jolla on merkitystä vainajan oikeudenomistajien varallisuus- tai perillisasemaan tai heidän taloudellisiin velvoitteisiinsa[1126]. Mikäli vainajan lähiomainen epäilee, että hoitovirhe on saattanut aiheuttaa kuoleman, voi hän pyytää toimivaltaista viranomaista (esim. lääninoikeuslääkäriä) selvittämään asiaa. Lähiomaisella ei tällöinkään ole oikeutta pelkän ilmoituksensa perusteella saada tietää kaikkia vainajan elinaikaisia potilasasiakirjoihin kirjattuja tietoja. Ainoas-

---

[1124] Ks. myös edellä kappale 6.5.

[1125] AOK DNo 722/1/92, 7.4.1994: Läänin oikeuslääkäri ei ollut antanut kantelijalle tämän kuolleen isän hoitoa koskeneen kantelun johdosta hankittua asiantuntijalääkärin lausuntoa epätietoisena salassapitovelvollisuudesta vainajaa koskevien tietojen suhteen. Kiinnitetty huomiota siihen, että kuolleen potilaan lähiomaisille tulee antaa tieto kuoleman syystä ja siihen liittyvistä lääkärinlausunnoista etenkin, kun hoidosta tehdyn kantelun johdosta on hankittu asiantuntijalääkärin lausunto. Ks. myös AOA DNo 1801/4/92.

[1126] TEO DNo 977/475/95.

taan ne tiedot, joilla on merkitystä selvitettäessä vainajan kuolinsyytä ja siihen liittyvää mahdollista hoitovirhettä, voidaan luovuttaa samalla kun asia on viranomaisessa ratkaistu tai asian käsittelyn yhteydessä, ellei silloinkin erittäin tärkeä yksityinen etu estä tietojen luovuttamista[1127].

Rikoslain 8. luvun 6 § rajoittaa syyteoikeuden (esim. hoitovirheen aiheuttamasta kuolemasta) verisukulaisiin ja puolisoon, mutta on hyvin perusteltua antaa oikeus potilastietojen saantiin myös henkilölle, jonka kanssa potilas on elänyt samassa taloudessa tai joka esim. sairauden aikana on edustanut potilasta suhteessa hoitohenkilökuntaan[1128]. PotL 13 § antaakin mahdollisuuden antaa tietoja, paitsi potilaan lähiomaiselle, myös muulle potilaan läheiselle.

Potilaan puhevalta rikossyytteen suhteen siirtyy potilaan kuoleman jälkeen lähiomaisille. Tilanne, jossa potilas on nimenomaan kieltänyt tietojen antamisen omaisille, on tällöin mielenkiintoinen. Korkein hallinto-oikeus on ottanut kantaa ko. ongelmaan:

> KHO 1994 A 7: Muun ohella terveyskeskuksen mielenterveysyksikössä hoidettavana ollut potilas (s. 1969) oli kuollut ollessaan hoidettavana toisessa terveydenhuollon toimintayksikössä. Kuolleen potilaan lähiomainen, isä, oli pyytänyt saada nähtäväkseen hoidon aikana syntyneet potilasasiakirjat selvittääkseen poikansa kuolemansyytä. Terveyskeskuksen lääkärin kieltäydyttyä antamasta tietoa sairauskertomuksista sosiaali- ja terveyslautakunnan jaosto oli hylännyt asiakirjapyynnön, koska potilas oli hoidon aikana hetkittäin kieltänyt tietojen antamisen lähiomaisilleen ja tietojen antaminen oli tästä syystä yleisten asiakirjain julkisuudesta annetun lain 19 § 2 momentissa tarkoitetuin tavoin vastoin erittäin tärkeää yksityistä etua.
>
> Lääninoikeus katsoi, että lähiomaista oli pidettävä asianosaisena ja siten oikeutettuna saamaan tietoonsa sairauskertomusasiakirjat ja muut kuolemansyyn selvittämiseksi tarpeelliset seikat. Lääninoikeus katsoi, ettei sairauskertomusasiakirjojen antaminen potilaan kuoleman jälkeen lähiomaisen käyttöön ollut vastoin erittäin tärkeää yksityistä etua, vaikka potilas oli eläessään ajoittain kieltänyt tietojen antamisen hoidostaan. Tämän vuoksi lääninoikeus, yleisten asiakirjain julkisuudesta annetun lain 19 § 1 ja 2 momenttien nojalla kumosi sosiaali- ja terveyslautakunnan jaoston päätöksen ja oikeutti lähiomaisen saamaan pyydetyt tiedot.
>
> KHO: ei muutosta.

Kyseinen KHO:n ratkaisu tukee selkeästi näkemystä, jonka mukaan pelkkä potilaan kielto ei estä asianosaisia saamasta tietoa tarvitsemistaan potilasasiakirjoista potilaan kuoleman jälkeen. Julkisuuslain asianosaisjulkisuutta koskevaa säännöstö näyttää siis (ainakin tässä yksittäistapauksessa) syrjäyttävän paitsi henkilötietolainsäädännön myös potilaslain salassapitosäännöksen[1129]. Tiedon saami-

---

[1127] ibid.
[1128] HE 185/1991 vp., s. 21.
[1129] Ks. myös KHO 1993 A 13.

nen viranomaisen asiakirjasta määräytyykin juuri JulkL:n säännösten, eikä henkilötietolainsäännösten mukaan[1130].

Lääninoikeuden argumentointi, johon KHO yhtyi, jättää kuitenkin edelleen viranomaisen harkintaan kussakin yksittäistapauksessa sen, onko tietojen antaminen potilasasiakirjasta vastoin nykyisen JulkL 11 § 2 mom:n 1-kohdassa tarkoitettua tärkeää yleistä tai yksityistä etua ja tuleeko pyydetyt tiedot sen vuoksi jättää antamatta. Se seikka, että potilas on tiedon antamisen eläessään kieltänyt, ei näet vielä merkitse, että tietojen antaminen olisi vastoin tärkeää yksityistä etua myös potilaan kuoleman jälkeen. Terveydentilatietoja sisältävien asiakirjojen salassapito päättyy myös viimeistään, kun on kulunut 50 vuotta sen henkilön kuolemasta, jota asiakirja koskee (JulkL 31 §)[1131].

Vaikka potilaalla on eläessään oikeus suostua tai kieltää potilastietojen antaminen niitä pyytävälle omaiselle tai viranomaiselle, ei ole mitenkään selvää, että vastaava oikeus siirtyy potilaan kuoleman jälkeen omaisille[1132]. Kuolemansyyn selvittämisestä annetun lain (L 459/1973) 15 §:ssä todetaan, että vainajan *lähimmän* omaisen suostumuksella voidaan kuolinsyyn selvittämisen yhteydessä syntyneitä asiakirjoja antaa tiedoksi muille henkilöille. Koska omaisten tiedonsaantioikeus kuitenkin yleensä perustuu asianosaisen asemaan ja he käytännössä tarvitsevat tietoja juuri edelleen toimitettavaksi esim. riita-, rikos- tai hallintoasian käsittelemistä varten, voi kukin asianosainen itsenäisesti ”suostua” tietojen edelleen luovuttamiseen niitä pyytävälle viranomaiselle. Vastaavasti toinen asianosaisen asemassa oleva omainen ei voi kieltää toista asianosaista ko. tietoja käyttämästä:

> KKO 1984 II 60: Potilaan kuoltua lääkäri oli antanut kirjallisen todistuksen, jonka mukaan potilas oli ollut oikeustoimikelpoinen jutussa riidanalaisten luovutusten tekohetkellä. Todistus ei sisältänyt tietoja sellaisista seikoista, joiden ilmaiseminen olisi loukannut potilaan kunniaa tai muistoa tai jotka muuten asian laadun vuoksi olisi ollut pidettävä salassa myös potilaan kuoltua. Todistus otettiin huomioon[1133].

[1130] Suomen ja Ruotsin aloitteesta tietosuojadirektiivin johdantoon lisätty 72-kohta mahdollistaa tällaisen järjestelyn.

[1131] Toisaalta potilasasiakirjoja säilytetään pääsääntöisesti vain 10 vuotta potilaan kuolemasta. STM 2001:3, s. 38.

[1132] Vainajan yksityiselämää koskevien tietojen disponointioikeutta ei jaeta perinnönjaossa.

[1133] Ks. kuitenkin KKO 1983 II 30: Todistajiksi nimettyjen sairaanhoitajien OK 17 luvun 23 §:n 1 momentin 3-kohdan mukainen velvollisuus olla todistamatta siitä mitä he potilasta hoitaneiden lääkärien apulaisina olivat saaneet tietää, oli potilaan eläessä ollut voimassa hänen edukseen niin, että sairaanhoitajat olivat saaneet todistaa noista seikoista vain potilaan suostumuksella. Potilaan kuoleman jälkeen tämä suostumus ei enää ollut saatavissa ja sairaanhoitajat eivät siten enää, täyttäessään muuten todistamisvelvollisuutensa, saaneet todistaa mistään sellaisesta mitä asian laadun vuoksi oli pidettävä salassa myös potilaan kuoltua, jotta potilaiden turvaksi säädetyn salassapitovelvollisuuden tarkoitus voitiin saavuttaa.

Potilastiedot asianosaiselta saava viranomainen ei JulkL 26 §:n nojalla kuitenkaan saa antaa ko. asiakirjoja sivulliselle tiedoksi muutoin kuin sen suostumuksella, jota asiakirjat koskevat. Toinen asianosaistaho ei ole tämänkään pykälän tarkoittamalla tavalla ”sivullinen” ja on oikeutettu saamaan tiedon etuaan tai oikeuttaan koskevista asiakirjoista.

Tietosuojavaltuutettu on ottanut em. periaatteita vastaavan kannan lähiomaisten asemaan sikäli, kun kyse on henkilötietolain mukaisesta tietojen tarkastusoikeudesta.

> TSV:n toimintakertomus 1.1.1989–31.12.1990, s. 41: *Vainajan omaisilla ei ole oikeutta saada tarkastaa vainajan sairauskertomusta:*
>
> Henkilö oli pyytänyt saada tarkastaa kuolleesta entisestä miehestään työterveydenhuollon rekisteriin talletetut tiedot. Hän ei saanut tietoja henkilökohtaisesta lääkärille osoitetusta tarkastuspyynnöstä huolimatta. Tietosuojavaltuutettu totesi asian johdosta seuraavaa:
>
> Rekisteröidyn tarkastusoikeutta on oikeutettu käyttämään vain rekisteröity itse. Vainajan omaisilla ei siten ole oikeutta saada vainajan sairauskertomusta itselleen nojautumalla henkilörekisterilainsäädännön tarkastusoikeuteen.
>
> Henkilön potilastiedot on eri laeissa säädetty salassa pidettäväksi. Lääkärin salassapitovelvollisuudesta on säädetty mm. RL 38:3:ssa ja työterveyshuoltolain 6 §:ssä (743/78). Viimeksi mainittu säännös kieltää työterveyshuoltotehtävissä toimivia henkilöitä ilmaisemasta salassa pidettäväksi säädettyjä tai määrättyjä tietoja, jollei se, jonka hyväksi salassapitovelvollisuus on säädetty tai määrätty, anna siihen suostumustaan.

On huomattava, että henkilötietolain tarkastusoikeus on sisällöltään laajempi kuin oikeus saada tieto nimenomaisesta asiakirjasta. Tarkastusoikeuden perusteella rekisteröity on oikeutettu saamaan tiedon paitsi rekisterin tietosisällöstä, myös rekisterin tietolähteistä, tietojen käytöstä ja tietojen luovutuksista. Tarkastusoikeuteen liittyy myös mahdollisuus rekisterissä olevan virheen oikaisuun. Tietosuojavaltuutetun kannan mukaan ei lähiomaisilla ole näitä rekisteröidyn oikeuksia. Voidaan kuitenkin kysyä, onko tietosuojavaltuutetun kanta perusteltu, kun otetaan huomioon ratkaisun jälkeen voimaan tullut PotL 13 § ja em. KHO:n ratkaisu omaisen tiedonsaantioikeudesta potilaan kuoleman jälkeen. Mikäli asianosaiset tarvitsevat tietoja potilasrekisteristä esim. hallintoasian hoitamiseksi, lienee heillä tarve saada ao. rekisteritiedot myös oikean sisältöisenä eli heidän tulisi henkilötietolain 29 §:n mukaisesti olla oikeutettuja vaatimaan rekisterissä olevan virheen oikaisua. Jossain tapauksissa tällainen virhe voi liittyä esim. sukulaisuusasemaa koskevaan tietoon ja virheellä saattaa tällöin olla aineellista merkitystä päätettäessä jälkeenjääneiden omaisten sosiaalietuuksista (esim. lapsen hoitotuki perheen huoltajan sairauden aikana ja kuoleman jälkeen).

Potilasasiakirjat saattavat sisältää tietoja paitsi potilaasta myös tämän omaisis-

ta ja muista henkilöistä[1134]. Käytännössä esim. potilasta koskevaan tiedostoon kerättyjä omaisia koskevia terveystietoja on mahdotonta erotella ja antaa tiedoksi niitä pyytävälle omaiselle vaarantamatta potilaan yksityisyyttä. Potilastietoja kirjaavan olisikin syytä viedä muita henkilöitä kuin potilasta koskevat terveydentilatiedot potilaan sairauskertomuksen lisäksi myös ko. henkilön omaan sairauskertomukseen, josta ne on helposti tarvittaessa tiedoksi annettavissa ko. henkilölle itselleen. Jos potilaan sairauskertomukseen on liitetty sellaisia tietoja esim. omaisten terveydentilasta, joiden antaminen voisi vaarantaa näiden yksityisyyden suojan, voinee hoitohenkilökunta JulkL 26 §:n nojalla olla antamatta näiltä osin tietoja ao. asiakirjoista potilaalle itselleenkään, jollei hän saa ko. omaisen suostumusta tietojen luovuttamiseen[1135]. Mikäli ko. tiedot ovat peräisin potilaalta itseltään, ei salassapito potilaaseen nähden voi enää olla tarpeellista omaisen yksityisen edun turvaamiseksi.

Vaikka omaisella siis on oikeus asianosaisena saada tieto vainajan salassapidettävistä potilasasiakirjoista, ei hänellä ole niihin henkilötietolain mukaista tarkastus- tai virheen korjausoikeutta, vaan tämä oikeus on vain rekisteröidyllä

[1134] Esim. haettaessa sopivaa luuytimen luovuttajaa leukemiaa sairastavalle potilaalle, käydään läpi potilaan luovutukseen halukkaiden lähisukulaisten kudostyypit ja luovutuksen estävät sairaudet. Ko. tiedot kirjataan tyypillisesti potilaan sairauskertomukseen esim. mahdollisesti myöhemmin tarvittavia verensiirtoja varten (mutta yleensä myös kunkin luovuttajakandidaatin sairauskertomukseen). Kudostyypitys voi paljastaa arkaluonteisia tietoja, mm. sulkea pois verisukulaisuuden lapsen ja oletetun isän väliltä.

Psykiatrisessa perheterapiassa käydään läpi sairastuneen koko perhetilanne ja pyritään puuttumaan myös potilaan perheenjäsenten psyykkisiin ongelmiin siltä osin, kuin ne mahdollisesti heijastuvat potilaan sairauteen. Perheterapeuttiset ”löydökset” kirjataan tyypillisesti vain hoidossa olevan potilaan sairauskertomukseen.

[1135] Ks. myös Westerhäll 1994, s. 69. Näin myös AOA DNo 349/4/92, 14.12.1993: *Potilasasiakirjoihin toisesta henkilöstä tehtävät merkinnät*.

Henkilö A oli sairastunut tartuntatautilain mukaiseen ilmoitettavaan tartuntatautiin ja oli siten velvollinen tiedusteltaessa ilmoittamaan hoitavalle lääkärille käsityksensä todennäköisestä tartunnan kulusta. Saman lain mukaan lääkärin ja hammaslääkärin tulee tehdä ilmoitus epäilemästään tai toteamastaan tartuntatapauksesta terveydenhuollon viranomaisille. Potilas A:ta hoitava lääkäri merkitsi A:n sairauskertomukseen tiedon siitä missä henkilö, jolta A epäili saaneensa tartunnan, on hoidossa.

Apulaisoikeusasiamiehen mielestä tieto on ollut tarpeen merkitä sairauskertomukseen osoitukseksi siitä, että selvitys todennäköisestä tartunnan kulusta on tehty ja että tartunnan mahdollisesti aiheuttanut henkilö on myös asianmukaisesti hoidettavana. Apulaisoikeusasiamiehen mielestä A:n sairausasiakirjoihin tehty merkintä toisen henkilön hoitopaikasta ei ole sellainen terveystieto, jota ei voisi antaa tiedoksi myös A:lle. Ulkopuolinen ei näillä tiedoilla pysty selvittämään sitä, kuka nimenomainen henkilö on aiheuttanut tartunnan.

Apulaisoikeusasiamies toteaa lisäksi, että sairauskertomukseen tehdyt potilasta itseään koskevat merkinnät ovat asianosaisille itselleen pääsääntöisesti julkisia. Sairauskertomus voi kuitenkin sisältää myös toista henkilöä koskevia tietoja. Mikäli sairauskertomukseen on tehty merkintöjä toisesta henkilöstä, on potilaalla silti oikeus tutustua omaan sairauskertomukseensa. Sairauskertomukseen viran puolesta tehdyt merkinnät toisen henkilön terveystiedoista ovat kuitenkin salassa pidettäviä. Tästä seuraa, että lääkärin tulee merkitä sairauskertomukseen, että kyseinen tieto ei koske potilasta itseään, vaan toista henkilöä, ja on siltä osin pidettävä salassa.

itsellään. Jos kuitenkin vainajan potilasasiakirjoihin on viety omaisia koskevaa tietoa, on nämä tiedot mahdollista tarkastaa, jollei samalla loukata tärkeää yksityistä etua.

Eduskunnan oikeusasiamies on niin ikään todennut ongelmalliseksi sen, että toista henkilöä koskevia terveydentilatietoja viedään henkilön potilasasiakirjoihin. Pääsääntöisesti tällaiset tiedot eivät ole tarpeellisia hoidettavan henkilön potilasasiakirjojen käyttötarkoituksen kannalta.

AOA DNo 1184/4/92, 2.10.1993: *Potilasasiakirjojen laatiminen*[1136].

T:n terveyskeskuksen lastenneuvolan terveydenhoitaja oli merkinnyt lapsen neuvolakorttiin tiedon hänen tätinsä psyykkisestä sairaudesta. Terveydenhoitaja tunsi perheen ja suvun olosuhteet. Terveyskeskus ei suostunut lapsen huoltajan pyyntöön poistaa merkintä. Terveyskeskuksen ylilääkärin mielestä merkintä oli asianmukainen ja tarpeellinen.

Henkilörekisterilain 5 §:n 2 momentin mukaan henkilörekisteriin, jollaisia ovat myös potilasasiakirjat, voidaan tallentaa vain sellaisia tietoja, jotka ovat rekisterin käyttötarkoituksen kannalta tarpeellisia.

Apulaisoikeusasiamies totesi päätöksessään, ettei tämänlaatuinen merkintä neuvolakortissa ole lapsen hoidon kannalta tarpeellinen. Tiettyjä arkaluonteisia sairauksia koskevia tietoja, joilla voidaan katsoa olevan henkilöä leimaavia vaikutuksia, tulee välttää. Menettelyn moitittavuutta lievensi kuitenkin se, että neuvolakorttina käytetty lomake oli laadittu ennen henkilörekisterilain voimaantuloa. Tällaisissa potilastietoja sisältävissä lomakkeissa on usein vaikea soveltaa henkilörekisterilainsäädäntöä.

Apulaisoikeusasiamies korosti myös sitä, että rekisterinpitäjän tulee henkilörekisterilain 9 §:n mukaisesti käyttää luotettavia tietolähteitä sekä muutoinkin huolehtia siitä, että tiedot ovat oikeita. Terveydenhuollon työntekijän omaan käsitykseen ja tuntemukseen perustuvaa tietoa ei ole pidettävä rekisterin luotettavuuden kannalta riittävänä.

Apulaisoikeusasiamies saattoi terveyskeskuksen ylilääkärin ja terveydenhoitajan tietoon käsityksensä, että asiassa oli menetelty virheellisesti. Merkintä on sittemmin huoltajan pyynnöstä ja läsnä ollessa poistettu[1137].

Erityisen ongelmallisiksi asianosaisaseman kannalta saattavat tulevaisuudessa muodostua henkilön perimää (geneettistä informaatiota) koskevat tiedot[1138]. Tällaiset tiedot eivät ole merkittäviä vain kyseessä olevan henkilön terveydentilan kannalta, vaan ne pitävät sisällään usein tietoa myös henkilön lähisukulaisis-

---

[1136] OAK 1993, s. 101.

[1137] AOK DNo 927/1/97, 7.1.1999: *Huolellisuus potilasasiakirjoista tietoja luovutettaessa*: Potilas oli saanut jäljennöksiä toisen henkilön potilasasiakirjoista omista asiakirjoistaan pyytämiensä jäljennösten mukana. Terveyskeskuksen johtavan lääkärin ja henkilökunnan huomiota kiinnitetty potilasasiakirjojen huolelliseen säilyttämiseen ja erityisesti siihen, ettei niistä asianosaiselle tietoja luovutettaessa muiden potilaiden yksityisyys vaarannu.

[1138] Meincke 1999, s. 1202.

ta[1139]. On kuitenkin huomattava, että ns. geenitestit eivät sinänsä ole merkinneet kvalitatiivista muutosta henkilön terveydentilaa koskevissa tiedoissa, vaan lukuisten tautien perinnöllisyys on ollut tiedossa jo paljon ennen geenitestien käyttöönottoa[1140]. Tautien diagnostiikassa käytetty geneettinen tieto on toisaalta varsin laajassa käytössä sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän sisällä[1141]. Geenitestien perusteella saatu lisäinformaatio henkilön terveydentilasta korostaa kuitenkin henkilötietojen käyttötarkoitussidonnaisuuden merkitystä eli että henkilön terveydentilaa varten koottuja tietoja tulee käyttää vain hänen terveydentilansa ja sairauksien hoitoon. Tämän hetkisen lainsäädännön perusteella geenitestin perusteella saatu informaatio on testatun henkilön arkaluonteinen henkilötieto, eikä sen luovuttaminen yksityiselle sivullistaholle (esim. omaiset) ole luvallista ilman henkilön suostumusta[1142]. Olisikin vaikea kuvitella niin painavaa intressiä, että yksityisyyden suojan murtaminen omaisen potilastietojen osalta – erityisesti kun henkilö itse ei ole halunnut jotain tietoa terveydentilastaan omaisilleen paljastaa – olisi tarpeen, koska jokainen henkilöhän voi itsenäisesti omalta kohdallaan testauttaa itsensä ja näin hankkia tarvitsemansa tiedon viimeistään nähdessään jonkun lähiomaisensa sairastuvan (ja jos sairastumista ei tapahdu, ei tiedolla muutenkaan todennäköisesti ole suurta ennusteellista merkitystä).

[1139] Reilly 1999, s. 1067. Useissa Yhdysvaltain osavaltioissa on geenitestejä koskevaa erillislainsäädäntöä. Kyseisissä laeissa geenitestien määritelmä vaihtelee:

Vermont: ”An analysis of a chromosome, a gene, DNA, RNA or protein encoded by a gene.”

Virginia: ”A test seeking information about a person’s genetic characteristics.”

California: ”A test seeking information about a person’s genetic characteristics, including any scientifically identifiable gene or chromosome, or combination or alteration thereof that is known to be a cause of a disease or disorder in a person or his or her offspring, or that is determined to be associated with a statistically increased risk of development of a disease or disorder, or inherited characteristics that may derive from the individual or family member, that is presently not associated with any symptoms of any disease or disorder.”

Texas: ”Test of an individual’s DNA, RNA or chromosomes…associated with a predisposition for a clinically recognized disease or disorder.”

Massachusetts: ”A test of human DNA, RNA, mitochondrial DNA, chromosomes of proteins for the purpose of identifying genes, inherited or acquired genetic abnormalities, or the presence or absence of inherited or acquired characteristics in genetic material”.

Kaikissa em. säännöksissä niiden soveltamisalueen ulkopuolelle on kuitenkin jätetty sellaisia diagnostisia testejä, jotka ovat lakien säätämishetkellä olleet yleisesti käytössä, vaikka ne periaatteessa täyttävätkin ko. lakien geenitestin määritelmän (esim. lapsivesitestit, alfa-fetoproteiini diagnostiikan, kolesterolimittaukset). Ks. myös Annas 2001b, s. 385–388.

[1140] Tyyppiesimerkkinä voidaan mainita A-hemofilia: A-hemofilia on X-kromosomaalisesti periytyvä hyytymistekijä VIII:n puutos. Miehet sairastuvat, kantajanaisilla on harvoin oireita. Tauti vaikutti merkittävästi eurooppalaisten kuningassukujen kohtaloihin 1900-luvun alussa.

[1141] Esimerkiksi Suomessa varsin yleisen familiaarisen hyperkolesterolemian hoitoon käytettävien lääkkeiden erityiskorvattavuus edellyttää juuri perinnöllisen tautimuodon olemassaolon osoittamista Kansaneläkelaitokselle.

[1142] Tämä suoja näyttäisi uuden lainsäädännön perusteella jatkuvan myös henkilön kuoleman jälkeen. Ks. HE 93/2000 vp.

12. Terveydentilatietojen rekisteröimiseen oikeuttavat säännökset

12.1. POTILASREKISTERIT

Perustuslain 10 §:n takaaman yksityiselämän suojan kannalta jo pelkkä hoitosuhteen luottamuksellisuuden (ts. salassapidon) rikkominen on ongelmallista. Edellä käytiin läpi niitä säännöksiä, jotka oikeuttavat vaatimaan salassapidettäviä tietoja. Vielä ongelmallisemmaksi tilanne tulee, jos julkinen viranomainen on oikeutettu viemään erilliseen henkilörekisteriin näin saadut arkaluonteiset tiedot.

Henkilötietolaki kieltää siis periaatteessa arkaluonteisten terveydentilatietojen rekisteröinnin. Kuten edeltä on kuitenkin käynyt ilmi[1143], PotL 12 § velvoittaa terveydenhuollon ammattihenkilöt potilasasiakirjojen pitämiseen ja potilastietojen rekisteröintiin. HetiL 12 § asettaa niin ikään poikkeukseksi arkaluonteisten tietojen rekisteröintikiellosta sekä terveydenhuollon viranomaisten tai laitosten pitämät henkilörekisterit että terveydenhuollon ammattihenkilöiden ylläpitämät potilasrekisterit[1144]. Molemmissa tapauksissa rekisteriin saa tallentaa tietoja rekisteröidyn terveydentilasta, sairaudesta, vammaisuudesta taikka häneen kohdistetuista hoitotoimenpiteistä[1145] taikka muita rekisteröidyn hoidon kannalta välttämättömiä tietoja. *Konstarin* mukaan[1146] ko. poikkeussäännön soveltamisen edellytyksenä on, että rekisteröity on ollut henkilökohtaisessa hoitosuhteessa rekisterinpitäjään, koska muutoin rekisteröinnin perusteena oleva yhteysvaatimus ei täyty. Jatkuvaa hoitosuhdetta ei kuitenkaan edellytetä rekisterimerkinnän ylläpitämiseksi, joten kerran rekisteriin joutunut on aina rekisteröity.

Sosiaalihuollon viranomaisilla on HetiL 11 § 1 mom:n 12-kohdan nojalla oikeus rekisteröidä tietoja rekisteröidyn saamasta sosiaalihuollosta ja sen perusteista. Sosiaalihuollon viranomaisilla ei kuitenkaan ole tätä laajempaa oikeutta sairauskertomustietojen rekisteröintiin.

Laki terveydenhuollon valtakunnallisista keskusrekistereistä legalisoi jo ennen henkilörekisterilain voimaantuloa ylläpidettyjen terveydentilatietoja sisältä-

---

[1143] Ks. luku 8.1.

[1144] Ks. TSL No 6/27.2.1989: Kun työterveyshuollon rekisterien pitäminen kuului terveyskeskusten lakisääteisiin tehtäviin, ei tietojen luovuttamiselle eläkelaitoksen rekisteristä terveyskeskukseen tarvittu poikkeuslupaa.

[1145] HE 49/ 1986 vp s. 32: Hoitotoimenpiteiksi katsotaan henkilön saama lääkehoito ja suoritetut leikkaukset. Myös mm. kuntouttamiseen liittyvät toimenpiteet, kuten fysikaalinen hoito ja lääkintävoimistelu on katsottu kuuluvaksi hoitotoimenpiteiden joukkoon (Wallin ja Nurmi 1991, s. 75).

[1146] Konstari 1992, s. 177.

vien henkilörekisterien ylläpidon jatkamisen[1147]. Tietoja on oikeus terveydenhuollon valtakunnallisista henkilörekistereistä annetun asetuksen (774/1989) 1 § mukaan ja eräiden alla mainittujen erityslakien perusteella viedä seuraavien viranomaisten seuraaviin tiedostoihin:

STAKES
- hoitoilmoitusrekisteri
- syntyneiden lasten rekisteri
- raskauden keskeyttämis- ja steriloimisrekisteri
- syöpärekisteri
- epämuodostumarekisteri ja näkövammarekisteri

Lääkelaitos
- lääkkeiden sivuvaikutusrekisteri
- implantaattirekisteri.

Kansanterveyslaitos
- tartuntatautirekisteri (tartuntatautilaki 6 ja 23 §)

Työterveyslaitos
- työperäisten sairauksien rekisteri (TyötervL 10a §, L työsuojelun valvonnasta 22 §, TapVakL64a §)[1148].

Kaikkiin ko. rekistereihin viedään ko. henkilön tunnistetiedot ja lisäksi jossain tapauksissa tietoja myös muista henkilöistä kuin potilaasta (esim. epämuodostumarekisteriin viedään tiedot potilaan vanhemmista)[1149]. Edes Suomen liittyminen Euroopan Unioniin ja sen mukana tullut velvollisuus EU:n tietosuojadirektiivin voimaansaattamiseen taikka perusoikeusuudistus ja perustuslain 10 §:n takaama yksityiselämän suoja eivät ole muuttaneet rekisteröintikäytäntöjä. KHO on hiljattain esim. vahvistanut, että STAKES ei tarvitse edes poikkeuslupaa yhdistäessään pitämiään rekisterejä esimerkiksi lasten terveysseurantajärjestelmän kehittämiseksi[1150] ja näin poiketessaan lakiin terveydenhuollon valtakunnallisista hen-

---

[1147] Valtakunnallisten rekisterien tulisi palvella vain tutkimus- ja tilastokäyttöä ja siten niihin tulisi soveltaa Suomen allekirjoittamia tutkimus- ja tilastorekistereitä koskevia Euroopan Neuvoston suosituksia. Rekistereitä ei saisi käyttää yksilöä koskevassa päätöksenteossa taikka edes yksilöä koskevan päätöksenteon suunnittelussa. Ks. myös Nenonen ja Sorvari 2000, s. 101–103.

[1148] Ks. TSL No 4/11.2.1991: Tietosuojalautakunta hylkäsi tarpeettomana työterveyslaitoksen hakemuksen saada ns. ASA (ammattitauti tai sairaalloinen tila) -rekisteristä tietoja tieteellisiin tutkimustarkoituksiin sekä saada työsuojeluvalvontalain (L 131/1973) 22 §:ssä tarkoitettuja ilmoituksia työperäisten sairauksien rekisteriä varten. Tietojen luovutus ASA-rekistereistä katsottiin AsiakJulkL 18a §:n 1 momentin 3 kohdan mukaiseksi. Ilmoituksen luovuttamiseen ei AsiakJulkL 18a §:ää sovellettu, koska kyseiset tiedot eivät olleet teknisenä tallenteena.

[1149] http://www.stakes.fi/stakestieto/aineistot.asp.

[1150] Tutkimushankkeessaan ”Raskaus, syntymä ja terveys kouluiässä” STAKES saattoi muodostaa uuden tutkimusrekisterin yhdistämällä mm. syntyneiden lasten rekisterin, väestön keskusrekisterin, kuolinsyyrekisterin, KELA:n erityishoitorahan tilastointitiedoston, erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeuttavien sairauksien tilastointitiedoston, kehitysvammarekisterin, poistoilmoitusrekisterin ja kouluviranomaisten tiedostot lasten koulukypsyydestä.

kilörekistereistä perustuvien rekisterien sisältämien tietojen käyttötarkoitussidonnaisuudesta sekä rekisteröidyn ja rekisterinpitäjän yhteysvaatimuksesta[1151]. Kyseisen seurantajärjestelmän tarkoituksena oli paitsi kuvata suomalaisen lapsen terveyttä ja syntymähetkisen terveydentilan ja jatkotilanteen välistä yhteyttä, myös löytää terveyttä ennustavia perinataaliajan indikaattoreita, joita voidaan käyttää palvelujärjestelmän arviointiin. Kyseiseen rekisteriin oli koottu tietoja paitsi lakiin terveydenhuollon valtakunnallisista henkilörekistereistä perustuvasta syntyneiden lasten rekisteristä, kehitysvammarekisteristä ja poistoilmoitusrekisteristä, myös tietoja väestön keskusrekisteristä, Tilastokeskuksen kuolinsyyrekisteristä, Kansaneläkelaitoksen erityishoitorahan tilastointitiedostosta, Kansaneläkelaitoksen erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeuttavien sairauksien tilastointitiedostosta, kehitysvammapiirien kehitysvammarekisteristä ja kouluviranomaisten lasten koulukypsyyttä koskevista tiedoista. Tietosuojalautakunnan ja KHO:n mukaan oikeus ao. rekisterin pitämiseen ja tietojen siirtämiseen siihen johtui suoraan STAKES:in lakisääteisistä tehtävistä.

Kun em. rekistereistä ainoastaan tartuntatautirekisterin tarkoituksena on edes osin valvoa rekisteröidyn käyttäytymistä (ja ehkäistä tartuntataudin leviämistä), voi perustellusti kysyä onko henkilön tunnistetietojen rekisteröinti todellakin välttämätöntä rekisterin käyttötarkoituksen kannalta. Useimmat epidemiologiset tutkimukset taikka esim. uusien lääkehoitojen rekisteröimiseksi tehtävät tutkimukset pystytään suorittamaan täysin anonyymisoidusti. Oikein laaditulla tietojenkeruulomakkeilla saadaan käytännössä kaikki tilastoinnin ja tutkimuksen kannalta tarpeellinen tieto ilman tarvetta potilaan henkilöllisyyden paljastamiseen. Valtakunnallisia keskusrekistereitä varten suoritettavaa tiedonkeruuta ei kuitenkaan liene suunniteltu aivan loppuun ja tunnistetietojen antaminen tekee tietojen täydentämisen jälkikäteen mahdolliseksi. Avoin mahdollisuus rekisteritietojen myöhempään täydentämiseen on kuitenkin suuri uhka potilaan yksityiselämän suojalle. Vaikka terveydenhuollon valtakunnallisia keskusrekisterejä koskeva laki oli alunperin aiottu väliaikaisratkaisuksi[1152], näyttää siitä tulleen pysyvä legitimaatio arkaluonteisten terveydentilatietojen keskittämiseen terveydenhuollon keskushallinnon rekistereihin.

On huomattava, että missään ko. rekistereitä koskevassa lainsäännöksessä ei

---

1151 KHO 2.8.1996 T 2354. Valituskirjelmässään KHO:lle (TSV DNo 43/69/95) tietosuojavaltuutettu totesi mm., että valituksenalainen tietosuojalautakunnan päätös merkitsisi, että STAKES:illa olisi rajoitukseton oikeus – tietojen määrästä ja laadusta riippumatta – perustaa henkilötietoja sisältäviä tutkimusrekistereitä sekä yhdistää tutkimustarkoitusta varten laillisesti saamiensa henkilörekisterien tietoja. Pelkästään yleisesti säädelty tutkimustehtävä ei anna yhteys- ja avoimuusperiaatteiden edellyttämällä tavalla asianmukaista ja riittävää tietoa siitä, kenestä, mihin tarkoituksiin ja mitä tietoja yksityisistä henkilöistä voidaan tallentaa. Henkilörekisterin perustamista tieteellistä tutkimusta varten ei siten voida pitää oikeutettuna pelkästään väljästi säädetyn tehtävän perusteella.

1152 Konstari 1992, s. 167–168.

ole erikseen määritelty rekisterin käyttötarkoitusta tai rekisterin käyttöön oikeutettua henkilöpiiriä. Kun rekisterejä koskevalla lainsäännöksillä ei ilmeisesti ole haluttu poiketa henkilötietolainsäädännöstä muutoin kuin arkaluonteisten henkilötietojen rekisteröinnin sallimisen osalta, tulee HetiL:n muita säännöksiä mm. rekisteriselosteen ja rekisterin käyttötarkoitussidonnaisuuden osalta noudattaa myös erityislakiin perustuvien terveydenhuollon keskusrekisterien osalta. Tämä on ollut vallitseva kanta myös tietosuojaviranomaisten käytännössä:

> TSL No 5/25.2.1991: Tietosuojalautakunta myönsi työterveyslaitokselle poikkeusluvan saada käyttää ns. biologisten näytteiden rekisteriä hakemuksessa yksilöityyn lyijylle altistuneiden työntekijöiden syöpäsairastavuutta koskevaan tutkimukseen. Lautakunta katsoi, että hakija tarvitsi poikkeusluvan HenkRekL 16 §:n käyttötarkoitussidonnaisuudesta.

12.2 KANSANELÄKELAITOKSEN JA VAKUUTUSLAITOSTEN REKISTERIT

HetiL 11 §:n 11 kohta mainitsee poikkeuksena arkaluonteisten tietojen rekisteröintikiellosta vakuutusyhtiön pitämän henkilörekisterin, joka pitää sisällään tietoja vakuutetun terveydentilasta, sairaudesta tai vammaisuudesta taikka häneen kohdistetuista hoitotoimenpiteistä tai niihin verrattavista toimista. Kansaneläkelaitoksen rekisterejä on pidetty tällaisina vakuutuslaitoksen rekistereinä, vaikka KELA onkin julkisoikeudellinen yhteisö, jolla on muitakin lakisääteisiä tehtäviä. Myös vakuutuslaitosten rekisterien osalta edellytetään yhteyttä rekisterinpitäjän toimintaan ja käyttötarkoitusperiaate rajoittaa edelleen rekisteriin vietävien tietojen määrää ja laatua[1153].

> TSL No 27/7.11.1988: Tietosuojalautakunta hylkäsi Jälleenvakuutus-osakeyhtiö Varman hakemuksen saada poikkeuslupa kerätä ja tallettaa henkilötietoja Henkivakuutusyhtiöiden tiedonantorekisteri -nimiseen rekisteriin. Lautakunta katsoi, että rekisteri on perustettu ja sitä ylläpidetään muun yhteisön

---

[1153] Ibid. 1992, s. 179.

Viime aikoina on käyty keskustelua ns. finanssitavaratalojen asiakasrekisterien yhdistämismahdollisuuksista mm. pankkitalletustietojen ja henkivakuutustietojen osalta. Yhdistämismahdollisuuksia rajoittaa kunkin rekisterin erillinen käyttötarkoitus. Vakuutusyhtiöiden liitännästoiminnoista ja niiden valvonnasta on lisäksi säädetty erikseen vakuutusyhtiölaissa (L 362/2001). Vastaavaa keskustelua ei ole käyty KELA:n rekisterien osalta, joissa hyvinkin erilaisten sosiaalietuuksien hallinnoinnissa on mahdollista poiketa kunkin rekisterin käyttötarkoitussidonnaisuudesta (ks. http://www.kela.fi/tilasto/Suomi/Opas/Tietoa.html). Esimerkiksi jo pelkkä sairausvakuutuspäivärahan määräytyminen edellyttää diagnoositietojen ja ansiotuloja koskevien verotustietojen yhdistämistä. Tiedot yksittäistä etuuspäätöstä varten saadaan tietokannoista ja hakijalle – ja mahdollisesti etuusratkaisun tekijällekin – voi jäädä varsin epäselväksi, millä perusteilla ko. päätös on lopulta tehty. Ks. Schartum 1995, s. 156–157.

kuin hakijan käyttöä varten. Hakijalla ei myöskään ollut rekisterinpitäjältä edellytettävää määräysvaltaa hakemuksessa tarkoitetussa rekisteritoiminnassa.

TSL No 6/27.2.1989: Tietosuojalautakunta jätti tutkimatta Maatalousyrittäjäin eläkelaitoksen hakemuksen saada luovuttaa maatalousyrittäjien eläkelain (L 476/1969) vakuutettujen henkilötietoja terveyskeskuksille käytettäväksi maatalousyrittäjien lakisääteisessä työterveyshuollossa, koska työterveyshuollon kuuluessa terveyskeskuksen lakisääteisiin tehtäviin, ei poikkeuslupaa yhteysvaatimuksesta rekisterinpitäjän toimintaan tarvittu[1154].

Vaikka HetiL 11 § oikeuttaakin vakuutuslaitokset arkaluonteisten tietojen rekisteröintiin, ei se oikeuta poikkeamaan henkilön sairautta tai terveydentilaa koskevien tietojen salassapidosta[1155]. Päinvastoin rekisterinpitäjän huolellisuusvelvoite korostuu hänen käsitellessään arkaluonteisia tietoja. On lisäksi huomattava, että rekisteritietoihin perustuvan päätöksenteon oikeudellinen hyväksyttävyys edellyttää, että päätöksenteon kohteella on ollut käytettävissään samat tiedot kuin päätöksentekijällä[1156].

12.3. POLIISIN JA PUOLUSTUSVOIMAIN HENKILÖREKISTERIT

Laki poliisin henkilörekistereistä (L 509/1995) antaa poliisille oikeuden perustaa arkaluonteisia tietoja sisältäviä rekisterejä. Vaikka arkaluonteiset tiedot pääosin koskevat HetiL:n 11 §:n 2 mom 3-kohdassa mainittua rikollista tekoa tai rangaistusta, on yksittäisen tehtävän suorittamista varten rekisteriin mahdollista viedä myös henkilön terveydentilaa tai sairautta koskevia tietoja silloin, kun se on ko. tehtävän suorittamiseksi välttämätöntä. Tällaiset tiedot voivat koskea esim. henkilön psyykkistä sairautta taikka huumausaineiden (ml. keskushermostoon vaikuttavat lääkkeet) ja alkoholin käyttöä[1157]. Yhdistettynä poliisin laajennettuun

---

[1154] Ks. myös Konstari 1992, s. 122.
[1155] TSL No 18/28.8.1989.
[1156] EIT 19.7.1995, *Kerojärvi-tapau*s.
[1157] Ks. HE 39/1994 vp., s. 18: ”Henkilön terveydentilaa, sairautta tai vammaisuutta taikka häneen kohdistettuja hoitotoimenpiteitä tai niihin verrattavia toimia kuvaamaan tarkoitettuja tietoja saisi kerätä ja tallettaa ensinnäkin silloin, kun se on yksittäisen tehtävän suorittamiseksi välttämätöntä. *Toisaalta poliisin yksittäisen tehtävän yhteydessä saamia terveydentilatietoja voitaisiin tallentaa myös vastaisen varalle*, jos se olisi rekisteröidyn oman turvallisuuden tai poliisin työturvallisuuden varmistamiseksi välttämätöntä. Rekisteröidyn omasta turvallisuudesta olisi kysymys esimerkiksi silloin, kun päihtyneenä säilöön otetun todettaisiin sairastavan jotakin pitkäaikaissairautta. Tiedon tallettamisella turvattaisiin henkilön oikea käsittely ja hoito mahdollisen uuden säilöönoton yhteydessä. Poliisin työturvallisuudesta olisi kysymys lähinnä silloin, kun kohdehenkilön terveydentila aiheuttaa väkivaltaisuutta tai vaikuttaa hänen väkivaltaisuutensa vaarallisuuteen. Väkivaltaisuuden

tiedonsaantioikeuteen esitutkinnassa ja oikeuteen väestörekisteritietojen saantiin[1158], mahdollistaa ko. säännös rekisterinpidon esim. vapaana liikkuvista pyromaaneista, pedofiileistä taikka rattijuopoista. Tällaisten henkilöiden seurannan tiukentamista onkin esitetty. Koska lain 2 §:n mukaiseen epäiltyjen rekisteriin ei rekisteröidyllä ole tarkastusoikeutta, saattaa esim. mielisairaalassa hoidettavana ollut henkilö joutua epäiltyjen rekisteriin poliisin murtaessa lääkärin salassapitovelvollisuuden ja potilaan ”psykologisen profiiliin” sopiessa poliisin käsitykseen rikoksentekijästä, vaikkei ko. henkilö tosiasiallisesti olisi syyllistynyt mihinkään rikokseen[1159]. Myös veriryhmä- ja DNA-tietojen tallennus on tältä osin ongelmallista, joskin poliisin henkilörekisteriin tallennettu DNA-tunniste tulee poistaa rekisteristä vuoden kuluessa siitä, kun syyttäjä on tehnyt syyttämättäjättämispäätöksen tai kun tuomioistuin on vapauttanut rikoksesta syytetyn (pakkokeinolaki 6. luku 6 §, L 565/1997). Tietosuojavaltuutetulla on oikeus tarkastaa rekisteröityjä koskevien tietojen lainmukaisuus, jos rekisteröity itse vain tietää kuuluvansa epäiltyjen rekisteröityjen joukkoon ja osaa tällaista tarkastusta pyytää.

Asevelvollisuuslaki antaa puolustusvoimille oikeuden pitää henkilörekisteriä asevelvollisista[1160]. Osana näiden rekisterien tietosisältöä ovat tiedot asevelvollisen palveluskelpoisuudesta ja puolustusvoimien lääkärintarkastuskortit. Asevelvollisuusasetuksen (A 63/1951) 87 §:n mukaan lääkärintarkastuskorttiin merkitään asevelvollisen terveydentilaa ja suoritettuja hoitotoimenpiteitä koskevat tiedot. Lääkärintarkastuskortin yhteyteen voidaan lisäksi liittää asevelvollisen terveydentilaa koskeva kyselylomake sekä lääkärinlausunto.

---

olisi oltava todettua ja perustellusti epäiltyä. Perustellusti epäillystä väkivaltaisuudesta olisi kysymys esimerkiksi silloin, kun lääkäri pyytää poliisilta virka-apua mielisairaan kuljetukseen. Mielenterveyslain (L 1116/90) 31 §:n 1 momentin mukaan lääkärin virka-apupyynnön perusteena on nimenomaisesti oltava potilaan väkivaltaisuus tai muu vastaava syy. Väkivallan vaarallisuuteen taas vaikuttaisi esimerkiksi henkilön HIV-tartunta.”

Ks. myös AOA DNo 1561/4/94, 16.1.1995.

[1158] L poliisin henkilörekistereistä 13 § 2 mom 6 kohta.

[1159] Ks. Heinonen ja Hannula 1999, s. 85–89. Poliisin käyttämä rikostutkintatietojen rekisteröintitapa merkitsee käytännössä syyttömälle ihmiselle mahdottomuutta edellyttää hänen yksityiselämäänsä koskevien tietojen poistamista. Ts. ”kerran epäilty, aina epäilty”.

Vrt. EIT 4.5.2000, *Rotaru-tapaus*.

Kysymys siitä, oliko kansallisessa laissa säädetty riittävän täsmällisesti *yksityiselämää* koskeneiden salaisten tietojen säilyttämisestä ja käyttämisestä viranomaisten toimesta. Kysymys myös siitä, koskiko *yksityiselämän* suoja julkisia tietoja. Kysymys edelleen siitä, oliko väärien merkintöjen poistamiseksi ollut saatavilla tehokkaita oikeussuojakeinoja.

[1160] AsevelvL 9a luku (L 1728/1991).

12.4 TOIMITUKSELLISET REKISTERIT

Sananvapaus on tärkeä perusoikeus ja siihen kuuluu myös oikeus hankkia tietoja[1161]. Lehdistö voi toisaalta olla eräs yksityisyyden suojan suurimpia uhkia, silloin kun se antautuu suuren yleisön ”tirkistelyvälineeksi”. Yksityisyyden suojan tarve ja käsite syntyikin alun perin juuri tarpeesta saada suojaa henkilön yksityiselämää koskevan lehtikirjoittelun takia[1162]. Tiedotusvälineiden sisäiset henkilörekisterit voidaan yleisesti ottaen jakaa toimitustyötä palveleviin rekistereihin ja muihin rekistereihin Tyypillisiä toimitustyötä palvelevia rekistereitä ovat erilaiset teksti- ja kuva-arkistot sekä toimittajien työtään varten pitämät omat rekisterit[1163].

Suomessa henkilörekisterilain (L 471/1986) soveltamisalaa muutettiin vuonna 1994 (L 387/1994) ja toimitukselliset rekisterit suljettiin tällöin suurelta osin henkilörekisterilain soveltamisala ulkopuolelle. Myös henkilötietolain soveltamisalan ulkopuolelle on jätetty henkilörekisterit, jotka sisältävät vain *tiedotusvälineessä julkaistua aineistoa sellaisenaan* (HetiL 1 §)[1164]. Muita toimituksellisia rekistereitä (esim. toimittajien kohdehenkilöistään keräämiä julkaisemattomiin aineistoihin perustuvia tiedostoja) ei sen sijaan ole jätetty lain soveltamisalan ulkopuolelle.

Arkaluonteisten henkilötietojen käsittelykielto koskee siis myös osaa sanomalehtien toimituksellisista rekistereistä[1165]. Kun julkisuuden henkilöistä kuitenkin julkaistaan myös terveydentilaa ja sairautta koskevia tietoja (esim. urheilijan loukkaantuminen tms.) ja lehtien vanhojen numeroiden arkistointi automaattisina tietojenkäsittelyn tallenteina on sallittua, muodostuu lehtien toimituksellisiin arkistoihin väistämättä tiedostoja myös joidenkin henkilöiden terveydentilasta[1166]. Tällaisten tiedostojen merkitys lehdistön tehtävälle julkisen vallan käytön valvojana on vähäinen ja ne voivat toisaalta loukata kyseisen henkilön perustuslaissa taattua yksityiselämän suojaa[1167]. Niinpä yksittäistä henkilöä koskevien arkaluonteisten tietojen rekisteröinnissä toimituksellisiin rekistereihin tulisi olla

---

1161 Mäenpää 1999, s. 12.
1162 Warren and Brandeis 1890, s. 193–220. Ks. edellä luku 4.1.
1163 HE 311/1993 vp. (yleisperustelut 1.1.).
1164 Tietosuojadirektiivin johdannon 37. kohta mahdollistaa poikkeamisen direktiivin vaatimuksista lehdistön vapauden turvaamiseksi, mutta tällöinkin lainsäädännössä on tasapainotettava lehdistön vapaus ja yksityisyyden suojaamisintressi.
1165 On kuitenkin vaikea ajatella, etteikö arkaluonteisia henkilötietoja tarvitsisi jollain lailla käsitellä jo ennen niiden julkaisemista. HetiL 1 §:n muotoilu kuvaakin niitä vaikeuksia, joita henkilötietolain valmistelussa oli, kun henkilörekisterilain rakennetta ja henkilötietodirektiivin terminologiaa yritettiin yhdistää.
1166 Ks. II LaVM 10/1986 vp., s. 10.
1167 Yksityiselämän loukkaus joukkotiedotusvälineissä on rangaistava teko RL 27. luvun 3a §:n (L 908/1974) perusteella.

erityisen varovainen ja niitä ei silloinkaan, kun rekisteröinti on sallittua, tulisi kerätä enempää kuin on välttämätöntä lehdistön yhteiskunnallisen tehtävän toteuttamiseksi[1168]. Lehdistön ei toisaalta tulisi edes julkaista tunnistettavan henkilön terveydentilatietoja muutoin kuin tilanteessa, jossa siihen on selkeä ja kiistaton yhteiskunnallinen intressi (esim. poliitikon kyvyttömyys hoitaa tehtäviään sairauden takia tms.)[1169].

[1168] Ks. myös Konstari 1992, s. 174–176.
[1169] Bruun 1984, s. 228–238. Vrt. Mahkonen 1997c, s. 152–154.

13. Lääketieteellinen tutkimus ja yksityisyys

13.1 TUTKIMUSTIEDON KERUUTA KOSKEVAT SÄÄNNÖKSET

13.1.1. Tutkimustoiminnan kansainvälinen sääntely

Eräs tärkeä poikkeus henkilötietolain arkaluoteisten tietojen käsittelykiellosta koskee tieteellistä tutkimusta. Tieteellisen tutkimuksen nimissä on siis periaatteessa mahdollista poiketa perustuslain takaamasta henkilön yksityiselämän suojasta.

Ihmiseen kohdistuvan lääketieteellisen tutkimuksen oikeudellinen sääntely alkoi Nürnbergin oikeudenkäynnin jälkeen[1170]. Yksilön oikeudet lääketieteellisessä tutkimustoiminnassa onkin vahvistettu paitsi kansallisissa säädöksissä myös lukuisissa kansainvälisissä sopimuksissa ja kansainvälisten järjestöjen antamissa ohjeistoissa[1171]. Monikansallisissa tutkimushankkeissa käytetäänkin usein näitä ohjeistoja tutkimuksen säännösperustana[1172], vaikka näitä säädöksiä ei olisikaan täysimittaisesti implementoitu kansallisiin säännöksiin. Esim. ihmisellä tehtävää lääketutkimusta koskevaksi normiohjeistoksi on muotoutunut alun perin lääketutkimusta tekevien yritysten omiin suosituksiin perustunut ”hyvä kliininen tutkimustapa”[1173]. Erityinen painopiste natsiajan ihmisoikeusloukkausten jälkeen säädetyissä säännöksissä on ollut nimenomaan yksilön perusoikeuksien turvaamisessa, kuten yksilön kokonaisedun asettaminen yhteiskunnan edun edelle ja suostumusperiaatteen voimaansaattaminen[1174]. Nyttemmin myös tutkittavan hen-

---

[1170] Bergentz 1997, s. 2692–2695. Shuster 1997, s. 1436–1440.

[1171] Näistä ohjeistoista ks. tarkemmin Lötjönen 1997, s. 858–859.

Vielä 1970-luvulla kuitenkin Suomessa tuomittiin rangaistuksia ilman potilaan suostumusta tapahtuvasta tutkimustoiminnasta. Ks. OKK 1973, 88: Lääkärin viraltapanoa koskevassa VYO:n tuomiossa (VYO 15.3.1973) yhtenä perusteena viraltapanolle oli se seikka, että lääkäri oli erään ulkomaisen lääketehtaan toimeksiannosta ja vankimielisairaalan henkilökuntaa apunaan käyttäen kokeillut erästä lääkintöhallituksen kokeiltavaksi hyväksymää lääkeainetta potilaisiin hankkimatta tähän vankeinhoito-osaston lupaa ja potilaiden tai näiden holhoojien suostumusta sekä edustanut tästä tutkimuksesta taloudellista etua 3000 mk. Lääkärin oli katsottava tällöin toimineen virheellisesti ylittämällä toimivaltansa ja menetelleen potilaita kohtaan sopimattomasti.

[1172] Esimerkiksi World Medical Associationin ns. Helsingin julistus. Ks. SLL 2000:40;4086–4088.

[1173] Nyttemmin nämä ohjeet on otettu osaksi lääkerekisteröintiviranomaisten suosituksia koskien lääkkeiden myyntilupadokumentaatioille asetettavia vaatimuksia. Ks. esim. European Medical Evaluation Agency guidelines: Medicinal Products for Human Use, Volume 3C: Efficacy, Clinical Guidelines (General) 3CC1A Good Clinical Practice (http://pharmacos.eudra.org/eudralex/vol-3/home.htm#3c).

[1174] Ks. Helsingin julistus 5 artikla.

kilökohtainen integriteetti ja yksityisyys tulee turvata kaiken lääketieteellisen tutkimustoiminnan yhteydessä[1175].

Euroopan neuvoston ihmisoikeuksia ja biolääketiedettä koskeva yleissopimus (ns. bioetiikkasopimus, ETS no. 164, 4.4.1997) on keskeisin modernia lääketieteellistä tutkimustoimintaa koskeva kansainvälisoikeudellinen normi[1176]. Sopimuksen tarkoituksena on suojata kaikkien ihmisten ihmisarvoa ja yksilöllisyyttä sekä taata kaikille ilman syrjintää heidän integriteettinsä (yksilöllisen arvonsa) ja muiden oikeuksiensa ja perusvapauksiensa kunnioitus biologian ja lääketieteen soveltamisessa. Sopimukseen kirjattuja periaatteita ovat mm. ihmisen ensisijaisuus, ammatilliset standardit, suostumus lääketieteellisiin toimenpiteisiin, yksityisyyden suoja ja oikeus itseään koskeviin tietoihin. Tämän ns. bioetiikkasopimuksen mukaan henkilöön kohdistuva tutkimustoiminta edellyttää aina henkilön tietoon perustuvaa suostumusta sekä tutkimushankkeen riippumatonta eettistä arviointia. Vajaavaltaisten henkilöiden mukaan ottaminen tutkimuksiin on rajoitettu tilanteisiin, joissa tutkimusta ei voida tehdä muulla väestöryhmällä ja tutkimuksen tuloksista on suoraa hyötyä tutkimukseen osallistuvien terveydelle (artikla 6).

Sopimuksen 10 artikla korostaa jokaisen oikeutta yksityisyyden suojaan hänen terveydentilaansa koskevan informaation osalta ja vastaavasti jokaisen oikeutta saada tieto siitä, mitä informaatiota henkilön terveydentilasta on kerätty. Tästä tiedonsaantioikeudesta voidaan poiketa vain potilaan edun niin vaatiessa taikka potilaan itse niin halutessa. Säännöksen perusteella jokaisella on oikeus tietää olevansa tutkimuksen kohteena silloinkin, kun henkilöön ei kohdisteta erityisiä interventioita taikka tutkimuksen suunnitelman olisi hyväksynyt riippumaton arviointielin (esim. erillinen eettinen toimikunta)[1177].

[1175] Helsingin julistus 21 artikla: ”The right of research subjects to safeguard their integrity must always be respected. Every precaution should be taken to respect the privacy of the subject, the confidentiality of the patient’s information and to minimise the impact of the study on the subject’s physical and mental integrity and on the personality of the subject.”

Suomessa on jo vuodesta 1980 lähtien viranomaisohjeissa edellytetty sekä tutkimus- että opetuspotilaan nimenomaisesti suostuvan osallistumaan tutkimukseen taikka lääketieteen opetukseen. LKH OhK 26.3.1980, DNo 445/02/79 ja LKH OhK 13.2.1980, DNo 7023/02/79.

[1176] Euroopan neuvoston ministerikomitea hyväksyi ao. yleissopimuksen syksyllä 1996. Suomi allekirjoitti sopimuksen 4. huhtikuuta 1997, muttei ole vielä ratifioinut sitä.

[1177] Ks. http://conventions.coe.int/treaty/EN/cadreprincipal.htm: ” The Convention thus covers all medical and biological applications concerning human beings, including preventive, diagnostic, therapeutic and research applications” Ks. myös 10. artiklaa koskeva explanatory memorandum: ”Individuals are entitled to know any information collected about their health, if they wish to know. This right is of fundamental importance in itself but also conditions the effective exercise of other rights such as the right of consent set forth in Article 5. A person’s ”right to know” encompasses all information collected about his or her health, whether it be a diagnosis, prognosis or any other relevant fact.”

On huomattava, että potilaan suostumuskaan ei oikeuta tutkimusta, jos eettinen toimikunta ei pidä sitä potilaan edun mukaisena. Ks. Helsingin julistus, 15 artikla.

Euroopan Neuvoston tietosuojasopimus (8 artikla) edellyttää mm., että kenen tahansa henkilön on voitava selvittää automaattisen tietojenkäsittelyn avulla ylläpidettävän rekisterin olemassaolo, sen päätarkoitukset sekä rekisterinpitäjää koskevat tiedot[1178]. Lääketieteellisten tietojen tietosuojasta annettu ministerikomitean suositus [Nro R(97)5 (13.2.1997)] antaa lisäohjeita koskien erityisesti sellaista lääketieteellistä tutkimusta, jossa käsitellään henkilön terveydentilaa koskevia arkaluonteisia tietoja. Suositus korostaa velvollisuutta käyttää tutkimuksessa sellaisia tietoja, joista yksittäinen henkilö ei ole tunnistettavissa[1179]. Tunnistetietoja voidaan käyttää ilman erikseen hankittua suostumusta ainoastaan, mikäli tutkimushanke liittyy tärkeään yleiseen etuun ja asianmukainen kansallinen toimielin on antanut tiedon ilmaisemiseen luvan[1180]. Lisäksi edellytetään, että rekisteröity ei ole (aikaisemmin) kieltänyt tiedon antamista, että kohtuullisista yrityksistä huolimatta olisi epäkäytännöllistä ottaa häneen yhteyttä suostumuksen saamiseksi ja että tutkimushankkeen edut oikeuttavat valtuutuksen tiedon saamiseen[1181].

Mikäli lääketieteellistä tutkimusrekisteriä halutaan käyttää toiseen tutkimushankkeeseen, tulee rekisteröidyltä pääsääntöisesti hankkia uusi suostumus tutkimustietojen käyttöön[1182]. Ainoastaan mikäli uusi tutkimus ei luonteeltaan eroa edellisestä taikka suostumuksen hankkiminen olisi käytännössä mahdotonta (esim. ajan kulumisen takia taikka rekisteröityjen suuren lukumäärän takia), voidaan aikaisemmin kerättyjä tietoja käyttää uuteen tutkimukseen ilman rekisteröidyltä hankittavaa suostumusta.

Tilastollisiin tarkoituksiin kerättyjen henkilötietojen tietosuojaa koskeva Euroopan Neuvoston ministerikomitean suositus [Nro R(97)18 (30.9.1997)] täsmentää tietosuojasopimuksen tutkimusrekistereitä koskevia tavoitteita. Suositus korostaa, että tilastoihin kerätyt tiedot on anonyymisoitava heti kun tietojen keruu on saatu loppuun suoritetuksi ja että arkaluonteiset (mm. terveydentilaa koskevat tiedot) tulee jo alun alkaen kerätä sellaisessa muodossa, josta rekisteröidyt eivät ole tunnistettavissa. Tilastollisiin tarkoituksiin kerättyjä tietoja ei saa luovuttaa ei-tilastollisiin tarkoituksiin. Tilaston käyttö tutkimustarkoituksiin on suunniteltava jo ennen tietojen keruun aloittamista. Vaikka tietoja ei kerättäisi rekisteröidyiltä itseltään, on heille ilmoitettava tietojen keräämisestä, ellei se ole käytännössä mahdotonta[1183]. Rekisteröityjen on tällöin saatava tiedot mm. siitä,

---

[1178] Esimerkiksi Ruotsissa tutkimusrekisterien osalta noudatetaan varsin tiukasti ao. sopimuksen suosituksia koskien rekisteröidyn informointia. Ks. Wahlqvist 1992a, s. 4–8 ja 1992b. s. 10–13.
[1179] Anonyymisointi on tärkeää myös retrospektiivisessa epidemiologisessa tutkimuksessa sekä näytetutkimuksessa. Ks. The Royal College of Physicians 1999, s. 264.
[1180] Suomessa kyseinen toimielin on tietosuojalautakunta.
[1181] Euroopan Neuvoston Ministerikomitean suositukset: Nro R(97)5 (13.2.1997), 12.2 artikla.
[1182] Euroopan Neuvoston Ministerikomitean suositukset: Nro R(97)18 (30.9.1997), 6.2 artikla.
[1183] Ks. myös http://www.mrc.ac.uk/ethics_a.html.

mikä on tietojen keräämisen laillinen peruste, tietojen keräämisen tarkoitus, sen henkilön ja toimielimen nimi, joka on vastuussa tietojen keräämisestä, se tosiasia, että tiedot pidetään luottamuksellisina ja että niitä käytetään yksinomaan tilastollisiin tarkoituksiin, sekä tiedot niistä henkilö- tai toimielinryhmistä, joille henkilötietoja voidaan luovuttaa. On huomattava, että tilastollisiin tarkoituksiin kerättyjä tietoja ei missään tapauksessa saa käyttää henkilöä koskevassa hallinnollisessa päätöksenteossa.

Euroopan Unionin tietosuojadirektiivi (95/46/EY/24.10.95) sisältää ne tietosuojavelvoitteet, jotka jäsenvaltio on velvollinen saattamaan voimaan kansallisessa lainsäädännössään. Direktiivin tavoitteet on kuvattu sen 72 erillistä kohtaa sisältävässä johdannossa, joka korostaa Euroopan Unionin pyrkimystä suojata jäsenmaidensa kansalaisten perusoikeuksia, ja tämän direktiivin osalta erityisesti oikeutta yksityisyyteen. Toisaalla todetaan tarve kansainvälisessä yhteistyössä edistää myös tieteellisten tietojen liikkuvuutta.

Tietosuojadirektiivi johdanto antaa jäsenvaltioille mahdollisuuden poiketa arkaluonteisten tietojen rekisteröintikiellosta tieteellisen tutkimuksen osalta[1184]. Tämä säännös ei oikeuta poikkeamaan rekisteröidyn informointivelvollisuudesta tieteellisiin tarkoituksiin käsiteltävien rekisterien osalta. Päinvastoin rekisteröidyllä tulee nimenomaisesti olla käytössään direktiivin takaamat oikeusturvakeinot (joihin kuuluvat velvollisuus rekisteröidyn informoimiseen tietojen rekisteröinnistä ja rekisteröidyn oikeus vaatia tietojaan poistettavaksi rekisteristä) yksityisyyden suojaa loukkaavien tutkimusrekisterien osalta[1185]. Direktiivin 13 artikla antaa sitten mahdollisuuden poiketa rekisteröidyn informointivelvollisuudesta tieteellisen tutkimuksen yhteydessä. Tällöinkin edellytetään kuitenkin, ettei informointivelvollisuuden laiminlyömisestä aiheudu vaaraa henkilön yksityisyyden suojalle (ja on oikeudellisesti varmistettu, ettei tietoja missään tapauksessa käytetä rekisteröityjä koskevien toimenpiteiden toteuttamiseen taikka päätösten tekemiseen). Direktiivin sallima informointivelvollisuudesta poikkeaminen rajoittuu siis tilanteisiin, joissa tutkimustiedostoon ei ole koottu yksityisyyttä loukkaavia (ts. arkaluonteisia) tietoja. *Tietosuojadirektiivin poikkeussäännökset eivät siis suoraan salli arkaluonteisten terveydentilatietojen rekisteröintiä ilman rekisteröidyn suostumusta lääketieteellistä tutkimusta varten*[1186].

Varsin merkittävä osa ihmiseen kohdistuvasta tutkimustoiminnasta tehdään

---

[1184] Introduction, kohta 34: ”Whereas Member States must also be authorised, when justified by grounds of important public interest, to derogate from the prohibition on processing sensitive categories of data where important reasons of public interest so justify in areas such as public health and social protection – especially in order to ensure the quality and cost-effectiveness of the procedures used for settling claims for benefits and services in the health insurance system – scientific research and government statistics…”

[1185] ibid: ”… it is incumbent on them, however, to provide specific and suitable safeguards so as to protect the fundamental rights and the privacy of individuals.”

[1186] Callens 1995, s. 324–326.

sellaisten hoitomuotojen kehittämiseksi, joilla on kaupallisia sovellutuksia (esimerkiksi lääkkeet). Tutkimustoiminnan rajoittaminen Euroopan Unionin jäsenmaitten kansallisin säännöksin johtaisikin asiallisesti tiettyjen terveydenhuollon tavaroiden ja palvelujen jäämiseen yhteismarkkinoiden ulkopuolelle. Euroopan Unionissa onkin harmonisoitu jo 60-luvulta lähtien esimerkiksi lääkkeiden rekisteröimiseksi asetettuja vaatimuksia[1187] ja tähän liittyen lääketutkimukselle asetetut yleiseurooppalaiset vaatimukset on otettu osaksi EU:n lääkerekisteröintiohjeita[1188]. Ohjeiden sisältämään ns. hyvään kliiniseen tutkimustapaan (”good clinical [trial] practice”) kuuluu – potilaan ihmisoikeuksien turvaamisen lisäksi – vaatimus tutkimuksen riippumattomasta eettisestä arvioinnista sekä tutkimustietojen jäljitettävyyden edellyttäminen[1189], jotta tietojen oikeellisuus voidaan varmistaa lääkerekisteröintiviranomaisten toimesta. *Tietojen jäljitettävyyden edellyttäminen merkitsee kuitenkin uhkaa tutkimukseen osallistuvan yksittäisen potilaan terveydentilatietojen luottamuksellisuudelle, koska tutkimustietokantoihin viety tieto on voitava palauttaa yksittäistä potilasta koskevaksi potilasrekisterimerkinnäksi[1190]*. Hyvän kliinisen tutkimustavan noudattamisesta ihmisille tarkoitettujen lääkkeiden kliinisissä tutkimuksissa koskevan direktiivin (2001/20/EY) 3 artiklan 2-kohdan mukaan kliininen tutkimus voidaan kuitenkin suorittaa ainoastaan, jos erityisesti taataan tutkimushenkilön oikeus yksityisyyteen sekä yksilöiden suojelusta henkilötietojen käsittelyssä ja näiden tietojen vapaasta liikkuvuudesta annetussa direktiivissä (95/46/ETY) säädettyjen menettelytapojen mukainen tietosuoja.

13.1.2. Tutkimustoimintaa koskevat säädökset Suomessa

Suomessa lääketieteellistä tutkimusta on säädellyt vuodesta 1999 lähtien erillislaki eli laki lääketieteellisestä tutkimuksesta (tutkimuslaki, L 488/1999). Tutkimuslain 2 § määrittelee lääketieteellisen tutkimuksen sellaiseksi tutkimukseksi,

---

[1187] Council Directive 65/65/EEC, of 26 January 1965, on the approximation of provisions laid down by law, regulation or administrative action relating to medicinal products

[1188] European Medical Evaluation Agency guidelines: Medicinal Products for Human Use, Volume 3C: Efficacy, Clinical Guidelines (General) 3CC1A Good Clinical Practice (http://pharmacos.eudra.org/eudralex/vol-3/home.htm#3c.

[1189] Tietojen jäljitettävyyden varmistaminen edellyttää käytännössä, että tiedonkeruun kaikki vaiheet perustuvat kirjallisiin vakioituihin toimintaohjeisiin (”standard operating procedures” eli SOP).

[1190] Lääketutkimukseen osallistuvalta potilaalta tulisikin näin ollen hankkia nimenomainen suostumus siihen, että häntä koskevia tietoja voidaan viranomaisten toimesta tarkastaa. Lisäksi eettisten toimikuntien tulee tutkimushanketta arvioidessaan huomioida, onko eri maiden viranomaisten toimesta henkilön potilastietoihin kohdistuva tarkastustoiminta ja tähän liittyvä yksilöä koskevien arkaluonteisten tietojen siirto terveydenhuollon toimintayksikön ulkopuolelle sellainen uhka potilaan yksityisyydelle taikka hoitosuhteen luottamuksellisuudelle, että tutkimukseen osallistuminen ei potilaan kannalta ole perusteltua (Tutkimuslaki 4 §).

jossa puututaan ihmisen tai ihmisen alkion taikka sikiön koskemattomuuteen ja jonka tarkoituksena on lisätä tietoa sairauksien syistä, oireista, diagnostiikasta, hoidosta, ehkäisystä tai tautien olemuksesta yleensä. Tutkimuslain tavoitteena on mm. saattaa voimaan Euroopan Neuvoston bioetiikkasopimuksen ihmiseen kohdistuvaa tutkimustoimintaa koskevat määräykset[1191] Bioetiikkasopimus koskee kuitenkin kaikkea ihmiseen kohdistuvaa tutkimustoimintaa – tutkimuslain soveltamisalueen ulkopuolelle taas on haluttu jättää pelkästään rekisteritietoja hyödyntävä tutkimus, koskei se lain esitöiden mukaan ”puutu ihmisen koskemattomuuteen”[1192]. Lain ulkopuolelle jäävät myös psykologiset ja liikuntatieteelliset kokeet sekä hoitotieteellinen tutkimus[1193].

Lääketieteellisen tutkimuksen yleiset edellytykset on määritelty lain 3 ja 4 §:ssä: Ennen lääketieteelliseen tutkimukseen ryhtymistä on saatava sairaanhoitopiirin eettisen toimikunnan myönteinen lausunto[1194]. Ne kliiniset lääketutkimukset, jotka edellyttävä kansallisen mielipiteen muodostamista, käsitellään valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan asianomaisessa jaostossa. Eettisen toimikunnan on varmistettava, että tutkimusta suoritettaessa tutkimushenkilön etu ja hyvinvointi aina asetetaan tieteen ja yhteiskunnan etujen edelle. Tutkimushenkilölle mahdollisesti aiheutuvat riskit ja haitat on pyrittävä ehkäisemään ja tutkimushenkilön saa asettaa alttiiksi vain sellaisille toimenpiteille, joista odotettavissa oleva terveydellinen tai tieteellinen hyöty on selvästi suurempi kun tutkimushenkilölle mahdollisesti aiheutuvat riskit ja haitat.

Tutkimuslain 6 §:n mukaan henkilön suostumus ihmiseen kohdistuvaa lääketieteellistä tutkimusta ei saa suorittaa ilman tutkimushenkilön kirjallista suostumusta (paitsi jos sitä ei asian kiireellisyyden tai potilaan terveydentilan vuoksi voida saada). Suostumuksen hankkimista varten tutkimushenkilölle on annettava riittävä selvitys hänen oikeuksistaan, tutkimuksen tarkoituksesta ja siinä käytettävistä menetelmistä sekä mahdollisista riskeistä ja haitoista[1195]. Selvitys on an-

---

[1191] http://conventions.coe.int/treaty/EN/cadreprincipal.htm: ” The Convention thus covers all medical and biological applications concerning human beings, including preventive, diagnostic, therapeutic and research applications.”

[1192] HE 229/1998 vp. (yksityiskohtaiset perustelut 2 §).

[1193] ibid. Käytännössä eri tutkimuslajien erottaminen on vaikeaa, ja samaan tutkimushankkeeseen voi kuulua sekä selkeää interventiota, rekisteritutkimusta ja mahdollisesti myös kyselytutkimusta. Jos kyse on interventiotutkimuksesta, edellytetään ainakin eettisten toimikuntien käytännössä, että tutkimuksesta vastaa lääkäri tai hammaslääkäri, siitä riippumatta, että tutkimus halutaan luokitella psykologiseksi, hoitotieteelliseksi tai liikuntatieteelliseksi. Kyselytutkimusten osalta eettistä arviointia pidetään tarpeellisena, jos kysymysten kohteena on haavoittuva potilasryhmä tai kerättävät tiedot erityisen arkaluonteisia (esim. mielenterveyden häiriöt).

[1194] Lehtonen 1999, s. 4421–4426.

[1195] On huomattava, että potilaan oikeus informaation saamiseen rajoittuu tutkimuksen suorittamisen kannalta relevanttiin tietoon. Hänellä ei ole erityistä oikeutta edellyttää, että tutkija informoisi häntä tutkimuksen valmistuttua sen kokonaistuloksesta ja tuloksen merkityksestä potilaan hoidolle. Tällaisen informoinnin tarpeellisuutta on kuitenkin korostettu tutkimuseettisessä keskustelussa

nettava siten, että tutkimushenkilö pystyy päättämään suostumuksestaan tietoisena tutkimukseen liittyvistä hänen päätöksentekoonsa vaikuttavista seikoista. Tämä suostumus voidaan peruuttaa milloin tahansa.

Vaikka tutkimuslain esityöt jättäisivätkin rekisteriperusteisen tutkimuksen tutkimuslain soveltamisalan ulkopuolelle, edellyttävät esimerkiksi Euroopan Neuvoston bioetiikkasopimus ja World Medical Associationin ns. Helsingin julistus myös henkilön yksityisyyteen puuttuvan rekisteritutkimuksen eettistä arviointia. Tutkimuslupia myöntävät viranomaiset joutunevatkin ottamaan huomioon paitsi tutkimuslain, myös kyseisten kansainvälisten normien vaatimukset[1196]. Tutkimuslain varsinaisen lakitekstin 17 § edellyttää nimittäin eettisen toimikunnan – jos siltä lausuntoa pyydetään – ottavan huomioon myös kansainvälisten normien vaatimukset.

13.2. TUTKIMUSTIEDON REKISTERÖINTIÄ KOSKEVAT ERITYISSÄÄNNÖKSET

Potilaiden hoitoa varten laadittujen potilasasiakirjojen taikka terveydenhuollon toimintayksikön toimintaa varten koottujen potilasrekisterien käyttö tutkimustarkoitukseen ilman erillistä lupaa on kiellettyä[1197]. JulkL 24 §:n 25-kohdan mukaan asiakirjat, jotka sisältävät tietoja henkilön terveydentilasta tai vammaisuudesta taikka hänen saamastaan terveydenhuollon ja kuntoutuksen palvelusta on pidettävä salassa. Potilaslain 13 §:n mukaan tietoja potilasasiakirjoista ei saa luovuttaa ilman potilaan suostumusta muille kuin potilaan hoitoon osallistuville henkilöille Se viranomainen, jonka hallussa asiakirjat ovat (esim. sairaanhoitopiiri tai sairaanhoitopiirin viranhaltija, jonka tehtäväksi luvan antaminen on hallintosäännössä määrätty), voi (eräin poikkeuksin) kuitenkin yksittäistapauksessa antaa luvan tietojen saamiseen salassa pidettävästä asiakirjastaan tieteellistä tutkimusta varten[1198], jos on ilmeistä, ettei tiedon antaminen loukkaa niitä

---

ja mm. Helsingin julistus edellyttää nimenomaisesti tutkimustulosten julkistamista. Myös Suomessa on kuitenkin esimerkkejä tutkimuksista, joista epäedullisten tutkimustulosten selville saaminen tiedotusvälineistä on aiheuttanut tutkimukseen osallistuneille suurta huolta (esim. Kansanterveyslaitoksen 1990-luvulla toteuttama ns. SETTI -tutkimus, Rapola et al. 1997). Ks. myös Goodare and Smith 1995, s. 1277–1278.

Tutkittavien kannalta informointi tutkimuksen tuloksista tapahtuu parhaiten, jos tulokset ja niiden merkitys kerrotaan tutkimusta tekevän tai potilasta hoitavan lääkärin kautta. Hän on myös ammattihenkilölain 15 §:n perustella velvollinen ottamaan hoitokäytäntöön vaikuttavat tutkimustulokset huomioon potilaan hoidossa.

[1196] Esimerkiksi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2000, s. 4 ja 16.

[1197] Lehtonen 2000, s. 3015–3016.

etuja, joiden suojaksi salassapitovelvollisuus on säädetty (JulkL 28 §)[1199].

Vaikka henkilötietolaki sisältää joitain tieteellistä tutkimusta varten perustettuja rekisterejä koskevia poikkeussäännöksiä, koskevat lain yleismääräykset myös tutkimusrekisterejä. Euroopan Unionin lainsäädäntökin edellyttää, että suomalainen henkilötietojen tutkimuskäyttöä koskeva lainsäädäntö vastaa direktiivin vaatimuksia[1200]. On huomattava erityisesti, että henkilötietolaki koskee vain sellaisia manuaalisia tai automaattisen tietojen käsittelyn kautta pidettäviä rekisterejä, joissa henkilö on tunnistettavissa. Mikäli tutkimusrekisterin pitäjä noudattaa em. kansainvälisiä suosituksia ja käyttää tutkimuksessaan vain anonyymisoituja tietoja, ei henkilötietolain alla olevia määräyksiä tarvitse erityisesti huomioida[1201].

Henkilötietolain 14 § mahdollistaa poikkeamisen lain 8 §:n mukaisista henkilörekisterin perustamisen yleisistä edellytyksistä perustettaessa tutkimusrekisteriä tieteellistä tutkimusta varten. Erityisesti tämä säännös mahdollistaa tutkimusrekisterin perustamisen, vaikkei rekisterinpitäjällä ja rekisteröidyllä ole sellaista asiallista yhteyttä toisiinsa (esim. asiakas- tai palvelussuhde), jota normaalisti vaaditaan rekisterin perustamisen edellytykseksi. Tämä poikkeus koskee kuitenkin vain puhtaasti tieteellistä tutkimusta[1202]. Tutkimus, jota tehdään kaupallisiin tarkoituksiin (esim. markkinatutkimukset tai teollisuusyrityksen toimeksiannosta suoritettavat tutkimukset kaupallisen tuotteen kehittämiseksi), ei ole sellaista ”tieteellistä” tutkimusta, johon poikkeussäännöstä sovelletaan. Tällaisen terveydentilatietoja sisältävän rekisterin perustamiseen tarvitaankin aina joko rekisteröidyn suostumus taikka tietosuojalautakunnan lupa, ja luvan edellytyksenä on HetiL 43 § 2 mom:n mukaan, että henkilötietojen käsittely on tarpeen tärkeää yleistä etua koskevasta syystä. On huomattava myös, että HetiL:n 14 § sallii yksilöityjen henkilötietoja käsittelyn tieteellistä tutkimusta varten ainoastaan, jos tutkimuksen suorittaminen ei ole mahdollista ilman yksilötasoisia tietoja. Jos

---

[1198] Mielentilatutkimuksista laadittuja oikeuspsykiatrisia lausuntoja ei ole lupa luovuttaa tieteelliseen tutkimukseen. Ks. Lahti 2000, s. 775–776. Vrt. Konstari 1999, s. 949–950.

[1199] Pääsääntöisesti potilasasiakirjojen tutkimuskäytön tulisi kuitenkin perustua rekisteröidyltä saatuun suostumukseen. Ks. STM 1997:2, s. 3.

[1200] Ennen direktiivin voimaantuloa on säädetty mm. laki sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisista keskusrekistereistä, joka oikeuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisia keräämään ns. poistoilmoitustiedot kaikista hoidetuista potilaista taikka tiedot lääketieteellisten toimenpiteiden kohteina olleista henkilöistä (esim. abortti taikka sterilisointi) sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimus- ja kehittämiskeskuksen keskusrekistereihin.

[1201] Ks. Callens and Nys 1996, s. 28. Tietosuojadirektiiviä ja vastaavasti henkilötietolakia ei sovelleta sellaisiin rekistereihin, joissa henkilötiedot on tehty tunnistamattomaksi. Tunnistamattomuudella ei tarkoiteta tunnistetietojen täydellistä poistamista, vaan sitä, että henkilötietojen selvittäminen vaatisi suhteettomasti aikaa ja vaivaa. Näin esimerkiksi koodatut tietokannat, joista yksittäinen henkilö ei ole ilman merkittäviä ponnistuksia tunnistettavissa, ei ole sellainen henkilörekisteri, johon ao. säännöksiä tarvitsee soveltaa.

[1202] Kleemola 1998, s. 24–26.

tutkimuksen suorittaminen edellyttää tunnistetietojen käsittelyä, tulisi tietojen hankkimisen aina ensisijaisesti perustua rekisteröidyn suostumukseen[1203].

Henkilörekisterin pitäjälle on asetettu yleinen huolellisuusvelvoite HetiL:n 5 §:ssä. Tutkimusrekisterin pitäjänkin on noudatettava lain vaatimaa hyvää tiedonhallintatapaa, eli huolehdittava siitä, että arkaluonteisia tietoja sisältävän henkilörekisterin käyttöoikeudet on tarkkaan määrätty, rekisteriin vietävät tiedot ovat virheettömiä ja rekisterin teknisestä tietoturvasta on huolehdittu asianmukaisesti. Vaikka henkilötunnuksen käyttö rekistereissä on pääosin kiellettyä, saadaan sitä käyttää puhtaasti tieteellistä tutkimusta varten perustetuissa rekistereissä[1204].

HetiL:n 6 § edellyttää, että henkilötietojen käsittelyn tarkoitukset sekä se, mistä henkilötiedot säännönmukaisesti hankitaan ja mihin niitä luovutetaan, on määriteltävä ennen henkilötietojen keräämistä. Tutkimusrekisterin on perustuttava joko erilliseen tutkimussuunnitelmaan (*suunnitelmallisuusvaatimus*)[1205] taikka rekisterinpitäjän lakisääteiseen tehtävään. Koska terveydenhuolto ja yliopistokoulutus Suomessa ovat pääosin julkisoikeudellisten organisaatioiden käsissä, voidaan useimmat potilastietoja sisältävät rekisterit perustella rekisterinpitäjän ”lakisääteisillä tehtävillä”[1206]. Tutkimusrekisterien osalta käytännössä kansalaisen yksityisyyden suojaa turvaavatkin ainoastaan kielto luovuttaa tutkimusrekisterin tietoja muuta kuin tieteellistä tutkimusta varten[1207] ja velvollisuus hävittää rekisteri tutkimuksen valmistuttua. Kaikista tutkimusrekistereistäkin on laadittava rekisteriseloste, jonka on oltava rekisteröidyn saatavilla. Rekisteriseloste on toimitettava tietosuojavaltuutetun toimistoon viimeistään aloitettaessa arkaluonteisten tietojen tallennus[1208].

[1203] Henkilötietotoimikunnan mietinnöstä antamassaan lausunnossa tietosuojavaltuutettu kiinnitti huomiota nimenomaan siihen, että henkilöt eivät yleensä tiedä heitä koskevien tietojen käyttämisestä tutkimustarkoituksiin. Rekisteröidyn suostumus tulisi pyrkiä hankkimaan, ellei sitä voida pitää mahdottomana tai ellei suostumuksen hankkiminen vaarantaisi tutkimuksen tarkoitusta. Wallin M 1998, s. 42.

[1204] HetiL 13 §. Ks. myös http://www.tietosuoja.fi/1974.htm.

[1205] Ks. HetiL 6 §.

[1206] Ks. edellä TSV DNo 718/41/91 ja KHO 2.8.1996 T 2354.

[1207] HetiL:n käyttötarkoitusperiaate ja huolellisuusvelvoite edellyttävät, että rekisteröityjen tietojen on oltava tarpeellisia tutkimuksen suorittamiselle ja että tietoja luovutettaessa varmistaudutaan rekisteröidyn yksityisyyden suojan kunnioittamisesta.

[1208] http://www.tietosuoja.fi/uploads/oefei7v.htm: Ilmoitusvelvollisuus tulee kysymykseen silloin, jos tietoja kerätään pelkästään rekisteri- tai asiakirjapohjaisesti, ts. muualta kuin rekisteröidyltä itseltään. Jos tietojen keräämiseen on saatu asianomainen suostumus tai tietojen keräämisestä ja käsittelystä on nimenomaisesti muussa laissa säädetty, ilmoitusta ei tarvitse tehdä. Jotta tietojen keräämisen voidaan katsoa tapahtuneen asianomaisen rekisteröidyn suostumuksella, suostumuksen hankkimisen ja esimerkiksi haastattelukyselyn yhteydessä on tullut saada nimenomainen suostumus myös tietojen hankkimiseen muista tutkimuksessa käytetyistä lähteistä, jos sellaisia on tarkoitus käyttää.

Henkilörekisterin käyttötarkoitussidonnaisuus (HetiL 7 §) edellyttää, että rekisterin tietoja saa käyttää vain tavalla, joka on yhteensopiva rekisterin alkuperäisen (rekisteriselosteessa kuvatun) käyttösuunnitelman kanssa. Tieteellistä tutkimusta varten kootun tutkimusrekisterin tietoja saa pääsääntöisesti käyttää vain uutta tieteellistä tutkimusta varten, muttei esim. kaupalliseen tai hallinnolliseen tarkoitukseen.

Henkilörekisteriin vietyjen tietojen on aina oltava tarpeellisia henkilötietojen käsittelyn kannalta (HetiL 9 §). Tieteellisessä tutkimuksessa on usein tapana koota ”varmuuden vuoksi” enemmän tietoja, kuin tutkimuksen varsinainen kysymyksenasettelu edellyttää. Tällainen käytäntö loukkaa kuitenkin henkilön yksityisyyttä varsinkin, jos koottavat tiedot ovat luonteeltaan arkaluonteisia, kuten terveydentilatietojen kyseessä ollen aina on laita. Tutkimusta varten kootun henkilörekisterin yksittäiset tiedot tulee myös muistaa tuhota, jos ne eivät enää ole tutkimuksen kannalta tarpeellisia (esim. tutkimuksen valmistuttua).

Henkilöä, jota koskevia tietoja on otettu henkilörekisteriin, tulee pääsääntöisesti informoida häntä koskevien tietojen rekisteröinnistä (henkilötietolaki 24 §)[1209]. Näin myös silloin, kun tietoja kerätään muualta kuin rekisteröidyltä itseltään (esim. suoraan sairaalan potilasasiakirjoista). Ainoastaan silloin, jos tietojen antaminen rekisteröidylle on mahdotonta (esim. rekisteröity on kuollut), tiedon antaminen aiheuttaa kohtuutonta vaivaa, aiheuttaa rekisteröidylle vahinkoa taikka vaarantaa tietojenkäsittelyn tarkoituksen, voidaan rekisteröidyn informoinnista luopua.

Henkilötietolain säännökset eivät velvoita informoimaan rekisteröityä erikseen lakisääteisistä rekistereistä, vaikka Euroopan Neuvoston tietosuojasopimus ja sen perusteella annetut suositukset edellyttäisivät rekisteröidyn informointia myös julkisen vallan lainsäännöksen nojalla kokoamista tutkimusrekistereistä. On huomattava, että sekä laki potilaan asemasta ja oikeuksista että laki lääketieteellisestä tutkimuksesta korostavat hoitohenkilökunnan velvollisuutta yhteistoimintaan potilaan kanssa ja potilaan itsemääräämisoikeutta. Näin ollen potilaan informoinnista siitä, että häntä koskevia tietoja käytetään tai saatetaan käyttää tieteelliseen tutkimukseen, on pidettävä pääsääntönä. Viranomaisen antama lupa käyttää potilasasiakirjoja tutkimustarkoitukseen ei vapauta rekisterinpitäjää tästä informointivelvollisuudesta. Potilaalla ei kuitenkaan Suomessa ole kansalliseen lainsäädäntöön perustuvaa tarkastusoikeutta tieteellistä tutkimusta varten perustettuun rekisteriin (HetiL 27 §) eikä myöskään Euroopan Neuvoston ministerikomitean suositusten mukaista oikeutta vaatia tutkimusrekisterin pitäjää poista-

[1209] Ks. myös STM 1997:2, s. 33, jossa nimenomaisesti todetaan Euroopan Unionin tietosuojadirektiivin edellyttävän tältä osin muutosta suomalaisissa tutkimuskäytännöissä.

maan rekisteristä itseään koskevia tietoja[1210]. Rekisteröity voi kuitenkin aina tarvittaessa ottaa yhteyttä tietosuojavaltuutettuun, joka valvoo sitä, ettei rekisterin pito loukkaa rekisteröidyn yksityisyyttä. Lisäksi eettisten toimikuntien on kunkin tutkimushankkeen osalta arvioitava henkilötietolain määräysten noudattaminen tutkimushankkeessa (tutkimuslain 16 §).

Tutkimusrekisterien muodostamisen edellytyksiin tulee kansallisella tasolla vaikuttamaan myös laki ihmisen elimien ja kudoksien lääketieteellisestä käytöstä[1211]. Kyseinen laki on osaltaan saattamassa Suomessa voimaan Euroopan Neuvoston bioetiikkasopimuksen vaatimuksia[1212]. Lain 19 §:n mukaan hoidon tai taudinmäärityksen vuoksi otettuja kudosnäytteitä saa luovuttaa ja käyttää lääketieteelliseen tutkimukseen vain potilaan suostumuksella[1213]. Tutkimusta varten otettuja kudosnäytteitä saa luovuttaa ja käyttää muuhun kuin suostumuksessa tarkoitettuun lääketieteelliseen tutkimukseen vain tutkittavan uudella suostumuksella. Jos tutkittava on kuollut, terveydenhuollon oikeusturvakeskus voi kuitenkin perustellusta syystä antaa luvan tällaiseen tutkimukseen[1214].

[1210] Rekisteröidyn onkin tältä osin vedottava suoraan Euroopan Unionin lainsäädäntöön ja direktiiviin perustuvien oikeuksilta edellytettyihin oikeusturvakeinoihin. Ks. Ojanen 1993, s. 116–124.

Tutkittavan oikeus olla osallistumatta tutkimukseen taikka luopua siihen osallistumisesta on eräs keskeisiä tutkimuseettisiä periaatteita. Tämän periaatteen pysyvyyttä testataan lähitulevaisuudessa Euroopan Ihmisoikeustuomioistuimessa islantilaisilta kerättyjen sairaustietokantojen ja geneettistä variaatiota koskevien DNA-pankkien käyttöä ja yhdistämistä koskevan tapauksen yhteydessä. Näiden tiedostojen käyttö perustuu islantilaisen lain mukaan tutkittavan oletettuun suostumukseen. Ks. Annas 2000, s. 1830–1833.

[1211] L 101/2001, joka astuu voimaan 1.9.2001.

[1212] ETS no. 164, 4.4.1997, 22 artikla: ”When in the course of an intervention any part of a human body is removed, it may be stored and used for a purpose other than that for which it was removed, only if this is done in conformity with appropriate information and consent procedures”.

[1213] ibid: Jos henkilö on alaikäinen tai vajaakykyinen, suostumus tulee saada hänen lailliselta edustajaltaan. Lisäksi terveydenhuollon oikeusturvakeskus voi antaa luvan hoidon, taudinmäärityksen tai kuolemansyyn selvittämisen vuoksi otettujen kudosnäytteiden luovuttamiseen tai käyttämiseen tilanteissa, joissa henkilön suostumusta ei näytteiden suuren määrän, näytteiden iän tai muun sellaisen syyn tai henkilön kuoleman vuoksi ole mahdollista hankkia.

[1214] Hoidon, taudinmäärityksen tai kuolemansyyn selvittämisen vuoksi otettuja kudosnäytteitä voidaan kuitenkin luovuttaa ja käyttää lääketieteelliseen tutkimukseen ja opetukseen sen terveydenhuollon toimintayksikön tai muun yksikön luvalla, jonka toimintaa varten näyte on otettu, jos näytteitä luovutettaessa tai käytettäessä ei käsitellä henkilötietoja. Ks. HE 93/2000 vp. (yksityiskohtaiset perustelut 19 §).

13. Lääketieteellinen tutkimus ja yksityisyys

13.1 TUTKIMUSTIEDON KERUUTA KOSKEVAT SÄÄNNÖKSET

13.1.1. Tutkimustoiminnan kansainvälinen sääntely

Eräs tärkeä poikkeus henkilötietolain arkaluoteisten tietojen käsittelykiellosta koskee tieteellistä tutkimusta. Tieteellisen tutkimuksen nimissä on siis periaatteessa mahdollista poiketa perustuslain takaamasta henkilön yksityiselämän suojasta.

Ihmiseen kohdistuvan lääketieteellisen tutkimuksen oikeudellinen sääntely alkoi Nürnbergin oikeudenkäynnin jälkeen[1170]. Yksilön oikeudet lääketieteellisessä tutkimustoiminnassa onkin vahvistettu paitsi kansallisissa säädöksissä myös lukuisissa kansainvälisissä sopimuksissa ja kansainvälisten järjestöjen antamissa ohjeistoissa[1171]. Monikansallisissa tutkimushankkeissa käytetäänkin usein näitä ohjeistoja tutkimuksen säännösperustana[1172], vaikka näitä säädöksiä ei olisikaan täysimittaisesti implementoitu kansallisiin säännöksiin. Esim. ihmisellä tehtävää lääketutkimusta koskevaksi normiohjeistoksi on muotoutunut alun perin lääketutkimusta tekevien yritysten omiin suosituksiin perustunut ”hyvä kliininen tutkimustapa”[1173]. Erityinen painopiste natsiajan ihmisoikeusloukkausten jälkeen säädetyissä säännöksissä on ollut nimenomaan yksilön perusoikeuksien turvaamisessa, kuten yksilön kokonaisedun asettaminen yhteiskunnan edun edelle ja suostumusperiaatteen voimaansaattaminen[1174]. Nyttemmin myös tutkittavan hen-

---

[1170] Bergentz 1997, s. 2692–2695. Shuster 1997, s. 1436–1440.

[1171] Näistä ohjeistoista ks. tarkemmin Lötjönen 1997, s. 858–859.

Vielä 1970-luvulla kuitenkin Suomessa tuomittiin rangaistuksia ilman potilaan suostumusta tapahtuvasta tutkimustoiminnasta. Ks. OKK 1973, 88: Lääkärin viraltapanoa koskevassa VYO:n tuomiossa (VYO 15.3.1973) yhtenä perusteena viraltapanolle oli se seikka, että lääkäri oli erään ulkomaisen lääketehtaan toimeksiannosta ja vankimielisairaalan henkilökuntaa apunaan käyttäen kokeillut erästä lääkintöhallituksen kokeiltavaksi hyväksymää lääkeainetta potilaisiin hankkimatta tähän vankeinhoito-osaston lupaa ja potilaiden tai näiden holhoojien suostumusta sekä edustanut tästä tutkimuksesta taloudellista etua 3000 mk. Lääkärin oli katsottava tällöin toimineen virheellisesti ylittämällä toimivaltansa ja menetelleen potilaita kohtaan sopimattomasti.

[1172] Esimerkiksi World Medical Associationin ns. Helsingin julistus. Ks. SLL 2000:40;4086–4088.

[1173] Nyttemmin nämä ohjeet on otettu osaksi lääkerekisteröintiviranomaisten suosituksia koskien lääkkeiden myyntilupadokumentaatioille asetettavia vaatimuksia. Ks. esim. European Medical Evaluation Agency guidelines: Medicinal Products for Human Use, Volume 3C: Efficacy, Clinical Guidelines (General) 3CC1A Good Clinical Practice (http://pharmacos.eudra.org/eudralex/vol-3/home.htm#3c).

[1174] Ks. Helsingin julistus 5 artikla.

kilökohtainen integriteetti ja yksityisyys tulee turvata kaiken lääketieteellisen tutkimustoiminnan yhteydessä[1175].

Euroopan neuvoston ihmisoikeuksia ja biolääketiedettä koskeva yleissopimus (ns. bioetiikkasopimus, ETS no. 164, 4.4.1997) on keskeisin modernia lääketieteellistä tutkimustoimintaa koskeva kansainvälisoikeudellinen normi[1176]. Sopimuksen tarkoituksena on suojata kaikkien ihmisten ihmisarvoa ja yksilöllisyyttä sekä taata kaikille ilman syrjintää heidän integriteettinsä (yksilöllisen arvonsa) ja muiden oikeuksiensa ja perusvapauksiensa kunnioitus biologian ja lääketieteen soveltamisessa. Sopimukseen kirjattuja periaatteita ovat mm. ihmisen ensisijaisuus, ammatilliset standardit, suostumus lääketieteellisiin toimenpiteisiin, yksityisyyden suoja ja oikeus itseään koskeviin tietoihin. Tämän ns. bioetiikkasopimuksen mukaan henkilöön kohdistuva tutkimustoiminta edellyttää aina henkilön tietoon perustuvaa suostumusta sekä tutkimushankkeen riippumatonta eettistä arviointia. Vajaavaltaisten henkilöiden mukaan ottaminen tutkimuksiin on rajoitettu tilanteisiin, joissa tutkimusta ei voida tehdä muulla väestöryhmällä ja tutkimuksen tuloksista on suoraa hyötyä tutkimukseen osallistuvien terveydelle (artikla 6).

Sopimuksen 10 artikla korostaa jokaisen oikeutta yksityisyyden suojaan hänen terveydentilaansa koskevan informaation osalta ja vastaavasti jokaisen oikeutta saada tieto siitä, mitä informaatiota henkilön terveydentilasta on kerätty. Tästä tiedonsaantioikeudesta voidaan poiketa vain potilaan edun niin vaatiessa taikka potilaan itse niin halutessa. Säännöksen perusteella jokaisella on oikeus tietää olevansa tutkimuksen kohteena silloinkin, kun henkilöön ei kohdisteta erityisiä interventioita taikka tutkimuksen suunnitelman olisi hyväksynyt riippumaton arviointielin (esim. erillinen eettinen toimikunta)[1177].

[1175] Helsingin julistus 21 artikla: ”The right of research subjects to safeguard their integrity must always be respected. Every precaution should be taken to respect the privacy of the subject, the confidentiality of the patient’s information and to minimise the impact of the study on the subject’s physical and mental integrity and on the personality of the subject.”

Suomessa on jo vuodesta 1980 lähtien viranomaisohjeissa edellytetty sekä tutkimus- että opetuspotilaan nimenomaisesti suostuvan osallistumaan tutkimukseen taikka lääketieteen opetukseen. LKH OhK 26.3.1980, DNo 445/02/79 ja LKH OhK 13.2.1980, DNo 7023/02/79.

[1176] Euroopan neuvoston ministerikomitea hyväksyi ao. yleissopimuksen syksyllä 1996. Suomi allekirjoitti sopimuksen 4. huhtikuuta 1997, muttei ole vielä ratifioinut sitä.

[1177] Ks. http://conventions.coe.int/treaty/EN/cadreprincipal.htm: ” The Convention thus covers all medical and biological applications concerning human beings, including preventive, diagnostic, therapeutic and research applications” Ks. myös 10. artiklaa koskeva explanatory memorandum: ”Individuals are entitled to know any information collected about their health, if they wish to know. This right is of fundamental importance in itself but also conditions the effective exercise of other rights such as the right of consent set forth in Article 5. A person’s ”right to know” encompasses all information collected about his or her health, whether it be a diagnosis, prognosis or any other relevant fact.”

On huomattava, että potilaan suostumuskaan ei oikeuta tutkimusta, jos eettinen toimikunta ei pidä sitä potilaan edun mukaisena. Ks. Helsingin julistus, 15 artikla.

Euroopan Neuvoston tietosuojasopimus (8 artikla) edellyttää mm., että kenen tahansa henkilön on voitava selvittää automaattisen tietojenkäsittelyn avulla ylläpidettävän rekisterin olemassaolo, sen päätarkoitukset sekä rekisterinpitäjää koskevat tiedot[1178]. Lääketieteellisten tietojen tietosuojasta annettu ministerikomitean suositus [Nro R(97)5 (13.2.1997)] antaa lisäohjeita koskien erityisesti sellaista lääketieteellistä tutkimusta, jossa käsitellään henkilön terveydentilaa koskevia arkaluonteisia tietoja. Suositus korostaa velvollisuutta käyttää tutkimuksessa sellaisia tietoja, joista yksittäinen henkilö ei ole tunnistettavissa[1179]. Tunnistetietoja voidaan käyttää ilman erikseen hankittua suostumusta ainoastaan, mikäli tutkimushanke liittyy tärkeään yleiseen etuun ja asianmukainen kansallinen toimielin on antanut tiedon ilmaisemiseen luvan[1180]. Lisäksi edellytetään, että rekisteröity ei ole (aikaisemmin) kieltänyt tiedon antamista, että kohtuullisista yrityksistä huolimatta olisi epäkäytännöllistä ottaa häneen yhteyttä suostumuksen saamiseksi ja että tutkimushankkeen edut oikeuttavat valtuutuksen tiedon saamiseen[1181].

Mikäli lääketieteellistä tutkimusrekisteriä halutaan käyttää toiseen tutkimushankkeeseen, tulee rekisteröidyltä pääsääntöisesti hankkia uusi suostumus tutkimustietojen käyttöön[1182]. Ainoastaan mikäli uusi tutkimus ei luonteeltaan eroa edellisestä taikka suostumuksen hankkiminen olisi käytännössä mahdotonta (esim. ajan kulumisen takia taikka rekisteröityjen suuren lukumäärän takia), voidaan aikaisemmin kerättyjä tietoja käyttää uuteen tutkimukseen ilman rekisteröidyltä hankittavaa suostumusta.

Tilastollisiin tarkoituksiin kerättyjen henkilötietojen tietosuojaa koskeva Euroopan Neuvoston ministerikomitean suositus [Nro R(97)18 (30.9.1997)] täsmentää tietosuojasopimuksen tutkimusrekistereitä koskevia tavoitteita. Suositus korostaa, että tilastoihin kerätyt tiedot on anonyymisoitava heti kun tietojen keruu on saatu loppuun suoritetuksi ja että arkaluonteiset (mm. terveydentilaa koskevat tiedot) tulee jo alun alkaen kerätä sellaisessa muodossa, josta rekisteröidyt eivät ole tunnistettavissa. Tilastollisiin tarkoituksiin kerättyjä tietoja ei saa luovuttaa ei-tilastollisiin tarkoituksiin. Tilaston käyttö tutkimustarkoituksiin on suunniteltava jo ennen tietojen keruun aloittamista. Vaikka tietoja ei kerättäisi rekisteröidyiltä itseltään, on heille ilmoitettava tietojen keräämisestä, ellei se ole käytännössä mahdotonta[1183]. Rekisteröityjen on tällöin saatava tiedot mm. siitä,

---

[1178] Esimerkiksi Ruotsissa tutkimusrekisterien osalta noudatetaan varsin tiukasti ao. sopimuksen suosituksia koskien rekisteröidyn informointia. Ks. Wahlqvist 1992a, s. 4–8 ja 1992b. s. 10–13.
[1179] Anonyymisointi on tärkeää myös retrospektiivisessa epidemiologisessa tutkimuksessa sekä näytetutkimuksessa. Ks. The Royal College of Physicians 1999, s. 264.
[1180] Suomessa kyseinen toimielin on tietosuojalautakunta.
[1181] Euroopan Neuvoston Ministerikomitean suositukset: Nro R(97)5 (13.2.1997), 12.2 artikla.
[1182] Euroopan Neuvoston Ministerikomitean suositukset: Nro R(97)18 (30.9.1997), 6.2 artikla.
[1183] Ks. myös http://www.mrc.ac.uk/ethics_a.html.

mikä on tietojen keräämisen laillinen peruste, tietojen keräämisen tarkoitus, sen henkilön ja toimielimen nimi, joka on vastuussa tietojen keräämisestä, se tosiasia, että tiedot pidetään luottamuksellisina ja että niitä käytetään yksinomaan tilastollisiin tarkoituksiin, sekä tiedot niistä henkilö- tai toimielinryhmistä, joille henkilötietoja voidaan luovuttaa. On huomattava, että tilastollisiin tarkoituksiin kerättyjä tietoja ei missään tapauksessa saa käyttää henkilöä koskevassa hallinnollisessa päätöksenteossa.

Euroopan Unionin tietosuojadirektiivi (95/46/EY/24.10.95) sisältää ne tietosuojavelvoitteet, jotka jäsenvaltio on velvollinen saattamaan voimaan kansallisessa lainsäädännössään. Direktiivin tavoitteet on kuvattu sen 72 erillistä kohtaa sisältävässä johdannossa, joka korostaa Euroopan Unionin pyrkimystä suojata jäsenmaidensa kansalaisten perusoikeuksia, ja tämän direktiivin osalta erityisesti oikeutta yksityisyyteen. Toisaalla todetaan tarve kansainvälisessä yhteistyössä edistää myös tieteellisten tietojen liikkuvuutta.

Tietosuojadirektiivi johdanto antaa jäsenvaltioille mahdollisuuden poiketa arkaluonteisten tietojen rekisteröintikiellosta tieteellisen tutkimuksen osalta[1184]. Tämä säännös ei oikeuta poikkeamaan rekisteröidyn informointivelvollisuudesta tieteellisiin tarkoituksiin käsiteltävien rekisterien osalta. Päinvastoin rekisteröidyllä tulee nimenomaisesti olla käytössään direktiivin takaamat oikeusturvakeinot (joihin kuuluvat velvollisuus rekisteröidyn informoimiseen tietojen rekisteröinnistä ja rekisteröidyn oikeus vaatia tietojaan poistettavaksi rekisteristä) yksityisyyden suojaa loukkaavien tutkimusrekisterien osalta[1185]. Direktiivin 13 artikla antaa sitten mahdollisuuden poiketa rekisteröidyn informointivelvollisuudesta tieteellisen tutkimuksen yhteydessä. Tällöinkin edellytetään kuitenkin, ettei informointivelvollisuuden laiminlyömisestä aiheudu vaaraa henkilön yksityisyyden suojalle (ja on oikeudellisesti varmistettu, ettei tietoja missään tapauksessa käytetä rekisteröityjä koskevien toimenpiteiden toteuttamiseen taikka päätösten tekemiseen). Direktiivin sallima informointivelvollisuudesta poikkeaminen rajoittuu siis tilanteisiin, joissa tutkimustiedostoon ei ole koottu yksityisyyttä loukkaavia (ts. arkaluonteisia) tietoja. *Tietosuojadirektiivin poikkeussäännökset eivät siis suoraan salli arkaluonteisten terveydentilatietojen rekisteröintiä ilman rekisteröidyn suostumusta lääketieteellistä tutkimusta varten*[1186].

Varsin merkittävä osa ihmiseen kohdistuvasta tutkimustoiminnasta tehdään

---

[1184] Introduction, kohta 34: ”Whereas Member States must also be authorised, when justified by grounds of important public interest, to derogate from the prohibition on processing sensitive categories of data where important reasons of public interest so justify in areas such as public health and social protection – especially in order to ensure the quality and cost-effectiveness of the procedures used for settling claims for benefits and services in the health insurance system – scientific research and government statistics…”

[1185] ibid: ”… it is incumbent on them, however, to provide specific and suitable safeguards so as to protect the fundamental rights and the privacy of individuals.”

[1186] Callens 1995, s. 324–326.

sellaisten hoitomuotojen kehittämiseksi, joilla on kaupallisia sovellutuksia (esimerkiksi lääkkeet). Tutkimustoiminnan rajoittaminen Euroopan Unionin jäsenmaitten kansallisin säännöksin johtaisikin asiallisesti tiettyjen terveydenhuollon tavaroiden ja palvelujen jäämiseen yhteismarkkinoiden ulkopuolelle. Euroopan Unionissa onkin harmonisoitu jo 60-luvulta lähtien esimerkiksi lääkkeiden rekisteröimiseksi asetettuja vaatimuksia[1187] ja tähän liittyen lääketutkimukselle asetetut yleiseurooppalaiset vaatimukset on otettu osaksi EU:n lääkerekisteröintiohjeita[1188]. Ohjeiden sisältämään ns. hyvään kliiniseen tutkimustapaan (”good clinical [trial] practice”) kuuluu – potilaan ihmisoikeuksien turvaamisen lisäksi – vaatimus tutkimuksen riippumattomasta eettisestä arvioinnista sekä tutkimustietojen jäljitettävyyden edellyttäminen[1189], jotta tietojen oikeellisuus voidaan varmistaa lääkerekisteröintiviranomaisten toimesta. *Tietojen jäljitettävyyden edellyttäminen merkitsee kuitenkin uhkaa tutkimukseen osallistuvan yksittäisen potilaan terveydentilatietojen luottamuksellisuudelle, koska tutkimustietokantoihin viety tieto on voitava palauttaa yksittäistä potilasta koskevaksi potilasrekisterimerkinnäksi[1190]*. Hyvän kliinisen tutkimustavan noudattamisesta ihmisille tarkoitettujen lääkkeiden kliinisissä tutkimuksissa koskevan direktiivin (2001/20/EY) 3 artiklan 2-kohdan mukaan kliininen tutkimus voidaan kuitenkin suorittaa ainoastaan, jos erityisesti taataan tutkimushenkilön oikeus yksityisyyteen sekä yksilöiden suojelusta henkilötietojen käsittelyssä ja näiden tietojen vapaasta liikkuvuudesta annetussa direktiivissä (95/46/ETY) säädettyjen menettelytapojen mukainen tietosuoja.

13.1.2. Tutkimustoimintaa koskevat säädökset Suomessa

Suomessa lääketieteellistä tutkimusta on säädellyt vuodesta 1999 lähtien erillislaki eli laki lääketieteellisestä tutkimuksesta (tutkimuslaki, L 488/1999). Tutkimuslain 2 § määrittelee lääketieteellisen tutkimuksen sellaiseksi tutkimukseksi,

---

[1187] Council Directive 65/65/EEC, of 26 January 1965, on the approximation of provisions laid down by law, regulation or administrative action relating to medicinal products

[1188] European Medical Evaluation Agency guidelines: Medicinal Products for Human Use, Volume 3C: Efficacy, Clinical Guidelines (General) 3CC1A Good Clinical Practice (http://pharmacos.eudra.org/eudralex/vol-3/home.htm#3c.

[1189] Tietojen jäljitettävyyden varmistaminen edellyttää käytännössä, että tiedonkeruun kaikki vaiheet perustuvat kirjallisiin vakioituihin toimintaohjeisiin (”standard operating procedures” eli SOP).

[1190] Lääketutkimukseen osallistuvalta potilaalta tulisikin näin ollen hankkia nimenomainen suostumus siihen, että häntä koskevia tietoja voidaan viranomaisten toimesta tarkastaa. Lisäksi eettisten toimikuntien tulee tutkimushanketta arvioidessaan huomioida, onko eri maiden viranomaisten toimesta henkilön potilastietoihin kohdistuva tarkastustoiminta ja tähän liittyvä yksilöä koskevien arkaluonteisten tietojen siirto terveydenhuollon toimintayksikön ulkopuolelle sellainen uhka potilaan yksityisyydelle taikka hoitosuhteen luottamuksellisuudelle, että tutkimukseen osallistuminen ei potilaan kannalta ole perusteltua (Tutkimuslaki 4 §).

jossa puututaan ihmisen tai ihmisen alkion taikka sikiön koskemattomuuteen ja jonka tarkoituksena on lisätä tietoa sairauksien syistä, oireista, diagnostiikasta, hoidosta, ehkäisystä tai tautien olemuksesta yleensä. Tutkimuslain tavoitteena on mm. saattaa voimaan Euroopan Neuvoston bioetiikkasopimuksen ihmiseen kohdistuvaa tutkimustoimintaa koskevat määräykset[1191] Bioetiikkasopimus koskee kuitenkin kaikkea ihmiseen kohdistuvaa tutkimustoimintaa – tutkimuslain soveltamisalueen ulkopuolelle taas on haluttu jättää pelkästään rekisteritietoja hyödyntävä tutkimus, koskei se lain esitöiden mukaan ”puutu ihmisen koskemattomuuteen”[1192]. Lain ulkopuolelle jäävät myös psykologiset ja liikuntatieteelliset kokeet sekä hoitotieteellinen tutkimus[1193].

Lääketieteellisen tutkimuksen yleiset edellytykset on määritelty lain 3 ja 4 §:ssä: Ennen lääketieteelliseen tutkimukseen ryhtymistä on saatava sairaanhoitopiirin eettisen toimikunnan myönteinen lausunto[1194]. Ne kliiniset lääketutkimukset, jotka edellyttävä kansallisen mielipiteen muodostamista, käsitellään valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan asianomaisessa jaostossa. Eettisen toimikunnan on varmistettava, että tutkimusta suoritettaessa tutkimushenkilön etu ja hyvinvointi aina asetetaan tieteen ja yhteiskunnan etujen edelle. Tutkimushenkilölle mahdollisesti aiheutuvat riskit ja haitat on pyrittävä ehkäisemään ja tutkimushenkilön saa asettaa alttiiksi vain sellaisille toimenpiteille, joista odotettavissa oleva terveydellinen tai tieteellinen hyöty on selvästi suurempi kun tutkimushenkilölle mahdollisesti aiheutuvat riskit ja haitat.

Tutkimuslain 6 §:n mukaan henkilön suostumus ihmiseen kohdistuvaa lääketieteellistä tutkimusta ei saa suorittaa ilman tutkimushenkilön kirjallista suostumusta (paitsi jos sitä ei asian kiireellisyyden tai potilaan terveydentilan vuoksi voida saada). Suostumuksen hankkimista varten tutkimushenkilölle on annettava riittävä selvitys hänen oikeuksistaan, tutkimuksen tarkoituksesta ja siinä käytettävistä menetelmistä sekä mahdollisista riskeistä ja haitoista[1195]. Selvitys on an-

---

[1191] http://conventions.coe.int/treaty/EN/cadreprincipal.htm: ” The Convention thus covers all medical and biological applications concerning human beings, including preventive, diagnostic, therapeutic and research applications.”

[1192] HE 229/1998 vp. (yksityiskohtaiset perustelut 2 §).

[1193] ibid. Käytännössä eri tutkimuslajien erottaminen on vaikeaa, ja samaan tutkimushankkeeseen voi kuulua sekä selkeää interventiota, rekisteritutkimusta ja mahdollisesti myös kyselytutkimusta. Jos kyse on interventiotutkimuksesta, edellytetään ainakin eettisten toimikuntien käytännössä, että tutkimuksesta vastaa lääkäri tai hammaslääkäri, siitä riippumatta, että tutkimus halutaan luokitella psykologiseksi, hoitotieteelliseksi tai liikuntatieteelliseksi. Kyselytutkimusten osalta eettistä arviointia pidetään tarpeellisena, jos kysymysten kohteena on haavoittuva potilasryhmä tai kerättävät tiedot erityisen arkaluonteisia (esim. mielenterveyden häiriöt).

[1194] Lehtonen 1999, s. 4421–4426.

[1195] On huomattava, että potilaan oikeus informaation saamiseen rajoittuu tutkimuksen suorittamisen kannalta relevanttiin tietoon. Hänellä ei ole erityistä oikeutta edellyttää, että tutkija informoisi häntä tutkimuksen valmistuttua sen kokonaistuloksesta ja tuloksen merkityksestä potilaan hoidolle. Tällaisen informoinnin tarpeellisuutta on kuitenkin korostettu tutkimuseettisessä keskustelussa

nettava siten, että tutkimushenkilö pystyy päättämään suostumuksestaan tietoisena tutkimukseen liittyvistä hänen päätöksentekoonsa vaikuttavista seikoista. Tämä suostumus voidaan peruuttaa milloin tahansa.

Vaikka tutkimuslain esityöt jättäisivätkin rekisteriperusteisen tutkimuksen tutkimuslain soveltamisalan ulkopuolelle, edellyttävät esimerkiksi Euroopan Neuvoston bioetiikkasopimus ja World Medical Associationin ns. Helsingin julistus myös henkilön yksityisyyteen puuttuvan rekisteritutkimuksen eettistä arviointia. Tutkimuslupia myöntävät viranomaiset joutunevatkin ottamaan huomioon paitsi tutkimuslain, myös kyseisten kansainvälisten normien vaatimukset[1196]. Tutkimuslain varsinaisen lakitekstin 17 § edellyttää nimittäin eettisen toimikunnan – jos siltä lausuntoa pyydetään – ottavan huomioon myös kansainvälisten normien vaatimukset.

13.2. TUTKIMUSTIEDON REKISTERÖINTIÄ KOSKEVAT ERITYISSÄÄNNÖKSET

Potilaiden hoitoa varten laadittujen potilasasiakirjojen taikka terveydenhuollon toimintayksikön toimintaa varten koottujen potilasrekisterien käyttö tutkimustarkoitukseen ilman erillistä lupaa on kiellettyä[1197]. JulkL 24 §:n 25-kohdan mukaan asiakirjat, jotka sisältävät tietoja henkilön terveydentilasta tai vammaisuudesta taikka hänen saamastaan terveydenhuollon ja kuntoutuksen palvelusta on pidettävä salassa. Potilaslain 13 §:n mukaan tietoja potilasasiakirjoista ei saa luovuttaa ilman potilaan suostumusta muille kuin potilaan hoitoon osallistuville henkilöille Se viranomainen, jonka hallussa asiakirjat ovat (esim. sairaanhoitopiiri tai sairaanhoitopiirin viranhaltija, jonka tehtäväksi luvan antaminen on hallintosäännössä määrätty), voi (eräin poikkeuksin) kuitenkin yksittäistapauksessa antaa luvan tietojen saamiseen salassa pidettävästä asiakirjastaan tieteellistä tutkimusta varten[1198], jos on ilmeistä, ettei tiedon antaminen loukkaa niitä

---

ja mm. Helsingin julistus edellyttää nimenomaisesti tutkimustulosten julkistamista. Myös Suomessa on kuitenkin esimerkkejä tutkimuksista, joista epäedullisten tutkimustulosten selville saaminen tiedotusvälineistä on aiheuttanut tutkimukseen osallistuneille suurta huolta (esim. Kansanterveyslaitoksen 1990-luvulla toteuttama ns. SETTI -tutkimus, Rapola et al. 1997). Ks. myös Goodare and Smith 1995, s. 1277–1278.

Tutkittavien kannalta informointi tutkimuksen tuloksista tapahtuu parhaiten, jos tulokset ja niiden merkitys kerrotaan tutkimusta tekevän tai potilasta hoitavan lääkärin kautta. Hän on myös ammattihenkilölain 15 §:n perustella velvollinen ottamaan hoitokäytäntöön vaikuttavat tutkimustulokset huomioon potilaan hoidossa.

[1196] Esimerkiksi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2000, s. 4 ja 16.

[1197] Lehtonen 2000, s. 3015–3016.

etuja, joiden suojaksi salassapitovelvollisuus on säädetty (JulkL 28 §)[1199].

Vaikka henkilötietolaki sisältää joitain tieteellistä tutkimusta varten perustettuja rekisterejä koskevia poikkeussäännöksiä, koskevat lain yleismääräykset myös tutkimusrekisterejä. Euroopan Unionin lainsäädäntökin edellyttää, että suomalainen henkilötietojen tutkimuskäyttöä koskeva lainsäädäntö vastaa direktiivin vaatimuksia[1200]. On huomattava erityisesti, että henkilötietolaki koskee vain sellaisia manuaalisia tai automaattisen tietojen käsittelyn kautta pidettäviä rekisterejä, joissa henkilö on tunnistettavissa. Mikäli tutkimusrekisterin pitäjä noudattaa em. kansainvälisiä suosituksia ja käyttää tutkimuksessaan vain anonyymisoituja tietoja, ei henkilötietolain alla olevia määräyksiä tarvitse erityisesti huomioida[1201].

Henkilötietolain 14 § mahdollistaa poikkeamisen lain 8 §:n mukaisista henkilörekisterin perustamisen yleisistä edellytyksistä perustettaessa tutkimusrekisteriä tieteellistä tutkimusta varten. Erityisesti tämä säännös mahdollistaa tutkimusrekisterin perustamisen, vaikkei rekisterinpitäjällä ja rekisteröidyllä ole sellaista asiallista yhteyttä toisiinsa (esim. asiakas- tai palvelussuhde), jota normaalisti vaaditaan rekisterin perustamisen edellytykseksi. Tämä poikkeus koskee kuitenkin vain puhtaasti tieteellistä tutkimusta[1202]. Tutkimus, jota tehdään kaupallisiin tarkoituksiin (esim. markkinatutkimukset tai teollisuusyrityksen toimeksiannosta suoritettavat tutkimukset kaupallisen tuotteen kehittämiseksi), ei ole sellaista ”tieteellistä” tutkimusta, johon poikkeussäännöstä sovelletaan. Tällaisen terveydentilatietoja sisältävän rekisterin perustamiseen tarvitaankin aina joko rekisteröidyn suostumus taikka tietosuojalautakunnan lupa, ja luvan edellytyksenä on HetiL 43 § 2 mom:n mukaan, että henkilötietojen käsittely on tarpeen tärkeää yleistä etua koskevasta syystä. On huomattava myös, että HetiL:n 14 § sallii yksilöityjen henkilötietoja käsittelyn tieteellistä tutkimusta varten ainoastaan, jos tutkimuksen suorittaminen ei ole mahdollista ilman yksilötasoisia tietoja. Jos

---

[1198] Mielentilatutkimuksista laadittuja oikeuspsykiatrisia lausuntoja ei ole lupa luovuttaa tieteelliseen tutkimukseen. Ks. Lahti 2000, s. 775–776. Vrt. Konstari 1999, s. 949–950.

[1199] Pääsääntöisesti potilasasiakirjojen tutkimuskäytön tulisi kuitenkin perustua rekisteröidyltä saatuun suostumukseen. Ks. STM 1997:2, s. 3.

[1200] Ennen direktiivin voimaantuloa on säädetty mm. laki sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisista keskusrekistereistä, joka oikeuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisia keräämään ns. poistoilmoitustiedot kaikista hoidetuista potilaista taikka tiedot lääketieteellisten toimenpiteiden kohteina olleista henkilöistä (esim. abortti taikka sterilisointi) sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimus- ja kehittämiskeskuksen keskusrekistereihin.

[1201] Ks. Callens and Nys 1996, s. 28. Tietosuojadirektiiviä ja vastaavasti henkilötietolakia ei sovelleta sellaisiin rekistereihin, joissa henkilötiedot on tehty tunnistamattomaksi. Tunnistamattomuudella ei tarkoiteta tunnistetietojen täydellistä poistamista, vaan sitä, että henkilötietojen selvittäminen vaatisi suhteettomasti aikaa ja vaivaa. Näin esimerkiksi koodatut tietokannat, joista yksittäinen henkilö ei ole ilman merkittäviä ponnistuksia tunnistettavissa, ei ole sellainen henkilörekisteri, johon ao. säännöksiä tarvitsee soveltaa.

[1202] Kleemola 1998, s. 24–26.

tutkimuksen suorittaminen edellyttää tunnistetietojen käsittelyä, tulisi tietojen hankkimisen aina ensisijaisesti perustua rekisteröidyn suostumukseen[1203].

Henkilörekisterin pitäjälle on asetettu yleinen huolellisuusvelvoite HetiL:n 5 §:ssä. Tutkimusrekisterin pitäjänkin on noudatettava lain vaatimaa hyvää tiedonhallintatapaa, eli huolehdittava siitä, että arkaluonteisia tietoja sisältävän henkilörekisterin käyttöoikeudet on tarkkaan määrätty, rekisteriin vietävät tiedot ovat virheettömiä ja rekisterin teknisestä tietoturvasta on huolehdittu asianmukaisesti. Vaikka henkilötunnuksen käyttö rekistereissä on pääosin kiellettyä, saadaan sitä käyttää puhtaasti tieteellistä tutkimusta varten perustetuissa rekistereissä[1204].

HetiL:n 6 § edellyttää, että henkilötietojen käsittelyn tarkoitukset sekä se, mistä henkilötiedot säännönmukaisesti hankitaan ja mihin niitä luovutetaan, on määriteltävä ennen henkilötietojen keräämistä. Tutkimusrekisterin on perustuttava joko erilliseen tutkimussuunnitelmaan (*suunnitelmallisuusvaatimus*)[1205] taikka rekisterinpitäjän lakisääteiseen tehtävään. Koska terveydenhuolto ja yliopistokoulutus Suomessa ovat pääosin julkisoikeudellisten organisaatioiden käsissä, voidaan useimmat potilastietoja sisältävät rekisterit perustella rekisterinpitäjän ”lakisääteisillä tehtävillä”[1206]. Tutkimusrekisterien osalta käytännössä kansalaisen yksityisyyden suojaa turvaavatkin ainoastaan kielto luovuttaa tutkimusrekisterin tietoja muuta kuin tieteellistä tutkimusta varten[1207] ja velvollisuus hävittää rekisteri tutkimuksen valmistuttua. Kaikista tutkimusrekistereistäkin on laadittava rekisteriseloste, jonka on oltava rekisteröidyn saatavilla. Rekisteriseloste on toimitettava tietosuojavaltuutetun toimistoon viimeistään aloitettaessa arkaluonteisten tietojen tallennus[1208].

[1203] Henkilötietotoimikunnan mietinnöstä antamassaan lausunnossa tietosuojavaltuutettu kiinnitti huomiota nimenomaan siihen, että henkilöt eivät yleensä tiedä heitä koskevien tietojen käyttämisestä tutkimustarkoituksiin. Rekisteröidyn suostumus tulisi pyrkiä hankkimaan, ellei sitä voida pitää mahdottomana tai ellei suostumuksen hankkiminen vaarantaisi tutkimuksen tarkoitusta. Wallin M 1998, s. 42.

[1204] HetiL 13 §. Ks. myös http://www.tietosuoja.fi/1974.htm.

[1205] Ks. HetiL 6 §.

[1206] Ks. edellä TSV DNo 718/41/91 ja KHO 2.8.1996 T 2354.

[1207] HetiL:n käyttötarkoitusperiaate ja huolellisuusvelvoite edellyttävät, että rekisteröityjen tietojen on oltava tarpeellisia tutkimuksen suorittamiselle ja että tietoja luovutettaessa varmistaudutaan rekisteröidyn yksityisyyden suojan kunnioittamisesta.

[1208] http://www.tietosuoja.fi/uploads/oefei7v.htm: Ilmoitusvelvollisuus tulee kysymykseen silloin, jos tietoja kerätään pelkästään rekisteri- tai asiakirjapohjaisesti, ts. muualta kuin rekisteröidyltä itseltään. Jos tietojen keräämiseen on saatu asianomainen suostumus tai tietojen keräämisestä ja käsittelystä on nimenomaisesti muussa laissa säädetty, ilmoitusta ei tarvitse tehdä. Jotta tietojen keräämisen voidaan katsoa tapahtuneen asianomaisen rekisteröidyn suostumuksella, suostumuksen hankkimisen ja esimerkiksi haastattelukyselyn yhteydessä on tullut saada nimenomainen suostumus myös tietojen hankkimiseen muista tutkimuksessa käytetyistä lähteistä, jos sellaisia on tarkoitus käyttää.

Henkilörekisterin käyttötarkoitussidonnaisuus (HetiL 7 §) edellyttää, että rekisterin tietoja saa käyttää vain tavalla, joka on yhteensopiva rekisterin alkuperäisen (rekisteriselosteessa kuvatun) käyttösuunnitelman kanssa. Tieteellistä tutkimusta varten kootun tutkimusrekisterin tietoja saa pääsääntöisesti käyttää vain uutta tieteellistä tutkimusta varten, muttei esim. kaupalliseen tai hallinnolliseen tarkoitukseen.

Henkilörekisteriin vietyjen tietojen on aina oltava tarpeellisia henkilötietojen käsittelyn kannalta (HetiL 9 §). Tieteellisessä tutkimuksessa on usein tapana koota ”varmuuden vuoksi” enemmän tietoja, kuin tutkimuksen varsinainen kysymyksenasettelu edellyttää. Tällainen käytäntö loukkaa kuitenkin henkilön yksityisyyttä varsinkin, jos koottavat tiedot ovat luonteeltaan arkaluonteisia, kuten terveydentilatietojen kyseessä ollen aina on laita. Tutkimusta varten kootun henkilörekisterin yksittäiset tiedot tulee myös muistaa tuhota, jos ne eivät enää ole tutkimuksen kannalta tarpeellisia (esim. tutkimuksen valmistuttua).

Henkilöä, jota koskevia tietoja on otettu henkilörekisteriin, tulee pääsääntöisesti informoida häntä koskevien tietojen rekisteröinnistä (henkilötietolaki 24 §)[1209]. Näin myös silloin, kun tietoja kerätään muualta kuin rekisteröidyltä itseltään (esim. suoraan sairaalan potilasasiakirjoista). Ainoastaan silloin, jos tietojen antaminen rekisteröidylle on mahdotonta (esim. rekisteröity on kuollut), tiedon antaminen aiheuttaa kohtuutonta vaivaa, aiheuttaa rekisteröidylle vahinkoa taikka vaarantaa tietojenkäsittelyn tarkoituksen, voidaan rekisteröidyn informoinnista luopua.

Henkilötietolain säännökset eivät velvoita informoimaan rekisteröityä erikseen lakisääteisistä rekistereistä, vaikka Euroopan Neuvoston tietosuojasopimus ja sen perusteella annetut suositukset edellyttäisivät rekisteröidyn informointia myös julkisen vallan lainsäännöksen nojalla kokoamista tutkimusrekistereistä. On huomattava, että sekä laki potilaan asemasta ja oikeuksista että laki lääketieteellisestä tutkimuksesta korostavat hoitohenkilökunnan velvollisuutta yhteistoimintaan potilaan kanssa ja potilaan itsemääräämisoikeutta. Näin ollen potilaan informoinnista siitä, että häntä koskevia tietoja käytetään tai saatetaan käyttää tieteelliseen tutkimukseen, on pidettävä pääsääntönä. Viranomaisen antama lupa käyttää potilasasiakirjoja tutkimustarkoitukseen ei vapauta rekisterinpitäjää tästä informointivelvollisuudesta. Potilaalla ei kuitenkaan Suomessa ole kansalliseen lainsäädäntöön perustuvaa tarkastusoikeutta tieteellistä tutkimusta varten perustettuun rekisteriin (HetiL 27 §) eikä myöskään Euroopan Neuvoston ministerikomitean suositusten mukaista oikeutta vaatia tutkimusrekisterin pitäjää poista-

[1209] Ks. myös STM 1997:2, s. 33, jossa nimenomaisesti todetaan Euroopan Unionin tietosuojadirektiivin edellyttävän tältä osin muutosta suomalaisissa tutkimuskäytännöissä.

maan rekisteristä itseään koskevia tietoja[1210]. Rekisteröity voi kuitenkin aina tarvittaessa ottaa yhteyttä tietosuojavaltuutettuun, joka valvoo sitä, ettei rekisterin pito loukkaa rekisteröidyn yksityisyyttä. Lisäksi eettisten toimikuntien on kunkin tutkimushankkeen osalta arvioitava henkilötietolain määräysten noudattaminen tutkimushankkeessa (tutkimuslain 16 §).

Tutkimusrekisterien muodostamisen edellytyksiin tulee kansallisella tasolla vaikuttamaan myös laki ihmisen elimien ja kudoksien lääketieteellisestä käytöstä[1211]. Kyseinen laki on osaltaan saattamassa Suomessa voimaan Euroopan Neuvoston bioetiikkasopimuksen vaatimuksia[1212]. Lain 19 §:n mukaan hoidon tai taudinmäärityksen vuoksi otettuja kudosnäytteitä saa luovuttaa ja käyttää lääketieteelliseen tutkimukseen vain potilaan suostumuksella[1213]. Tutkimusta varten otettuja kudosnäytteitä saa luovuttaa ja käyttää muuhun kuin suostumuksessa tarkoitettuun lääketieteelliseen tutkimukseen vain tutkittavan uudella suostumuksella. Jos tutkittava on kuollut, terveydenhuollon oikeusturvakeskus voi kuitenkin perustellusta syystä antaa luvan tällaiseen tutkimukseen[1214].

[1210] Rekisteröidyn onkin tältä osin vedottava suoraan Euroopan Unionin lainsäädäntöön ja direktiiviin perustuvien oikeuksilta edellytettyihin oikeusturvakeinoihin. Ks. Ojanen 1993, s. 116–124.

Tutkittavan oikeus olla osallistumatta tutkimukseen taikka luopua siihen osallistumisesta on eräs keskeisiä tutkimuseettisiä periaatteita. Tämän periaatteen pysyvyyttä testataan lähitulevaisuudessa Euroopan Ihmisoikeustuomioistuimessa islantilaisilta kerättyjen sairaustietokantojen ja geneettistä variaatiota koskevien DNA-pankkien käyttöä ja yhdistämistä koskevan tapauksen yhteydessä. Näiden tiedostojen käyttö perustuu islantilaisen lain mukaan tutkittavan oletettuun suostumukseen. Ks. Annas 2000, s. 1830–1833.

[1211] L 101/2001, joka astuu voimaan 1.9.2001.

[1212] ETS no. 164, 4.4.1997, 22 artikla: ”When in the course of an intervention any part of a human body is removed, it may be stored and used for a purpose other than that for which it was removed, only if this is done in conformity with appropriate information and consent procedures”.

[1213] ibid: Jos henkilö on alaikäinen tai vajaakykyinen, suostumus tulee saada hänen lailliselta edustajaltaan. Lisäksi terveydenhuollon oikeusturvakeskus voi antaa luvan hoidon, taudinmäärityksen tai kuolemansyyn selvittämisen vuoksi otettujen kudosnäytteiden luovuttamiseen tai käyttämiseen tilanteissa, joissa henkilön suostumusta ei näytteiden suuren määrän, näytteiden iän tai muun sellaisen syyn tai henkilön kuoleman vuoksi ole mahdollista hankkia.

[1214] Hoidon, taudinmäärityksen tai kuolemansyyn selvittämisen vuoksi otettuja kudosnäytteitä voidaan kuitenkin luovuttaa ja käyttää lääketieteelliseen tutkimukseen ja opetukseen sen terveydenhuollon toimintayksikön tai muun yksikön luvalla, jonka toimintaa varten näyte on otettu, jos näytteitä luovutettaessa tai käytettäessä ei käsitellä henkilötietoja. Ks. HE 93/2000 vp. (yksityiskohtaiset perustelut 19 §).

14. Sanktiot potilaan yksityisyyden suojan loukkaamisesta

14.1. POTILAAN OIKEUKSIEN LOUKKAAMINEN

Perustuslain takaaman yksityiselämän suojan on katsottu edellyttävän paitsi luottamuksellisen tiedonvaihdon turvaamista ja arkaluonteisen tietojen käsittelykieltoa, myös sitä, että yksityiselämän loukkaukset ovat tehokkaan kriminalisoinnin ja vahingonkorvausvastuun piirissä[1215].

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista ei sisällä erityisiä rangaistussäännöksiä. Potilaslain 14 §:ssä viitataan salassapitomääräysten rikkomisen osalta suoraan rikoslain salassapitorikosten rangaistussäännöksiin (L 653/2000). Rikosoikeudellinen legaliteettiperiaate edellyttää, että vain sellainen teko, josta on nimenomaisesti säädetty rangaistus, voi tulla rangaistavaksi. Niinpä esimerkiksi potilaan itsemääräämisoikeuden loukkaaminen ei sinänsä ole rangaistavaa, ellei teko täytä rikoslaissa tarkoitetun pakottamisen taikka pahoinpitelyn tunnusmerkkejä[1216]. Potilaan asemaa ja oikeuksia koskevien säännösten taikka niihin vaikuttavien viranomaisohjeiden noudattamatta jättäminen voi toki tulla julkisen terveydenhuollon palveluksessa olevalle rangaistavaksi myös virkavelvollisuuksien laiminlyömisenä[1217]. Useimmiten hoitotoimenpiteen yhteydessä sattuneesta laiminlyönnistä kuitenkin vaaditaan rangaistusta vamman tuottamisen taikka joskus kuoleman-tuottamuksenkin takia. Tällöin sanktioinnin perustana on potilaalle huolimattomuudella aiheutettu seuraus ja hyvän hoitokäytännön vastainen menettely.

Potilaan oikeuksien huomioon ottamista valvovat paitsi terveydenhuollon toimintayksiköt, myös lääninhallitukset, terveydenhuollon oikeusturvakeskus ja ylimmät lainvalvojat (erityisesti eduskunnan oikeusasiamies). Useimmiten potilaan puutteellinen informointi taikka itsemääräämisoikeuden huomioon ottamatta jättäminen tulevatkin arvioitavaksi terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen suorittaessa terveydenhuollon ammattihenkilöiden valvontaa[1218]. Potilaan oikeuksia koskevien säännösten noudattamatta jättäminen voi ammattihenkilölain 26 §:n perusteella johtaa tällöin joko huomautukseen taikka ammatinharjoittamisoikeuksien rajoittamiseen[1219].

[1215] KM 1992:3, s. 299.
[1216] Matikkala 2000, s. 116–122.
[1217] Ks. Viljanen P 1984, s. 79–84.
[1218] Marttila 2000e, s. 366.
[1219] Hupli 1995, s. 58–97. Ks. myös Nuori Lääkäri 2000, s. 63–66 ja siinä esitetty TEO:n ratkaisu. Ks. myös TEO DNo 336/34/200/99: Jälkikäteen on usein ongelmallista selvittää, mitä tietoa annettiin ja miten. Terveydenhuollossa ei ole velvoittavaa määräystä siitä, miten ja missä laajuudes-

14.2. LUVATON TUTKIMUSTOIMINTA

Akateeminen vapaus kuuluu yliopistoelämän merkittäviin etuihin. Mahdollisuus itse valita tutkimusaiheensa ja -menetelmänsä kannustaa eittämättä luovuuteen. Yliopistollinen itsehallinto on taas vanhastaan merkinnyt sitä, että tutkija pääsääntöisesti vastaa tutkimustoimintansa tuloksellisuudesta vain tutkijayhteisölle, joka arvioi tutkimustyön laadun ja tulosten akateemisen merkittävyyden. Yliopistojen erivapauksiin kuului aikanaan jopa se, että yliopiston opiskelijoiden ja henkilökunnan rikollinenkin toiminta käsiteltiin ensisijaisesti yliopiston sisäisessä menettelyssä. Akateemisen tutkimuksen riippumattomuus on kuitenkin vuosikymmenten saatossa merkittävässä määrin vähentynyt. Tähän ovat vaikuttaneet sekä koulutustason yleinen ja merkittävä nousu, joka on mahdollistanut tutkimuksen tason arvioinnin laajalti myös yliopistojen ulkopuolella, että yliopistojen lisääntynyt riippuvuus tulosvastuullisesta rahoituksesta. Samanaikaisesti kun yhteiskunnan kiinnostus tutkimuksen tuloksellisuudesta on kasvanut, on lainsäädännöllisesti pyritty varmistamaan se, että tutkimuksen tekijät noudattavat muun yhteiskunnan hyväksymiä pelisääntöjä. Lainsäätäjän kiinnostus on kohdistunut esim. toisen ihmisen integriteettiin puuttuvaan tutkimustoimintaan, bioteknisen tutkimuksen oikeudelliseen sääntelyyn, tutkimusvilpin ehkäisyyn ja tutkimusrekisterien tietosuojaan. Vaikka tiedeyhteisö pystyykin omilla sanktioja palkkiojärjestelmillään vaikuttamaan merkittävästi siihen, että yhteiskunnan hyväksymiä pelisääntöjä noudatetaan, ovat yksittäiset tutkijat kuitenkin saman rikosoikeudellisen järjestelmän alaisia kuin muutkin kansalaiset.

Niillä tutkimustoiminnan alueilla, jotka koetaan poliittisesti tulenaroiksi tai joihin liittyy koko yhteiskuntaa koskevia merkittäviä riskitekijöitä, edellytetään monesti tutkimuksen ennakkokontrollia viranomaisten (so. erinimisten arviointitoimikuntien) toimesta. Luvaton tutkiminen on tällöin pääsääntöisesti rangaistavaa toimintaa. Ihmisen kudosten käyttö tutkimustoimintaan on niin ikään pääsääntöisesti luvanvaraista. Esimerkiksi lakia ihmisen elimien ja kudosten irrottamisesta lääketieteelliseen käyttöön on hiljattain uusittu vastaamaan Euroopan Neuvoston bioetiikkasopimuksen vaatimuksia ja kuolleen ihmisen kudosten käyttö lääketieteelliseen tutkimustoimintaan edellyttää lain 22 §:n mukaan terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen lupaa[1220]. Säännösten rikkomisesta voidaan lain 13 §:n nojalla tuomita sakkoon.

Ihmiseen kohdistuvasta lääketieteellisestä tutkimuksesta annetun lain (L 488/1999) perusteella kaikki ihmisen koskemattomuuteen puuttuva lääketieteellinen

---

sa annettua potilasinformaatiota tulee kuvata potilasasiakirjamerkinnöissä. Ristiriitatielanteiden varalta ja kun annetulla potilasinformaatiolla nykyisin on merkitystä myös potilasvahinkoasioiden arvioinnissa, tulisi hoidossa TEO:n käsityksen mukaan kiinnittää huomiota paitsi potilasinformaation asianmukaiseen antamiseen, myös sitä koskevien potilasasiakirjamerkintöjen tekemiseen.

[1220] HE 93/2000 vp. (luku 3.).

tutkimus on kiellettyä, jollei sille on ennen tutkimuksen aloittamista hankittu erityisen eettisen toimikunnan myönteistä lausuntoa. Arviota tehdessään eettisen toimikunnan tulee ottaa huomioon myös tietosuojasäännökset[1221]. Tutkimuslaki rajoittaa myös ihmisen alkioon ja sikiöön kohdistuvaa tutkimusta. Lisäksi tutkimukseen mukaan otattavan henkilön edellytetään antavan erillisen kirjallisen suostumuksen tutkimukseen osallistumiseen[1222]:

Alkioon kohdistuvaa tutkimusta voidaan lain tutkimuslain 11 §:n mukaan tehdä vain laitoksissa, jotka ovat saaneet siihen terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen luvan. Lain 15 §:n mukaan alkiotutkimus ja sukusolujen tutkimus, joiden tarkoituksena on kehittää menetelmiä periytyvien ominaisuuksien muuttamiseksi, on kielletty, jollei kysymyksessä ole tutkimus periytyvän vaikean sairauden parantamiseksi tai ehkäisemiseksi. Alkioiden tuottaminen yksinomaan tutkimustarkoituksiin taikka niiden siirtäminen ihmisen elimistöön on niin ikään kiellettyä.

Tutkimuslain 25 § määrää rangaistuksen laittomasta alkioiden tai sukusolujen tutkimuksesta. Maksimirangaistus tästä teosta on 1 vuosi vankeutta. Tutkimuslain 26 § kieltää nimenomaisesti ihmisen toisintamisen (kloonaamisen) ja muun laittoman ihmisen perimään puuttumisen. Tämän teon maksimirangaistuksena on 2 vuotta vankeutta. Myös muu ihmisen koskemattomuuteen puuttuva tutkimustoiminta, jolle ei ole hankittu asianmukaista eettisen toimikunnan lausuntoa tai joka rikkoo tutkimuslain koehenkilön suojaksi säädettyjä määräyksiä on tutkimuslain nojalla sakolla rangaistavaa.

On huomattava, että tutkimuslain henkilöllinen soveltamisala on jossain määrin epäselvä. Laki sanamuotonsa mukaan koskee kaikkea lääketieteellistä tutkimusta, jossa puututaan ihmisen koskemattomuuteen. Käytännössä muun terveydenhuoltohenkilökunnan kuin lääkärien ja hammaslääkärien tekemä tutkimus on pääsääntöisesti sellaista ihmiseen kohdistuvaa tutkimustoimintaa, jota sairaanhoitopiirien eettiset toimikunnat eivät ota arvioitavakseen. Näin ollen tällaisesta luvattomasta tutkimustoiminnasta rankaiseminen voisi olla mahdollista ainoastaan, jos tutkimuksella hyvin selkeästi puututtaisiin henkilön koskemattomuuteen.

Tutkimuslaki edellyttää siis eettisen toimikunnan myönteistä lausuntoa ennen ihmisen koskemattomuuteen puuttuvan lääketieteellisen tutkimuksen aloittamista. Sellaisesta tutkimuksesta, jossa selvitetään lääkkeiden vaikutuksia ihmisessä sekä lääkkeiden imeytymistä, jakaantumista, aineenvaihduntaa tai erittymistä ihmiselimistössä (kliininen lääketutkimus), on lisäksi tehtävä ennakkoilmoitus

---

[1221] Tutkimuslaki 17 §.

[1222] Tutkimuslaki 6 §: Ihmiseen kohdistuvaa lääketieteellistä tutkimusta ei saa suorittaa ilman tutkittavan kirjallista, tietoon perustuvaa suostumusta. Tästä voidaan poiketa, jos suostumusta ei asian kiireellisyyden ja potilaan terveydentilan vuoksi voida saada ja toimenpiteestä on odotettavissa välitöntä hyötyä potilaan terveydelle.

lääkelaitokselle (lääkelaki 395/1987, 87 §). Lääkelaitos voi tarkastaa tutkimuspaikan ja tarvittaessa määrätä tutkimuksen keskeytettäväksi. Ilmoitusvelvollisuuden rikkomisesta tai lääkelaitoksen tutkimusta koskevien määräysten rikkomisesta voidaan rangaista sakoilla (lääkelain 98 §:n mukainen lääkerikkomus). Laissa terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista (L 1505/1994) on määrätty vastaavanlainen ilmoitusvelvollisuus lääkelaitokselle myös ko. lain 3 §:n mukaisilla laitteilla ja tarvikkeilla tehtävästä tutkimuksesta. Ilmoitusvelvollisuuden laiminlyöminen tai lääkelaitoksen tutkimusta koskevien määräysten noudattamatta jättäminen on sakolla rangaistavaa terveydenhuollon tuoteturvallisuuden rikkomista.

Myös sellainen lääketieteellinen tutkimustoiminta, jossa ei lainkaan puututa henkilön koskemattomuuteen voi olla rangaistavaa. Henkilön terveydentilaa koskevat tiedot ovat pääsääntöisesti sellaisia arkaluonteisia tietoja, joiden vieminen henkilörekisteriin on kielletty HetiL:n 11 §:ssä. Vaikka lain 12 § antaisikin mahdollisuuden henkilörekisterin perustamiseen tieteellistä tutkimusta varten, on rekisteröityä informoitava häntä koskevien tietojen viemisestä rekisteriin.

Luvattoman tutkimustoiminnan rangaistussäännökset on ripoteltu erillislakeihin lukuun ottamatta rikoslain 38. luvun henkilörekisteririkoksia. Käytännön tutkimustyötä tekevien tutkijoiden tietoisuus luvattoman tutkimustoiminnan mahdollisesta rangaistavuudesta onkin siksi heikkoa. Tuomioistuinkäytännössä ei myöskään ole oikeustapauksia, joissa tutkijaa olisi rangaistu luvattomasta tutkimuksen tekemisestä, joskin on todettava että em. lainsäädäntö on vielä varsin uutta[1223].

14.3. ARKALUONTEISTEN TIETOJEN LUVATON REKISTERÖINTI

Oikeus arkaluonteisten tietojen käsittelyyn on henkilötietolaissa rajattu tilanteisiin, jotka lainsäätäjä on katsonut käsittelyn toiminnan tai rekisterinpitäjän tehtävän kannalta välttämättömäksi. Lain lähtökohtana on, että arkaluonteisten henkilötietoja käsittely on pääsääntöisesti kielletty. Tietoja voidaan käsitellä kuitenkin lain 12 §:n mukaisesti mm. asianomaisen henkilön nimenomaisella suostumuksella taikka jos tietojen käsittely johtuu *välittömästi* rekisterinpitäjälle laissa säädetystä tehtävästä. Jotta arkaluonteisia terveydentilatietoja voitaisiin lakisääteistä tehtävää varten kerätä ja tallettaa, tulee käsittelyä koskevassa lainsäädännössä nimenomaisesti säätää oikeudesta tallettaa tiettyä tehtävää varten terveydentila-

[1223] Tässä yhteydessä luvattomalla tutkimustoiminnalla ei tarkoiteta sellaista tutkimusta, jonka rahoitusjärjestelyjä ei ole hoidettu asianmukaisesti. Ks. esim. KKO 1999:46, 31.3.1999 T 928.

tietoja[1224]. Oikeuden tallettaa arkaluonteisia tietoja tulee olla sääntelyn perusteella yksiselitteistä ja selvää. Oikeuden tulee ilmetä joko välittömästi viranomaiselle lailla säädetyn tehtävän luonteesta tai sisällöstä tai ko. tehtävää koskevasta sääntelystä. Arkaluonteisia tietoja sisältävästä henkilörekisteristä on tietosuojavaltuutetun ohjeiden mukaan ilmoitettava tietosuojavaltuutetulle[1225].

Arkaluonteisten tietojen rekisteröintikiellon rikkominen taikka muut rikkeet tutkimusrekisterin ylläpidossa saattavat tulla rangaistaviksi rikoslain 38 luvun 9 §:n mukaisina henkilörekisteririkoksina[1226], joista säädetty maksimirangaistus on 1 vuosi vankeutta[1227]. Henkilörekisteririkos on virallisen syytteen alainen rikos, joskin virallisen syyttäjän on ennen syytteen nostamista kuultava tietosuojavaltuutettua. Samoin tuomioistuinkäsittelyssä on tietosuojavaltuutetulle varattava tilaisuus tulla kuulluksi (HetiL 41 §, RL 38:10, L 578/1995).

[1224] http://www.tietosuoja.fi/3144.htm.

[1225] http://www.tietosuoja.fi/3147.htm.

[1226] Rikoslain 38. luvun uudistamista koskeneessa hallituksen esityksessä (HE 94/1993 vp.) kuvataan henkilörekisteririkokselle kuusi eri tekotapaa:

- tietojen tallettaminen henkilörekisteriin niin sanotun yhteysvaatimuksen vastaisesti,
- arkaluonteisten tietojen oikeudeton tallettaminen henkilörekisteriin,
- henkilörekisterin tarkastusoikeuden käytön estäminen tai sen yrittäminen antamalla rekisteröidylle väärä tai harhaanjohtava tieto,
- henkilörekisterin tai sen tietojen käyttäminen muuhun kuin lainmukaisesti määriteltyihin käyttötarkoituksiin
- henkilötietojen luvaton luovuttaminen henkilörekisteristä
- henkilörekistereiden luvaton yhdistäminen.

Yllä kuvatut teot ovat rangaistavia, jos ne ovat henkilörekisterilain tai sen nojalla annettujen säännösten tai määräysten vastaisia ja jos niillä loukataan rekisteröidyn yksityisyyden suojaa tai aiheutetaan hänelle muuta vahinkoa tai olennaista haittaa. Tarkoituksena ei ole ollut säätää rangaistavaksi rikossäännöksessä mainittujen henkilörekisterilain säännösten rikkomista sinänsä, vaan ainoastaan sellainen rikkominen, josta aiheutuu rekisteröidylle myös vahinkoa tai olennaista haittaa.

[1227] Ks. KKO 1998:85, 3.7.1998 T 2261: [Henkilörekisterilain 43 §:n (471/1987)] sanamuoto osoittaa, että *rekisteröidyn yksityisyyden suojan loukkaaminen merkitsee jo laissa edellytetyn vahingon tai haitan aiheuttamista. Henkilörekisterissä olevien henkilötietojen luovuttaminen vastoin rekisteröidyn suostumusta muuhun käyttötarkoitukseen kuin siihen, mihin tiedot oli rekisteröity, on tyypillisesti yksityisyyden suojan perustavoitteiden vastaista. Tällöin loukataan rekisteröidyn henkilön oikeutta tietää ja päättää itseään koskevien tietojen käytöstä.* Tällainen tietojen luovuttaminen toteuttaa siten [henkilörekisterilain 43 §:ssä] tarkoitetun yksityisyyden suojan loukkaamisen tunnusmerkistön. Tietojen luovuttamisen rangaistavuutta ei poista se, että luovuttaminen tapahtuu henkilörekisterilain mukaan sinänsä sallittuun tarkoitukseen, kuten suoramarkkinointia varten. Tässä tapauksessahan ei ole edes ilmeistä, että rekisteröidyt ovat tienneet henkilötietojensa luovuttamisesta suoramarkkinointia varten. Yksityisyyden suojan loukkaaminen korostuu silloin, kun rekisteröity henkilö on kieltänyt henkilötietojensa luovuttamisen.

Tapauksen osalta ks. myös Sorvari 1998, s. 36–40.

14.4. RIKOSLAIN SALASSAPITORIKOKSET

Tietoliikenteeseen liittyvää rikollisuutta koskevassa keskustelussa käytetään toisinaan käsitettä tietorikokset. Tietorikoksen käsite sellaisenaan on kuitenkin laaja. Lähes kaikessa inhimillisessä toiminnassa käytetään tietoa jossakin muodossa. Tietorikoksiakin on sekä yleisiä että erityisiä. Erityisiin tietorikoksiin kuuluu esimerkiksi yritysvakoilu[1228]. Siinä on kysymys yksilöidyn, sisällöltään arvokkaan tiedon oikeudettomasta hankkimisesta[1229]. Yleisistä tietorikoksista voidaan puhua, kun rikosoikeudellisen suojelun kohteena on mikä tahansa tieto tai tietojärjestelmien luotettavuus yleensä. Oleellista ei tällöin ole itse tiedon sisältö ja luonne vaan tiedon käyttäjien ja muiden osapuolten luottamus siihen, että suojelun kohteena oleva tietojärjestelmä toimii tarkoitetulla tavalla[1230]. Kysymykseen tulee tällöin sekä kansalaisten yksityisyyden että tiedon tallennuksen, käsittelyn ja siirron luotettavuuden suoja. Myös salassapitosäännösten loukkaukset kuuluvat yleisten tietorikosten ryhmään.

Rikoslain nyttemmin kumotussa 38. luvun 3 §:n 1 momentissa säädettiin asianajajan ja muun asiamiehen sekä lääkärin, haavurin, kätilön ja apteekkarin samoin kuin tällaisen henkilön ammattiapulaisen salassapitovelvollisuuden rikkomisesta. Säädös oli niin sanottu täydellinen rikossäännös eli se sisälsi rangaistussäännöksen lisäksi myös salassapitovelvollisuuden osoittavan normin[1231]. Nyttemmin henkilön salassapitovelvollisuutta koskevat säännökset on sijoitettu kunkin alan erityislakeihin taikka julkisuuslakiin, kun taas rangaistussäännökset on keskitetty viittaamalla ao. säännöksissä rikoslakiin. Salassapitovelvollisuutta on uusitussa rikoslain 38. luvussa käytetty yläkäsitteenä, johon kuuluu sekä asiakirjasalaisuuden säilyttämisvelvollisuus että muuta salaisuutta koskeva vaitiolovelvollisuus. Salassapitovelvollisuuden käsitettä on käytetty vastaavalla tavalla virkarikoslainsäädännön uudistamisen yhteydessä. Jotta salassapitovelvollisuuden rikkominen olisi salassapitorikoksena rangaistavaa, edellytetään tekijältä subjektiivisessa suhteessa *tahallisuutta*. Rangaistavuuden tahallisuusvaatimuksen perusteena on, että osa salassapitovelvollisuuden asettavista säännöksistä on sisällöltään hyvin epämääräisiä. Salassapitovelvollisuus on esimerkiksi voitu ulottaa seikkoihin, jotka ”*asian laadun vuoksi*” on pidettävä salassa. Rangaistussäännöksen soveltaminen edellyttää tällöin, että tekijä on voinut mieltää menettelevänsä häntä sitovan velvollisuuden vastaisesti[1232]. On huomattava

---

[1228] HE 94/1993 vp.(luku 1.12.1.3).
[1229] Ks. myös Saarenpää et al. 1997, s. 17–21.
[1230] ibid.
[1231] Ks. Honkasalo 1965, s. 99–102.
[1232] Eri asemassa olevat henkilöt voivat säädännäisen oikeuden nojalla olla salassapitovelvollisia tai tulla salassapitovelvollisiksi monilla erilaisilla perusteilla. RL 38:1:ssä ei enää esitetä tekijäpiiriä koskevaa esimerkkiluetteloa, vaan salassapitovelvollisten henkilöiden määrittely on jätetty erityislainsäädännön varaan. Salassapitorikoksen tekijäpiiri käsittääkin paitsi asianajajat, lääkärit ja

myös, että rangaistava salassapitovelvollisuuden rikkominen voi kohdistua vain sellaisiin seikkoihin, joiden salassapitovelvollisuus perustuu siihen, että tieto niistä on RL 38:1:n edellyttämällä tavalla saatu tietyssä asemassa, toimessa tai tehtävässä.

Virkamiehiä koskeva yleinen rangaistussäännös salassapitovelvollisuuden rikkomisesta sisältyy rikoslain 40. luvun 5 §:ään. Säädös koskee paitsi valtion virkamiehiä myös julkisyhteisöjen palveluksessa olevia työsopimussuhteisia henkilöitä. Pykälä syrjäyttää muualla säädetyt salassapitovelvollisuuden rikkomista koskevat rangaistussäännökset ja tätä säädöstä sovelletaan aina vaadittaessa rangaistusta virkamiehen ja julkisyhteisön työntekijän salassapitovelvollisuuden rikkomisesta. Virkamiehelle ja julkisyhteisön työntekijälle rangaistavaa on paitsi tahallinen salassapitovelvollisuuden rikkominen, myös huolimattomuudesta tai varomattomuudesta tapahtunut teko. Rikoksen tekotapoina ovat salassapidettävän tiedon oikeudeton paljastaminen ja sellaisen tiedon oikeudeton käyttäminen omaksi tai toisen hyödyksi.

Salassapitorikoksista asianomistajarikoksia ovat ne teot, joissa on kysymys yksityisen henkilökohtaisia tai taloudellisia oloja taikka elinkeinoa koskevien salassapitovelvollisuuksien rikkomisesta. Sen sijaan viranomaisten toimintaan liittyvät salassapitorikokset ovat virallisen syytteen alaisia. Samoin virkamiesten ja julkisyhteisön työntekijäin salassapitorikokset ovat virallisen syytteen alaisia[1233].

---

monet muut ammatinharjoittajat sekä heidän ammattiapulaisensa, myös erilaisten lakisääteisten tehtävien suorittajia, asiamiehiä, asiantuntijoita, toimitustodistajia ja eräitä luottamushenkilöitä. HE 94/1993 vp. (luku 1.12.1.4.).

[1233] ibid.

15. Potilaan yksityisyys eräiden muiden maiden oikeusjärjestyksissä

15.1. KANSAINVÄLINEN TIEDONVAIHTO JA YKSITYISYYDEN SUOJA

Euroopan Unioni ja sen oikeusjärjestys perustuu tavaroiden, palvelujen, työvoiman ja pääomien vapaalle liikkuvuudelle. Terveydenhoito ja terveydenhoidon tuotteet kuuluvat näihin palveluihin ja tavaroihin. Terveydenhoitopalvelujen mukana myös terveydenhuollon asiakkaita (potilaita) koskevat tiedot liikkuvat maasta toiseen samoin kuin terveydenhoidon tuotteisiin liittyvät asiakastiedot. Yksittäinen jäsenmaa ei pystykään enää tehokkaasti Unionin toimielimiin nähden kansallisella lainsäädännöllään rajoittamaan terveydenhuoltoyritysten mahdollisuutta hajauttaa toimintojaan Unionin alueella ja esim. edellyttää kansallisten viranomaisten lupaa terveydentilatietojen siirroille silloin, kun tiedonkeruu muutoin on Unionin lainsäädännön mukaista[1234]. Tällaista kontrollointia pidetään pääsääntöisesti sellaisena kiellettynä kansallisen elinkeinotoiminnan protektionistisena suojeluna, joka rajoittaa yhteismarkkinoiden toimintaa. Yksityisyyden suojan minimitason ja tietojen siirron rajoittamisedellytykset onkin määritetty Unionin lainsäädännöllä eli edellä tarkastellussa tietosuojadirektiivissä. Direktiivi määrittääkin sen yksityisyyden suojan perustason, jota toisen jäsenmaan kansalainen voi olettaa nauttivansa käyttäessään esim. toisen jäsenmaan terveydenhuoltopalveluja. Vapaakaupan toimintaedellytysten turvaamiseksi informaatioyhteiskunnassa, myös EU ja Yhdysvallat ovat tehneet ns. ”*safe harbour*” järjestelyjä henkilörekistereiden tietosuojan minimitason varmistamiseksi[1235].

Kun yksityisyyden suojan minimitaso siis määräytyy paitsi kansallisten säännösten, myös kansainvälisten velvoitteiden pohjalta, on tärkeää analysoida muiden Euroopan Unionin jäsenmaiden terveydenhuollon tietoja koskevaa lainsäädäntöä ja lakien soveltamiskäytäntöä, koska Suomenkin kansallisen lainsäädännön puutteet paljastuvat viimeistään arvioitaessa tätä lainsäädäntöä Unionin lainsäädäntöä ja muita kansainvälisiä velvoitteita vastaan[1236]. Jäljempänä käydäänkin lyhyesti läpi paitsi eräiden tietosuojadirektiivin implementoineiden jäsenmaiden, myös Yhdysvaltain asiaa koskevaa lainsäädäntöä nimenomaan terveydenti-

---

[1234] Ylipartanen 2001, s. 104–108.
[1235] ibid, s. 106.
[1236] Ks. tältä osin myös luku 16.4.

latietojen osalta[1237]. EU:n jäsenmaista tarkasteltavaksi on valittu *Ruotsi*, jonka terveydenhuoltojärjestelmä muistuttaa omaamme, *Saksa*, jossa terveydenhuollon rahoitus perustuu sairausvakuutusjärjestelmään, sekä *Iso-Britannia*, jossa terveydenhuolto on pitkälti julkista, mutta jossa terveydenhuoltohenkilöstön ja potilaan välinen oikeussuhde on traditionaalisesti nähty sopimussuhteena[1238].

15.2. RUOTSI

Vaikka Ruotsissa ei ole erillistä potilaan oikeuksia koskevaa lakia, rakentuu ruotsalainen lainsäädäntö potilaan itsemääräämisoikeuden ja yksityisyyden suojan periaatteiden varaan[1239]. Ruotsin hallitusmuodossa on myös erityinen säännös, joka rajoittaa henkilötietojen rekisteröintiä[1240].

Henkilön yksityisiä olosuhteita, mukaan lukien terveydentila, koskevien tietojen salassapidosta on määrätty ”Sekretesslag”:in (SekrL, SFS 1980:100, omtryckt 1992:1474) 7. luvussa[1241]. Salassapitovelvollisuus on voimassa myös eri viranomaisten välillä ja viranomaisten omassa keskuudessa[1242]: Sairaanhoidon tietosuoja edellyttää, ettei henkilön terveydentilaa koskevia tietoja siirretä viranomaiselta toiselle tai saman viranomaisen eri toimintayksiköiden välillä, jollei

---

[1237] EU:n jäsenmaista Belgia, Italia, Kreikka, Portugali, Ruotsi ja Suomi saattoivat tietosuojadirektiivin kansallisesti voimaan edellytetyssä määräajassa ja Espanja, Iso-Britannia, Itävalta ja Tanska määräajan jälkeen. Jäsenmaista Hollanti, Irlanti, Luxemburg, Ranska ja Saksa eivät vielä vuonna 2000 olleet saattaneet direktiiviä voimaan, joskin Hollannissa kansallisen lainsäädännön valmistelu on edennyt pitkälle.

[1238] Ks. edellä luku 2.2.

[1239] Westerhäll 1994, s. 56–70: Ruotsin hallitusmuodon (”Regeringsformen” eli RF, SFS 1994:1483) 2. luvun 6 §:ssä on säädetty henkilökohtaisen vapauden, ruumiillisen koskemattomuuden ja luottamuksellisen tiedonannon suojasta.

[1240] RF 2 luku, 7 § 2 mom: ”Varje medborgare skall i den utsträckning som närmade angives i lag skyddas mot att hans personliga integritet kränkes genom att uppgifter om honom registreras med hjälp av automatisk databehandling.”

[1241] Sekretesslag 7. luku 1 §: ”Sekretess gäller, om inte annat följer av 2 §, inom hälso- och sjukvården för uppgift om enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon honom närstående lider men. Detsamma gäller i annan medicinsk verksamhet, såsom rättsmedicinsk och rättspsykiatrisk undersökning, insemination, fastställande av könstillhörighet, abort, sterilisering, kastrering och åtgärder mot smittsamma sjukdomar.

Sekretess enlig första stycket gäller också i sådan verksamhet hos myndighet som innefattar omprövning av beslut i eller särskild tillsyn över allmän eller enskild hälso- och sjukvård.
Sekretess gäller i verksamhet som avser omhändertagande av patientjournal inom enskild hälso- och sjukvård för uppgift om enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden. Utan hinder av sekretessen får uppgift lämnas till hälso- och sjukvårdspersonal om uppgiften behövs för vård eller behandlingen och det är av synnerlig vikt att uppgiften lämnas.”

[1242] Sekretesslag 1. luvun 3 §:n mukaan tietojen salassapitovelvollisuus rajoittaa yhtä lailla myös julkisen viranomaisen mahdollisuutta saada tietoja salassapidettävistä asioista.

laissa tai asetuksessa ole annettu siihen lupaa tai lupaa saatu potilaalta itseltään[1243]. Salassapitovelvollisuus koskee paitsi terveydentilaan ja sairauteen liittyviä tietoja, myös tietoja muista henkilökohtaisista olosuhteista, kuten tietoa henkilön osoitteesta, siviilisäädystä ja sukulaisuussuhteista taikka muun henkilön kuin potilaan terveydentilaa koskevia tietoja[1244]. Salassapitovelvollisuus koskee paitsi terveydenhuoltohenkilöstöä, myös muita viranhaltijoita, jotka tällaisia tietoja ovat virkatoiminnassaan saaneet[1245]. Henkilön terveydentilaa koskevia tietoja voidaan ilmaista hoitosuhteen ulkopuoliselle ainoastaan, mikäli on selvää, ettei tietojen ilmaisemisesta ole haittaa potilaalle. *Ratkaisevana on tällöin potilaan oma käsitys tietojen ilmaisemisen haitallisuudesta*[1246].

Terveydenhoitohenkilöstön vaitiolovelvollisuutta koskevat säännökset sisältyvät lakiin terveydenhuoltohenkilöstön valvonnasta (”Lag on tillsyn över hälso- och sjukvården”, SFS 1996:786). Lain 6 § kieltää potilaan hoitoon osallistunutta luvatta paljastamasta, mitä hän on saanut tietää henkilön terveydentilasta tai muista henkilökohtaisista oloista. Potilaan suostumus tietojen luovuttamiseen poistaa hoitohenkilökunnan vaitiolovelvollisuuden ja potilaan luvalla hänen terveydentilaansa koskevat tiedot ovatkin ilmaistavissa niistä tietoa haluaville[1247]. Potilas voi tällaisessa tilanteessa nimenomaisesti määrätä, että annettuja tietoja ei saa luovuttaa eteenpäin (SekrL 14. luku 9 §), mutta tämä rajoitus ei koske julkiselle viranomaisille luovutettavia tietoja.

Salassapitosäännöksistä huolimatta terveydenhoitohenkilökunta on Ruotsissakin velvollinen ilmoittamaan sosiaaliviranomaisille, mikäli alaikäinen henkilö on suojelun tarpeessa (Socialtjänstlag 71 §, SFS 1980:620)[1248]. Vastaavasti terveydenhuoltohenkilökunta on velvollinen sosiaaliviranomaisen pyynnöstä antamaan tietoja, jotka liittyvät alaikäisen suojelun tarpeen selvittämiseen[1249]. Terveydenhuoltohenkilökunnalla on niin ikään oikeus (muttei velvollisuutta) antaa tietoja muulle terveydenhuoltohenkilöstölle ja sosiaaliviranomaisille alaikäisistä henkilöistä ja alkoholin taikka huumausaineiden väärinkäyttäjistä (esim. raskaana oleva huumausaineiden käyttäjä) tehdessään yhteistyötä näiden henkilöiden hoidon suunnittelussa (SekrL 14. luku 2 §).

Sairausvakuutuksesta vastaavilla sairaskassoilla (”försäkringskassa”) on oikeus saada tarvitsemiaan tietoja *julkisen* terveydenhuollon yksiköiltä (”Lagen on almänna försäkring”, 20. luku 9 §, SFS 1962:381)[1250], mutta tietojen antaminen

---

[1243] Socialstyrelsen 1991, s. 59–64. Ks. myös Norström och Sverne 1981, s. 36–41.
[1244] Sverne ja Sverne 1997, s. 53.
[1245] Ks. Norström och Sverne 1974, s. 129–142.
[1246] ibid., s. 53.
[1247] Westerhäll 1994, s. 69.
[1248] Westerhäll 1990, s. 335–340.
[1249] Norström och Thunved 1999, s. 189–194.
[1250] Ks. myös EIT 27.8.1997, *M.S. vs. Sweden*.

edellyttää sairaskassan nimenomaista tiedonsaantipyyntöä. Vastaava tiedonantovelvollisuus ei koske yksityistä terveydenhuoltoa, mutta myös nämä yksiköt voivat halutessaan antaa ao. tietoja loukkaamatta salassapitoa koskevia määräyksiä[1251]. Edellä mainitun lisäksi myös poliisiviranomaisilla, ajokorttiviranomaisilla, mielentilatutkimuksista vastaavalla viranomaisella sekä tartuntatautiviranomaisilla on oikeus saada tietoja potilasasiakirjoista salassapitovelvollisuuden estämättä. Salassapitosäännökset eivät myöskään estä julkista viranomaista suorittamasta lakisääteisiä tehtäviään (SekrL 1. luku 5 §)[1252].

Potilasasiakirjoja koskevat säännökset on koottu erilliseen ”Patientjournallag”:iin (SFS 1985:562). Lain 16 § varmistaa potilaan tiedonsaantioikeuden omista potilasasiakirjoistaan[1253], mutta lain 11–15 §:ssä on varsin tarkasti säädelty myös potilasasiakirjojen säilyttämisestä ja muusta edelleen luovuttamisesta. Lain 17 § *mahdollistaa myös potilasasiakirjojen hävittämisen potilaan pyynnöstä, mikäli niitä ei ilmeisesti tarvita potilaan hoitoon ja mikäli yleinen etu ei vaadi asiakirjojen säilyttämistä*.

Ruotsin henkilötietolain (Personuppgiftslagen, SFS 1998:204) mukaan arkaluonteisia henkilötietoja saa käsitellä muun muassa, jos se on välttämätöntä ehkäisevän terveyden- ja sairaanhoidon vuoksi, terveydentilan määrittelemiseksi, lääketieteellisen hoidon tai käsittelyn vuoksi taikka terveyden- ja sairaanhoidon hallinnosta johtuvasta syystä[1254]. Myös se, joka ammattimaisesti toimii terveyden- ja sairaanhoidon alalla tai joka on saanut arkaluonteisia tietoja terveyden- ja sairaanhoitoalan toiminnasta ja jota koskee vaitiolovelvollisuus, saa käsitellä vaitiolovelvollisuuden alaisia tietoja[1255].

Terveydenhuollon viranomaisten asiakirjojen salassapidosta ja vaitiolovelvollisuudesta säädetään salassapitolain (Sekretesslagen, 1980:100) 7 luvussa. Kunnalliset ja maakunnalliset terveydenhuollon toimintaa harjoittavat viranomaiset ovat oikeutettuja luovuttamaan terveydenhuollon salassa pidettäviä tietoja tutkimus- ja tilastotarkoituksiin ja toiminnanalan hallinnollisiin tarkoituksiin sekä tilanteissa, joissa muussa laissa taikka asetuksessa on säädetty tiedonsaantioikeudesta. Lisäksi Ruotsissa on erilliset lait hoitorekistereistä (Lag om vårdregis-

---

[1251] Sverne ja Sverne 1997, s. 57. Ks. Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (SFS 1998:531), joka koskee myös yksityisessä terveyden- ja sairaanhoidossa toimivia.

[1252] SekrL 1. luku 5 §: ”Sekretess utgör inte hinder mot att uppgift lämnas ut, om det är nödvändigt för att den utlämnande myndigheten skall kunna fullgöra sin verksamhet.”

[1253] Tietoja voidaan olla antamatta potilaalle itselleen ainoastaan, mikäli tietojen antamisesta voisi aiheutua potilaan voinnin merkittävä huononeminen (SekrL 7. luku 3 § ja ”Lagen om åligganden för personalen inom hälso- och sjukvården” eli ÅL 8 §, SFS 1994:953) ja tällöinkin tiedot on annettava heti, kun potilaan tila sallii tietojen antamisen. Myöskään potilaalle ei tarvitse paljastaa tietoa, jonka joku muu kuin potilas on antanut, jos ko. henkilölle aiheutuisi tietojen paljastamisesta väkivallan vaara tai muuta merkittävää haittaa (SekrL 7. luku 6 §, ÅL 9 §). Ks. Rynning 1994, s. 263–266.

[1254] Ks. Seipel 2001, s. 142.

[1255] ibid.

ter, SFS 1998:544) ja terveydenhuollon keskushallinnon rekistereistä (Lag om hälsodataregister, SFS 1998:543), joilla säännellään yleisesti automaattisen tietojenkäsittelyn käyttöä sairaanhoidossa ja siihen liittyvässä hallinnossa. Tietoja saadaan mainittujen tarkoitusten lisäksi käsitellä myös tilastojen laatimiseksi, toiminnanalan seurantaan, arviointiin, laadunvarmistukseen ja hallintoon sekä laissa tai asetuksessa säädetyn tietojenluovutuksen toteuttamiseksi[1256].

Ruotsin hoitorekisterejä koskevan lain mukaan rekisterinpitäjän on informoitava rekisteröityä tietojen käsittelystä, rekisterinpitäjästä, rekisterin käyttötarkoituksesta, rekisteröitävien tietojen tyypistä, rekisterin tietoturvasta ja rekisteröidyn tarkastusoikeudesta. Lisäksi rekisteröityä on informoitava tietojen käsittelyssä käytetyistä hakutiedoista, tietojen käytöstä ja luovutuksesta sekä siitä, onko tietojen luovutus rekisteriin vapaaehtoista vaiko ei. Rekisteröity on oikeutettu vahingonkorvaukseen, mikäli tietoja käsitellään luvattomasti (lain 14 §).

15.3. SAKSA

Saksan perustuslain säännökset henkilökohtaisen vapauspiirin korostetusta loukkaamattomuudesta ylläpitävät henkilön terveydentilaa koskevien tietojen suojaa[1257]. Sairauskertomusten salassapitoa koskevassa päätöksessään toteaa Saksan liittotuomioistuin seuraavaa[1258]:

> BRD: Bundesgerichtshof 1972:24: ”Ärztliche Karteikarten (Krankenblätter) betreffen mit ihren Angaben über Anamnese, Diagnose und therapeutische Massnahmen zwar nicht die unantasbare Intimsphäre, wohl aber den privaten Bereich des Patienten. Damit nehmen sie teil an dem Schutz, den das Grundrecht aus Art. 2 Abs. 1 i. V.m. Art. 1 Abs. 1 GG dem Einzeln vor dem Zugriff der öffentlichen Gewalt gewährt. Insbesondere gilt das für die Erkentnisse, die der Arzt durch seine berufliche Tätigkeit über den Gesundheitzustand des Patienten gewinnt und schriftlich niederliegt. Dabei kommt es nichtdarauf an, ob derartige Aufzichnungen Krankenheiten, Leiden oder Beschwerden verraten deren Offenbarung den Betroffenen mit dem Verdacht einer Straftat belastet, ihm in anderer Hinsicht peinlich oder seiner sozialen Geltung abträglich ist. Vielmehr verdient ganz algemeinen der Wille des Einzelnen Achtung, so höchpersönliche Dinge wie die Beurteilung seines Gesundheitszustandes durch einen Arzt vor fremdem Einblick zu bewahren.”

Henkilön terveydentilaa koskevien tietojen suoja on siis Saksassa johdettu suoraan perustuslaintasoisesta säännöksestä ja esim. sairauskertomustietojen käyttö

[1256] Datainspektionen 1993, s. 4–6.
[1257] Grundgesetz Art. 1. ja Art. 2.
[1258] Ks. myös NJW 1972, s. 1123.

todisteena vakavissakin rikoksissa tulee kysymykseen ainoastaan, mikäli mitään muita todistelukeinoja ei ole olemassa[1259].

Lääkärin vaitiolovelvollisuus on Saksassa tehty rikosoikeudellisin säännöksin hyvin tiukaksi[1260]. Kyseiset säännökset eivät koske ainoastaan potilasta hoitavaa lääkäriä taikka sairaanhoitolaitoksen henkilökuntaa vaan myös esim. sairaskassan taikka vakuutusyhtiöiden toimihenkilöitä, jotka ammatissaan saavat tietoja henkilön terveydentilasta. Potilasasiakirjojen käyttö todisteena oikeudenkäynnissä taikka esitutkintamateriaalina ilman potilaan suostumusta on käytännössä täysin kiellettyä[1261]. Tiukan salassapidon perusteena on saksalaisessa oikeuskirjallisuudessa korostettu potilaan ja lääkärin luottamussuhteen tärkeyttä hyvän hoidon aikaansaamiseksi ja hyvään hoitotulokseen liittyvää yhteiskunnallista intressiä[1262]. Toisaalta potilaalla on oikeus saada tieto tarvitsemistaan potilasasiakirjoista ja käyttää niitä todisteena omassa asiassaan[1263].

Luottamussuhde lääkärin ja potilaan välillä on kuitenkin kaksipuolinen. Lääkärin vaitiolovelvollisuus ei sido, mikäli luottamussuhdetta käytetään väärin ja potilas esim. jättää noudattamatta hoito-ohjeita ja vaarantaa muiden henkilöiden turvallisuuden taikka käyttää väärin hänelle määrättyjä keskushermostoon vaikuttavia lääkkeitä. Tällaisissa tilanteissa vaitiolovelvollisuuden lakkaaminen ei saksalaisen oikeuskirjallisuuden mukaan perustu pakkotilaan, vaan hoitosuhteen toisen osapuolen hoitosopimuksen rikkovaan käyttäytymiseen[1264]. Lääkärillä ei kuitenkaan ole *velvollisuutta* informoida ulkopuolisia potilaan sairauden mahdollisesti aiheuttamasta vaarasta (esim. AIDS:iin sairastuneen henkilön sukupuolipartneria infektioriskistä), mutta hän voi sen halutessaan tehdä syyllistymättä rikosoikeudellisesti rangaistavaan tekoon[1265]. Myös Saksassa on lääkärille säädetty velvollisuus ilmoittaa viranomaisille havaitsemistaan tartunta- ja sukupuolitaudeista[1266].

Edellytyksenä henkilön terveydentilatietojen käyttöön lääketieteelliseen tutkimustyöhön Saksassa on kaikkien tunnistetietojen täydellinen poistaminen[1267] taikka potilaan nimenomainen suostumus[1268]. Epidemiologista tutkimustyötä varten on perustettu eräitä tutkimusrekistereitä (mm. syöpärekisteri), jossa oleva data on kuitenkin faktisesti anonyymisoitu siten, että henkilöiden tunnistekoodit

---

1259 Laufs 1988, s. 138. Ks. myös Michalowsky 1998, s. 96–99.
1260 Strafgesetzbuch (StGB) 203 § (1.1.1975).
1261 Strafprozessordnung (StPO) 53 ja 97 § sekä Zivilprozessordnung (ZtPO) 383 §.
1262 Laufs 1988, s. 136.
1263 ibid, s. 149.
1264 ibid, s. 138.
1265 ibid, s. 139.
1266 Schmidt 1985, s. 215–216.
1267 Berufsordnung 2 §, Abs. 7.
1268 Schmidt 1985, s. 211.

ovat muun kuin rekisteriä pitävän viranomaisen hallussa[1269]. Sellaisten potilasasiakirjoihin liittyvien tietojen, jotka eivät koske potilasta itseään, vaan jotain muuta henkilöä, eteenpäin luovuttaminen edellyttää nimenomaista lupaa ao. henkilöltä. Pelkkä henkilön hoitoa koskevien tietojen tarkastaminenkin esim. terveydenhuollon valvontaviranomaisen toimesta edellyttää potilaalta saatua suostumusta[1270]. Saksalaisen käytännön mukaan lääkärin ehdoton vaitiolovelvollisuus päättyy kuitenkin potilaan kuollessa[1271].

Terveydentilatietojen luovuttaminen vakuutusyhtiölle taikka sairauskulut maksavalle sairaskassalle edellyttää potilaan suostumusta ja tietojen luovuttamiseen ja ennalta annettu suostumus on useisiin sairaskassoihin pääsyn edellytys[1272]. Tiukka sairauskertomustietojen salassapitovelvollisuus pätee myös muissa sosiaalioikeudellisissa tilanteissa. Niinpä sairauskertomustietojen edelleen luovuttaminen taikka käyttö muuhun kuin niiden alkuperäiseen tarkoitukseen voi tapahtua vain huomioimalla potilaan itsemääräämisoikeuden häntä koskevien tietojen osalta[1273].

15.4. ISO-BRITANNIA

Potilastietojen salassapitovelvollisuus ilman erillistä sopimusta asiasta lääkärin ja potilaan välillä perustuu vakiintuneeseen *common law* -käytäntöön[1274]. Lääkä-

---

[1269] Callens 1995, s. 328: ”The cancer registers exist of two separate departments, a ”Trust department” and a ”Register Department”. Physicians and dentist can communicate data regarding identification of the patient and epidemiological data to the trust department. The trust department is supervised by physicians. The Department has to separate the identification data from the epidemiological data. The identifications data are encoded by means of asymmetric encryption procedure. Control numbers are necessary for comparison of data held by other cancer registers. The Register Department will register the asymmetric encrypted identification data, the epidemiological data, the control number and the identity of the treating physician of dentist. The control numbers should not allow the identification of the patients. The treating physician of dentist has to inform the patient as soon as possible about the communication of the data to the cancer register and the patient has a right to oppose to the communication.”

[1270] Laufs 1988, s. 146.

[1271] ibid, s. 143.

[1272] ibid, s. 143.

[1273] Schmidt 1985, s. 208–216: Saksan perustuslain (Grundgesezt) Art.1 Abs. 1 korostaa yksilön ihmisarvoa ja mahdollisuutta oman persoonallisuuden vapaaseen kehittämiseen. Niinpä omia henkilötietoja koskeva itsemääräämisoikeus onkin keskeinen periaate esimerkiksi sosiaaliturvaa koskevassa päätöksenteossa (”Institut der informationellen Selbstbestimmung”).

[1274] Mason and McCall Smith 1999, s.191–193. Lisäksi Iso-Britannia on saattanut kansallisella lailla (Human Rights Act 1998) voimaan Euroopan Ihmisoikeussopimuksen ja sen yksityiselämän suojaa koskevan säännöksen. EIS:n 8 artiklan mukainen yksityiselämän suoja suuntautuu englantilaisessa lainsäädännössä kuitenkin vain julkista valtaa vastaan, eikä sillä ole haluttu rajoittaa esim. sananvapautta. Ks. Neill 1999, s. 20–22.

rin salassapitovelvollisuus koskee kaikkea potilaasta saatua luottamuksellista tietoa, ei pelkästään terveyden- tai sairaudentilaa koskevaa tietoa. Iso-Britannian oikeusistuimet ovat arvioineet luottamuksellisten tietojen luvatonta paljastamista useissa oikeustapauksissa ja salassapidon rikkomisen tuomittavuuden edellytyksenä on, että paljastettu tieto oli luonteeltaan luottamuksellista, että tieto oli annettu olosuhteissa, joihin liittyy salassapitovelvollisuus ja että tiedot paljastanut osapuoli on toiminut luvattomasti (ja toisen osapuolen vahingoksi) tiedot paljastaessaan[1275]. Salassapitovelvollisuus on henkilökohtainen ts. hoitavan lääkärin pitäisi varmistaa, että ulkopuolisilla ei ole pääsyä potilaan tietoihin. Käytännössä esimerkiksi sairaaloissa useilla potilaan hoitoon enemmän tai vähemmän osallistuvilla on pääsy potilasasiakirjoihin, vaikkei tällaiseen tiimityöhön virallisesti olekaan oikeutusta ilman potilaan erillistä suostumusta, eikä tällaista hoidon yhteydessä tapahtuvaa salassapitovelvoitteen epäsuoraa ”rikkomista” ole pidetty rangaistavana[1276]. Vaitiolovelvollisuuden rikkomiseen syyllistynyttä uhkaavat ennen kaikkea ammatinharjoittamiseen liittyvät sanktiot (valvontaa suorittavien järjestöjen taholta, mm. General Medical Council) sekä mahdollinen vahingonkorvausvelvollisuus. Vaikka säädännäistä yleistä vaitiolovelvollisuutta terveydenhuoltohenkilökunnalle on ajoittain esitetty Isossa-Britanniassa, ei esimerkiksi maan rikoslainsäädännössä toistaiseksi ole säännöstä vaitiolovelvollisuuden rikkomisen rangaistavuudesta[1277].

Potilasta koskevan luottamuksellisen informaation paljastaminen on mahdollista, kun se tapahtuu potilaan parhaaksi ja noudattaa hyvää hoitokäytäntöä. Näin esimerkiksi keskustelu potilaan terveydentilasta omaisten kanssa on hoitokäytännön rajoissa sallittua, joskin potilaan lupa tulisikin hankkia, aina kun se on mahdollista[1278]. Toisaalta myös alaikäisellä potilaalla on oikeus kieltää potilastietojensa antaminen vanhemmilleen, jos hän kehitystasonsa perusteella itse pystyy tekemään hoitoaan koskevat päätökset[1279].

[1275] U.K. [1969] RPC 41, *Coco vs. A.N. Clark Engineers Ltd*), U.K. [1974] QB 767, *Hunter vs. Mann*.

[1276] General Medical Council guidance paragraph 79: ”Most doctors in hospital and in general practice are working in health care teams, some of whose members may need access to information, given or obtained in confidence about individuals, in order to perform their duties. It is for doctors who lead such teams to judge when it is appropriate for information to be disclosed for that purpose.”

[1277] Tosin joissain erityislaeissa (esim. Mental Health Act) on omat salassapitosäännöksensä.

[1278] Mason and McCall Smith 1999, s. 193–194.

[1279] U.K. [1984] QB 581, *Gillick vs. West Norfolk and Wisbech Area Health Authority:* Kyseisessä tapauksessa alaikäisen tytön oikeuden saada lääkäriltään ehkäisyvälineitä ilman vanhempien suostumusta katsottiin edellyttävän, 1) että potilas ymmärsi lääkärin ohjeet, *2)* että lääkäri ei saanut potilasta suostutelluksi informoimaan vanhempiaan asiasta, 3) että potilas todennäköisesti aloittaisi sukupuolisen kanssakäymisen ehkäisyvälineiden määräämisestä riippumatta, 4) että ehkäisyvälineiden määräämättä jättäminen todennäköisesti aiheuttaisi potilaalle sekä psyykkistä että fyysistä haittaa ja 5) että potilaan edun mukaista oli määrätä hänelle ehkäisyvälineitä vanhempien suostumuksesta/informoinnista riippumatta.

Lääkärillä ei ole Iso-Britanniassa mitään velvollisuutta luovuttaa poliisille potilasta koskevia tietoja, eikä poliisilla ole oikeutta tehdä kotietsintää lääkärin arkistoon taikka sairaalan potilastietoihin (Police and Criminal Evidence Act, section 11–12). Itse asiassa lääketieteellisen tiedon hankkiminen rikostutkinnassa kuuluu puhtaasti kuolemansyyntutkijalle (so. oikeuslääkärille), joka hänkin on salassapitovelvollinen uhrin sellaisista potilastiedoista, jotka eivät liity rikokseen[1280]. Potilastietojen paljastamiseen *julkisen intressin* takia (esim. yleisen turvallisuuden suojelemiseksi) on suhtauduttu varauksella, koska nimenomaan julkisen intressin katsotaan edellyttävän potilastietojen salassapitoa[1281]. Pääsääntöisesti intressivertailun tekeminen kahden julkisen intressin välillä (paljastaminen vs. salassapito) kuuluu yksittäistapauksessa aina tuomioistuimelle eikä hoitavalle lääkärille[1282]. Tuomioistuin voi taas niin siviili- kun rikosoikeudenkäynninkin yhteydessä määrätä potilastietoja paljastettavaksi, jolloin oikeudenkäynnin osapuolilla tulee olla yhtäläinen pääsy asiakirjoihin (eli käytännössä potilaan koko sairaushistoriaan, koska toinen osapuoli, so. potilas, kaikki relevantit asiat muutoinkin tietää)[1283]. Lääkärillä on Isossa-Britanniassakin lakisääteinen velvollisuus ilmoittaa havaitsemistaan tarttuvista taudeista sekä työperäisistä sairauksista.

Vaikka Isossa-Britanniassa hoitosuhde nähdään lähinnä sopimussuhteena ja potilasasiakirjat ovat pääsääntöisesti lääkärin (tai terveydenhoidon järjestävän viranomaisen omaisuutta), on potilaalla oikeus saada tieto omien asiakirjojensa sisällöstä (Access to Health Records Act 1990).

Ison-Britannian henkilörekisterilainsäädäntöä on vuonna 1998 uudistettu vastaamaan EU:n tietosuojadirektiivin vaatimuksia[1284]. Kansallinen tietosuojalaki (Data Protection Act 1998) rakentuu kahdeksan tietosuojaperiaatteen varaan[1285]. Tietojen käsittelyn on oltava:

- oikeudenmukaista ja laillista
- vain määrättyihin ja laillisiin tarkoituksiin suoritettua
- riittävää ja merkityksellistä ja se ei saa olla ylimitoitettua
- totuudenmukaista ja ajan tasalla olevaa
- kestoltaan rajoitettua eli että tietoja ei saa säilyttää pitempään kuin on tarpeellista
- rekisteröityjen oikeudet huomioonottavaa
- turvallista
- sellaista, ettei tietoja siirretä maihin, joissa henkilötietojen suoja ei ole riittävä.

[1280] Mason and McCall Smith 1999, s. 205.

[1281] Yleinen lakisääteinen ilmoittamisvelvollisuus esimerkiksi terroriteosta koskee toki lääkäriäkin, vaikka tällaiset tiedot olisi saatu osana potilastietoja. Ts. lakisääteinen ilmoitusvelvollisuus syrjäyttää common law -salassapitovelvoitteen.

[1282] U.K. [1990] 1 Chancery 359, *W vs. Egdell*.

[1283] Mason and McCall Smith 1999, s. 207–209.

[1284] Ison-Britannian Data Protection Act:a 1998 ei kuitenkaan sovelleta kanaalisaarilla taikka Mansaarella.

[1285] http://www.dataprotection.gov.uk/principl.htm.

Henkilötiedoilla tarkoitetaan Data Protection Act:n mukaan eläviä ihmisiä koskevia tietoja[1286], joista yksilö on tunnistettavissa. Tiedot voivat olla paitsi faktoja, myös rekisterinpitäjän henkilöstä kokoamia mielipiteitä taikka tulevaisuuteen kohdistuvia aikeita. Laki koskee sekä manuaalisia että elektronisia tiedostoja, mutta terveydenhuollon manuaalisiin tiedostoihin lakia sovelletaan vasta v. 2007. Tietosuojadirektiivin mukaisesti laki rajoittaa arkaluonteisten (terveydentila)tietojen käsittelyn tilanteisiin, joissa 1) rekisteröity on tietojen käsittelyyn suostunut; 2) käsittely perustuu rekisteröidyn sopimusperusteisiin oikeuksiin tai velvollisuuksiin, 3) käsittely perustuu rekisterinpitäjän lakisääteiseen velvoitteeseen, 4) käsittely on tarpeen rekisteröidyn elintärkeän edun suojaamiseksi, 5) käsittely on tarpeen oikeudenkäytön, valtionhallinnon taikka yleisen edun takia taikka 6) käsittely perustuu rekisterinpitäjän lailliseen intressiin, joka on sopusoinnussa rekisteröidyn oikeuksien kanssa.

Oikeuksiensa valvomiseksi rekisteröidyllä on oikeus tarkastaa hänestä kerätyt tiedot, kieltää sellainen tietojen käsittely, joka on omiaan aiheuttamaan oikeudetonta ja merkittävää haittaa tai vahinkoa, kieltää suoramarkkinointia varten tehty tietojen käsittely ja kieltää tietojen käsittely automatisoitua päätöksentekoa varten. Rekisteröity on myös oikeutettu vahingonkorvaukseen em. tietojen käsittelyn aiheuttamasta vahingosta ja hän voi lisäksi pyytää tuomioistuinta määräämään tietojen käsittelyn lopetettavaksi ja tiedot hävitettäväksi.

15.5. YHDYSVALLAT

15.5.1. Yksityisyyden suoja oikeustapausten valossa

Yksityisyys (”*privacy*”) sanana taikka käsitteenä ei esiinny Yhdysvaltain perustuslaissa. Yhdysvaltain perustuslain 4. lisäys (”*The Fourth Amendment*”) suojaa kuitenkin kansalaisia, heidän kotiaan ja omaisuuttaan perusteettomia kotietsintöjä ja takavarikkoja vastaan. Yhdysvaltain korkein oikeus on katsonut, että tämä suoja pitää sisällään myös yksittäisen kansalaisen kohtuullisen odotuksen yksityiselämänsä loukkaamattomuudesta (”*reasonable expectation of privacy*”)[1287] ja suoja ulottuu myös potilas–lääkäri-suhteeseen[1288].

Päätöksessään tapauksesta *Whalen vs. Roe*[1289] Yhdysvaltain korkein oikeus piti voimassa New Yorkin osavaltion lain, jossa sallittiin tiettyjen huumaavia

---

[1286] Access to Health Records Act 1990 koskee myös kuolleiden henkilöiden tietoja ja common law -käytännössä esim. lääkärin salassapidon on katsottu jatkuvan henkilön kuoleman jälkeenkin.
[1287] Alderman ja Kennedy 1995, s. 10–11. Ks. myös Baughman 1997, s. 380–381.
[1288] Annas et al. 1990, s. 858–861.
[1289] U.S. LEXIS 1977: 42. Supreme Court 429 U.S. 589 (1966), *Whalen vs. Roe*.

aineita koskevien lääkemääräysten rekisteröinti. New Yorkin laki vaati, että kyseisten lääkemääräysten osalta lääkkeen määräävä lääkäri ja lääkkeen toimittava apteekki säilyttivät yhden kappaleen reseptistä, mutta kolmas kappale toimitettiin osavaltiohallituksen terveysviranomaisille. Päätöksensä perusteluissa Supreme Court kuitenkin katsoi, että potilailla oli oikeus estää henkilökohtaisten asioidensa joutuminen ulkopuolisten tietoon ja oikeus omaehtoisesti päättää henkilöään koskevista tärkeistä asioista, kuten esim. omien lääkkeidensä hankinnasta ilman pelkoa joutumisesta kontrolloiduksi viranomaisten toimesta[1290]. Vaikka lääkemääräystä koskevien tietojen toimittaminen osavaltion viranomaisille loukkasikin perustuslaissa suojattua intressiä yksityisyyteen, ei tähän velvoittavaa säännöstä kokonaisuutena kuitenkaan pidetty perustuslain vastaisena, koskei mainittu yksityisyyden loukkaus asiallisesti ja merkittävästi eronnut niistä muista yksityisyyden rajoituksista, joita potilas tavanomaisessa terveydenhuollossa kohtaa[1291].

Yksityiselämää loukkaavat sitä vastoin mm. ilman henkilön suostumusta tehtävät lääketieteelliset laboratoriotutkimukset (veri-, virtsa- taikka hengitystestit), vaikka henkilö olisikin antanut näytteen vapaaehtoisesti[1292]. Yksityiselämän suoja estää osavaltioita ottamasta lainsäädäntöönsä säännöksiä, jotka esim. rajoittavat henkilön mahdollisuutta perhesuunnitteluun, olipa kyse ehkäisyvälineiden käytöstä taikka raskauden keskeyttämisestä[1293].

Whalen vs. Roe tapauksessa Yhdysvaltain korkein oikeus siis määritteli perustuslain suojaamaksi oikeudeksi, paitsi yksilön oikeuden riippumattomaan päätöksentekoon, myös mahdollisuuden estää henkilökohtaisten asioidensa julkitulon. Tällä määrittelyllä on sittemmin ollut suuri merkitys yhdysvaltalaisessa oikeudenkäytössä[1294]: Tapauksessa *Doe vs. Borough of Barrington*[1295] tieto pidätetyn perheenisän HIV-positiivisuudesta vuoti poliisiviranomaisilta asianomaisen perheen

---

[1290] Schwartz and Reidenberg 1996, s. 77.

[1291] Alderman and Kennedy 1995, s. 141: Tällaisia hyväksyttäviä yksityisyyden rajoituksia ovat mm. velvollisuus ilmoittaa sukupuolitaudeista, lapsen hyväksikäytöstä, väkivallan aiheuttamasta vakavasta ruumiinvammasta taikka sikiön kuolemasta.

[1292] U.S. LEXIS 1966: 1129. Supreme Court 384 U.S. 757, 767 (1966), *Schmerber vs. California*.

[1293] U.S. LEXIS 1965: 2282. Supreme Court 381 U.S. 479 (1965), *Griswold vs. Connecticut*; U.S. LEXIS 1972: 145. Supreme Court 405 U.S. 438 (1972), *Eisenstadt vs. Baird* sekä U.S. LEXIS 1972: 159. Supreme Court 410 U.S. 113 (1973), *Roe vs. Wade***.** Osavaltioiden lainsäädännössä on kuitenkin mahdollista vaatia, että alaikäisellä on molempien vanhempiensa suostumus raskauden keskeyttämiseen. U.S. LEXIS 1993: 7166. Supreme Court 114 U.S. 468 (1993), *Barnes vs. Mississippi* ja U.S. 992 F. 2nd 1335 (1993), *Barnes vs. Mississippi*. Vrt. kuitenkin Annas 1991 ja siinä viitattu tapaus U.S. Supreme Court 500 U.S. 173 (1991), *Rust vs. Sullivan***,** jonka mukaan osavaltion lainsäädännöllä on mahdollista kuitenkin rajoittaa aborttеja suorittavien sairaaloiden julkista rahoitusta.

[1294] Schwartz and Reidenberg 1996, s. 76–87.

[1295] U.S. Dist. LEXIS (D.N.J) 1990: 1059. 729 F. Supp. 376 (1990), *Doe vs. Borough of Barrington***.**

naapurustoon aiheuttaen lähes paniikkimaisen reaktion, jossa mm. vanhemmat kieltäytyivät lähettämästä lapsia siihen kouluun, jota ko. perheen (täysin terveet) lapset kävivät. Tässä tapauksessa liittovaltion tuomioistuin totesi perheen yksityisyyttä loukatun, koskei mikään yhteiskunnallinen intressi puoltanut tiedon antamista yleisölle yksittäisen henkilön HIV-statuksesta. Toisessa samankaltaisessa tapauksessa tieto HIV-positiivisen henkilön syrjintää ja vahingonkorvausta koskeneessa oikeudenkäynnissä tehdystä sopuratkaisusta pääsi julkisuuteen New Yorkin kaupungin antamasta lehdistötiedotteessa mahdollistaen ao. henkilön tunnistamisen. Liittovaltion tuomioistuin katsoi, ettei edes sellaisen oikeudenkäynnin aloittaminen, jossa käsiteltiin henkilön terveydentilaa koskevia tietoja, antanut kaupungille oikeutta loukata henkilön yksityisyyttä ja antaa tietoja henkilön terveydentilasta yleisölle, vaikka kaupungilla olikin velvollisuus informoida kansalaisia sellaisista oikeuden päätöksistä, joilla oli merkitystä julkisessa päätöksenteossa[1296]. Joissain osavaltioissa ei edellisen perusteella edes verensiirroista HIV-infektion saaneella henkilöllä ole katsottu olleen oikeutta saada tietoja verenluovuttajista sen selvittämiseksi, keneltä hän mahdollisesti oli tartunnan saanut[1297].

Vaikka HIV-infektio siihen liittyvän sosiaalisen stigman takia onkin aiheuttanut paljon oikeudenkäyntejä Yhdysvalloissa, eivät yksityisyyden suojaa terveydenhuollossa koskeneet tapaukset tietenkään rajoitu tähän yksittäiseen tautiin. Tapauksessa *Hodge vs. Carol County of Social Services*[1298] piirikunnan sairaalassa työskentelevä lääkäri piti kolmen kuukauden ikäisen lapsen käsivammaa mahdollisena lapsen pahoinpitelynä ja ilmoitti asiasta viranomaisille. Epäilty käsivamma osoittautui tarkemmassa tutkimuksessa luuinfektioksi, mutta vaikka vanhemmat ilmoittivat oikeasta diagnoosista lastensuojelusta vastaaville viranomaisille, nämä rekisteröivät tapauksen osavaltion tietokantaan. Liitovaltion tuomioistuin katsoi osavaltion loukanneen perheen perustuslain suojaamaa oikeutta välttää henkilökohtaisten asioidensa julkitulo.

Kuten edellä esitetyt tapaukset jo osoittavat, liittovaltion tuomioistuimilla on Yhdysvalloissa suuri merkitys arvioitaessa osavaltioiden oikeutta rekisteröidä ja käsitellä yksittäisiä kansalaisia koskevia terveydentilatietoja[1299]. Pääsääntöisesti korkeimman oikeuden *Whalen vs. Roe* päätöstä on tulkittu niin, että oikeus rajoittaa henkilöä koskevien tietojen käyttöä on olemassa, jos tietojen käyttö saattaisi vaarantaa jonkun muun Yhdysvaltain perustuslaissa suojatun kansalaisoikeuden tehokkaan käytön[1300].

[1296] U.S. App. LEXIS (2nd Cir.) 1994: 1459. 15 F. 2nd 264 (1994), *Doe vs. City of New York*.
[1297] U.S. 500 So. 2nd 533 Fla (1987), *Rasmussen vs. South Florida Blood Service Inc*. Vrt. kuitenkin U.S. App. LEXIS (3rd Cir.) 1995: 2837. 47b F. 3rd 618 (1995), *Marcella vs. Brandywine Hospital* ja U.S. Pa. LEXIS 1992: 344. 609 A. 2nd 796 (1992), *Stenger vs. Lehigh Valley Hospital*.
[1298] U.S. 812 F. Supp. 593 D. Md. (1992), *Hodge vs. Carol County of Social Services*.
[1299] Schwartz and Reidenberg 1996, s. 82–83.
[1300] ibid. s. 82–83: ”Neither liberty nor justice would exist if they were sacrificed.”

15.5.2. Liittovaltion lainsäädäntö

Liittovaltion lainsäädännön tasolla arkaluonteisten henkilötietojen (ml. henkilön terveydentilaa koskevat tiedot) suoja perustuu vielä tällä hetkellä vuoden 1974 ”yksityisyyslakiin” (*Privacy Act*, 5 U.S.C. § 552a) sekä ”lakiin informaation vapaudesta” (*Freedom of Information Act*, 5 U.S.C. § 552, eli FOIA). Molempiin lakeihin sisältyy runsaasti yleissäännöksiä henkilötietojen käsittelystä ja oikeudesta tiedonsaantiin, vaikkei kumpikaan säännös ole tarkoitettu sinänsä määrittämään oikeutta terveydentilatietojen rekisteröintiin ja niihin liittyviä salassapitovelvoitteita.

Privacy Act edellyttää, että viranomaiset rekisteröivät ainoastaan sellaisia henkilötietoja, jotka ovat käsiteltävän asian kannalta relevantteja ja tarpeellisia, että henkilötiedot kerätään suurimmassa mahdollisessa määrin suoraan niiltä henkilöiltä, joita tiedot koskevat, että rekisterit pidetään tarkkoina ja täydellisinä ja että rekisterien tietoturva varmistetaan[1301]. *Privacy Act* kieltää nimenomaisesti yksityisen kansalaisen henkilöä koskevien tietojen paljastamisen, paitsi sen henkilön kirjallisesta pyynnöstä, jota tiedot koskevat.

Privacy Act sisältää kuitenkin useita poikkeuksia tietojenantokiellosta. Tietoja ovat suoraan oikeutettuja saamaan mm. useat liittovaltion viranomaiset (poliisi, kongressi yms.). Käytännön kannalta kaksi keskeisintä poikkeusta henkilöä koskevien tietojen käytön rajoituksista ovat ns. ”*routine use*” -poikkeus, joka oikeuttaa lähes kaikki hallinnon sisäiset tiedonsiirrot, sekä ”*need to know*” -poikkeus, joka oikeuttaa viranomaisen sisällä laajan henkilöjoukon (ts. kaikki tietoja työssään tarvitsevat virkailijat) käsittelemään yksityisen kansalaisen tietoja[1302]. ”*Routine use*” -poikkeuksen soveltamisen edellytyksenä on kuitenkin annettujen tietojen käyttötarkoituksen pysyminen samana, tiedot antavalle henkilölle annettu ilmoitus siitä, että tietoja tullaan käyttämään useassa eri yhteydessä sekä ”tiedonsiirtorutiinien” julkaiseminen liittovaltion virallisessa lehdessä (*Federal Register*).

Freedom of Information Act antaa kansalaisille mahdollisuuden viranomaisten hallussa olevia tietoja tarkastamalla valvoa hallinnon toimintaa. Tämä laki velvoittaa viranomaisia antamaan tietynlaiset tiedot kaikille niitä haluaville, mutta säännös pitää myös sisällään poikkeukset tietojenantovelvollisuudesta, joihin kuuluvat mm. *Privacy Act*:in tarkoittamat tilanteet. FOIA:n omat arkaluonteisia tietoja koskevat määräykset kieltävät antamasta tietoja ulkopuoliselle, mikäli tietojen antaminen aiheuttaisi selkeästi perusteettoman puuttumisen henkilön yksityiselämään[1303]. Ko. säännöstä on käytännössä tulkittu Yhdysvalloissa niin,

---

[1301] ibid. s. 94.
[1302] ibid. s. 97.
[1303] Poliisiviranomaisten tiedostoista tietoja ei saa antaa ulkopuoliselle, mikäli tietojen antaminen saattaa aiheuttaa minkäänlaista perusteetonta puuttumista henkilön yksityiselämään.

että mitä arkaluonteisemmiksi kyseiset tiedot on katsottu, sitä todennäköisemmin tietojen antamista on pidetty perusteettomana puuttumisena toisen yksityiselämään[1304]. FOIA:n säännös estää käytännössä arkaluonteisten tietojen (esim. potilastietojen) luovuttamisen ulkopuoliselle, muttei estä niiden käyttöä hallinnon sisällä.

Yhdysvalloissa on hiljattain saatettu voimaan liittovaltion lainsäädäntöä, jolla pyritään takaamaan potilasasiakirjojen tietosuoja[1305]. ”*The Health Insurance Portability and Accountability Act*” (HIPAA) (Public Law 104–191) luo muutenkin standardeja potilastietojen käsittelylle[1306]. Samat standardit koskevat myös ihmisen perimään liittyvien tietojen käsittelyä. Lain perusstandardeja ovat:

- Potilastietoja (hyvin harvoja poikkeuksia lukuun ottamatta) tulee saada käyttää vain terveydenhuollon sisällä ja sielläkin vain terveydenhuoltoa varten.
- Potilaalla on oltava oikeus saada tieto omista potilasasiakirjoistaan ja mahdollisuus korjata puutteelliset tiedot. Lisäksi hänen on pystyttävä saamaan selville, ketkä ovat käyttäneet hänestä koottuja tietoja.
- Sairaalat voivat käyttää henkilön potilastietoja lääkäreiden ja sairaanhoitajien koulutuksessa, tutkimustyössä ja toimintansa laadunvarmistuksessa.
- Työnantajalla, joka saa tietoja henkilön terveydentilasta korvatessaan sairaanhoitokuluja, ei ole oikeutta käyttää näin saamiaan tietoja valitessaan tai sijoittaessaan työntekijöitä taikka mihinkään muuhunkaan terveydenhoidon ulkopuoliseen tarkoitukseen.
- Niillä, jotka saavat muussa kuin potilaan hoidon yhteydessä henkilöä koskevia terveydentilatietoja (esim. vakuutusyhtiöt, lääkejakelijat, luottokorttiyhtiöt), on sama salassapitovelvollisuus kuin lääkäreillä ja sairaaloilla.

Potilastietoja voitaisiin antaa ilman potilaan suostumusta vain seuraavissa tapauksissa:

- Potilaan hoitoa tai hoidon laskutusta varten.
- Lääketieteellistä tutkimusta varten, silloin kun tutkimus aiheuttaa vain vähäisiä riskejä osallistujille ja kun suostumuksen hankkimatta jättäminen ei vaikuta haitallisesti potilaan oikeuksiin tai hyvinvointiin ja kun suostumuksen hankkiminen olisi epäkäytännöllistä. Tutkijan on kuitenkin tällöin poistettava kaikki potilasta koskevat tunnistetiedot.
- Terveysviranomaisille tarttuvien tautien valvontaa ja muuta terveysvalvontaa varten.
- Poliisille rikostutkinnan yhteydessä (samoin perustein kuin aiemminkin).
- Tilintarkastajille, jotka maksajan puolesta valvovat sairaanhoidon laskutuksen oikeellisuutta.

[1304] Schwartz and Reidenberg 1996, s. 113.
[1305] http://aspe.os.hhs.gov/admnsimp/pvcrec0.htm.
[1306] Lowe and Hardy Havens 1998, s. 44. Ks. myös http://www.hcfa.gov/hipaa/hipaahm.htm.

Poliisin tiedonsaantioikeuden ylläpitäminen aiheutti välittömästi voimakasta kritiikkiä sekä Yhdysvaltain senaatissa että lääkärikunnassa, jopa siinä määrin, että johtava lääketieteellinen aikakauslehti ”*Lancet*” tuomitsi pääkirjoituksessaan esitetyn uudistuksen[1307]. Yhdysvaltalainen laki on kuitenkin ensimmäinen merkittävä kooste, joka pyrkii huomioimaan sekä tietotekniikan että henkilön perimää koskevien tietojen keräämismahdollisuuksien mukanaan tuomat ongelmat potilaan yksityisyyden suojalle[1308].

[1307] Editorial. Lancet 1997, s. 823: ”Indeed, it seems extraordinary for the administration to have drawn up guidelines to create ‘national standards that provide fundamental privacy rights for patients‘, while failing to include even minimal limitations on police access to medical records. The omission raises the question whether the administration understands that confidentiality is crucial to medical practice or whether it is sensitive to the public’s growing concerns about the privacy of their personal medical records.”

[1308] ibid: ”Ultimately, we must judge ourselves by whether we leave the next generation with real privacy standards grounded in fundamental principles. Will we have boundaries to ensure that, with very few exceptions, our health care information is used only for health care? Will we have assurances that our information is secure? Will we have knowledge about and control over what happens to our health care records? Will those who violate our privacy be held accountable – and those who are violated be able to seek redress? Will we be able to safeguard our privacy rights while still protecting our core public responsibilities like research, public health, and law enforcement?”

16. Johtopäätökset ja normisuositukset

16.1. HOITOSUHDE OIKEUDELLISENA ILMIÖNÄ

Edellä esitetty tarkastelu pyrkii ensinnä havainnoimaan hoitavien ja hoidettavin välisiä oikeuksia ja velvollisuuksia. Nämä yksittäiset oikeudet ja velvollisuudet määrittävät sen oikeussuhteen sisällön, joka hoitavien (terveydenhuollon ammattihenkilöiden) ja hoidettavien (potilaiden) välille muodostuu. Hoitosuhteen tyypillisenä piirteinä – sen lisäksi, että se muodostuu terveydenhuollon ammattihenkilön ja hoidettavan välille – on hoitavien henkilöiden pyrkimys hoidettavan henkilön terveydentilan selvittämiseen, ylläpitämiseen taikka parantamiseen. Hoitosuhde edellyttää yksilöidyn hoidettavan objektiivisesti osoittavissa olevaa tarvetta saada tällaisia terveyden- tai sairaanhoidon palveluja ja sitä, että suhteen toisena osapuolena olevalla terveydenhuollon ammattihenkilöllä on tosiasiallinen vaikutusmahdollisuus hoitopäätöksiin.

Tarkastelukulmaa käännettäessä voidaan todeta, että tällaisen oikeussuhteen – hoitosuhteen – kriittisten tunnusmerkkien täytyminen aiheuttaa selkeitä oikeusvaikutuksia, joista eräänä tyypillisenä potilaan oikeutena on oikeus edellyttää henkilökohtaisten asioidensa salassapitoa. Hoitosuhteen korostettu luottamuksellisuus merkitsee mm., että ulkopuolisten sivullistahojen mahdollisuuksia edellyttää arkaluonteisten terveydentilatietojen paljastamista on voimakkaasti rajoitettu vaatimalla tietojen saamisen perusteeksi nimenomaista ja selkeää lainsäännöstä ja asettamalla sivullistahotkin salassapitovelvollisiksi saamistaan tiedoista. Myös terveydenhuoltoa organisoiva viranomainen ja sen palveluksessa olevat muut kuin potilaan hoitoon osallistuvat henkilöt ovat hoitosuhteeseen nähden sivullisasemassa.

Hoitosuhteeseen liittyvien sekä julkisoikeudellisten että yksityisoikeudellisten sivullissuhteiden (kuten potilaan ja terveydenhuollon toimintayksikön välinen asiakassuhteen taikka terveydenhuollon ammattihenkilön ja terveydenhuollon toimintayksikön välisen virkasuhteen) kannalta on merkittävää, säilyykö oikeuksien ja velvollisuuksien ristiriitatilanteessa potilaan oikeus terveydentilatietojensa luottamuksellisuuteen vai onko esimerkiksi terveydenhuollon ammattihenkilö virka-asemansa perusteella velvollinen antamaan tietoja muille hallintoviranomaisille. Tällaisten ristiriitatilanteiden ratkaisuun voidaan soveltaa analyyttisiä ratkaisumalleja, ottaen huomioon perusoikeussääntelyn ja EU:n lainsäädännön vaikutukset tavallisten eduskuntalakien tulkintaan.

16.2. YKSITYISELÄMÄN SUOJAN ANALYYTTINEN TARKASTELU

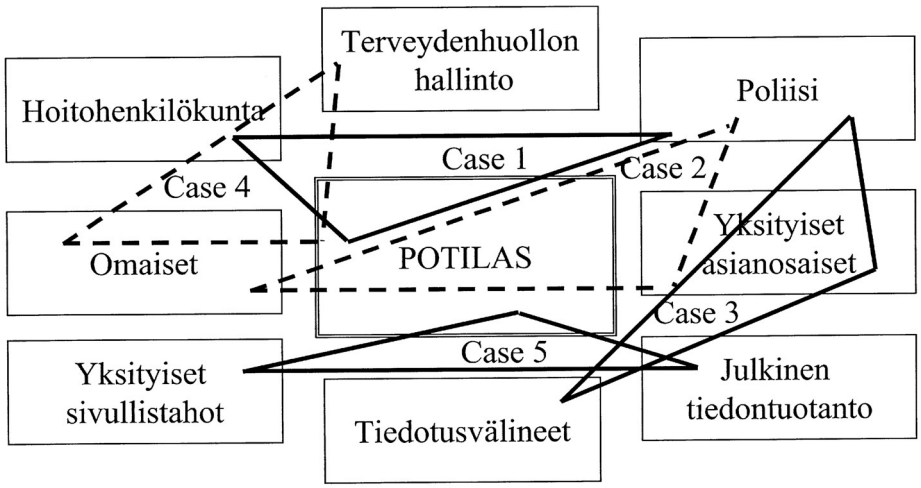
Perusoikeuksien lähtökohtana on yksilön vapauspiirin suojaaminen julkisen vallan taholta tulevilta puuttumisilta. Yksilön ja julkisen vallan välisen suhteen määrittely on keskeinen perusoikeussääntelyn lähtökohta. Kuitenkin myös yksityisten kansalaisten keskinäisiä suhteita säädellään perusoikeuksia konkretisoivalla tavallisella lainsäädännöllä (esimerkiksi säännöksillä asianosaisjulkisuudesta taikka yksittäisen terveydenhuollon ammattihenkilön velvollisuudesta antaa hoitoa kiireellistä apua tarvitsevalle potilaalle).

Lääketieteelliseen hoitosuhteeseen liittyvän potilaan yksityisyyden suojan normatiivinen perusta on löydettävissä kuudesta erillisestä ja toisiaan tarkentavasta normihierarkian portaasta:

1. kansainväliset ihmisoikeussopimukset (erityisesti Suomen ratifioimat Euroopan Neuvoston ihmisoikeussopimus ja tietosuojasopimus sekä vielä ratifioimaton *biolääketiedettä koskeva yleissopimus*)[1309]
2. Euroopan Unionin tietosuojadirektiivi
3. perustuslain 10 §:n takaama yksityiselämän suoja
4. tietosuoja- ja salassapitolainsäädäntö
5. potilaan oikeuksia ja terveydenhuollon ammattihenkilön velvollisuuksia koskeva lainsäädäntö (laki potilaan asemasta ja oikeuksista sekä laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä)
6. hyvän hoidon standardia koskevat ammattikunnan sisäiset suositukset (jotka yksityiskohtaisesti määrittävät potilaslain, potilasvahinkolain ja terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain asettamat velvoitteet ja ilmenevät esimerkiksi potilasvahinkolautakunnan ja TEO:n ratkaisuista)

Kyseisessä normihierarkiassa hoitosuhteeseen liittyvä yksityisyyden suoja konkretisoituu siirryttäessä yleisestä säännöksestä (kohta 1) ammattikuntien sisäisiin normeja soveltaviin käytäntöihin (kohta 6). Alemman normin peruste on yleensä normihierarkiassa korkeamman normin antamassa oikeutuksessa. Arkaluoteisten tietojen saamiseen viranomaisen oikeuttava tavallinen lainsäännös (kohdat 4 ja 5) ei uuden perustuslain perusoikeusjärjestelmän mukaan kuitenkaan koskaan voi syrjäyttää perusoikeussäännöstä[1310]. Jos tietojen saamiseen oikeuttava lain soveltaminen merkitsisi perustuslain suojaamien perusoikeuksien kohtuutonta loukkaamista, tulee tuomioistuimen jättää säännös soveltamatta (ks. Kuva 2).

[1309] Scheinin 1999, s. 189–195.
[1310] Ks. esim. Karapuu 1999, s. 869–874.



Case 1: onko hoitohenkilökunnalla oikeus luovuttaa tietoja poliisille tartuntavaarallisesta henkilöstä
Case 2: onko omaisilla oikeus kieltää itseään koskevien tietojen luovuttaminen
Case 3: onko asianosaisilla oikeus kieltää poliisia luovuttamasta tietoja tiedotusvälineille
Case 4: onko omaisilla oikeus saada tietoja potilaan asiakirjoista
Case 5: onko työnantajalla oikeus saada tietoja yksittäisen työntekijänsä terveydentilasta

Kuva 4: *Yksityisyys suhteessa eri henkilötahoihin*

Edellä kuvatuttu normihierarkia voidaan esittää myös sisällöltään seuraavanlaisena viisiportaisena säännöshierarkiana:

1. Yksityiselämä on oikeushyvä, johon julkinen valta ei saa puuttua ilman painavaa ja laissa määriteltyä perustetta.
2. Arkaluonteisen tiedonvaihdon luottamuksellisuus on suojattu ja luottamuksen rikkominen on kommunikaation toiselle osapuolelle rangaistavaa.
3. Luottamukselliset tiedot ovat salassapidettäviä joutuessaan muiden kuin kommunikaation toisen osapuolen tietoon.
4. Kolmannen tahon hallussa olevien tietojen tulee olla tarpeellisia, merkityksellisiä ja käyttötarkoitukseltaan rajattuja, mikäli ne halutaan säilyttää.
5. Tarpeellisten ja merkityksellistenkin tietojen käytettävyyttä päätöksenteossa rajoittaa vaatimus hyvästä hallinnosta (ml. suhteellisuusperiaate) ja oikeudenkäynnin oikeudenmukaisuudesta (esim. etuuksista päätettäessä).

Tarkasteltaessa yksityisyyden suojaa terveydenhuollossa, voidaan ensimmäisenä tarkastelukulmana ottaa se hoitosuhteen ulkopuolinen sivullistaho, jota kohtaan yksityisyyden suojaa halutaan (*yksityisyyden suojan henkilöllinen ulottuvuus*). Tyyppitilanteessa voidaan erottaa kolme päähenkilötahoa: potilas, omaiset ja julkista valtaa edustava hoitohenkilökunta (Kuva 4). Käyttäen esimerkkinä vaik-

kapa tapausta, jossa HIV-positiivinen henkilö levittää tautia suojaamattomissa sukupuolisuhteissa[1311], voidaan erottaa intressiristiriitoja mm. potilaan, hoitohenkilökunnan ja poliisin (case 1) taikka potilaan omaisten, poliisin ja yksityisten asianosaisten (case 2) välille[1312]. Jos ja kun pyritään ottamaan huomioon vielä potilaan omaisten yksityisyyden suojaa koskevat intressit taikka tiedotusvälineiden sananvapauteen liittyvät intressit, ollaan varsin monimutkaisen kokonaisuuden edessä[1313].

Tiedoista kiinnostuneiden intressitahojen lisäksi voidaan erottaa luonteeltaan erilaisia *intressityyppejä,* joita kohtaan yksityisyyden suojaa haetaan (Taulukko 2). Nämä intressit eivät rajoitu yhdelle oikeudenalalle vaan käyvät läpi koko oikeusjärjestyksen. Osa intresseistä on lähinnä yhteiskunnan kokonaisedusta lähteviä (mm. sairauksien vähentäminen ja rikosten selvittäminen taikka hallinnon tehokkuuden ylläpitäminen), osa selkeästi yksilölähtöisiä (hoitosuhteen ylläpito, oikeusturva). Kuitenkin jotkut lainsäädännöllisistä keinoista intressien turvaamiseksi palvelevat sekä julkisen vallan että yksilön intressejä (esim. salassapito, asianosaisjulkisuus)[1314]. Erityyppisten intressien suojaamiseksi lainsäädännössä on käytetty erilaisia keinoja. Esim. hoitosuhteen luottamuksellisuutta

---

[1311] Matikkala 1995, s. 3–6.

[1312] Ks. myös TEO DNo 369/475/98, 26.3.1998. *Kysymys siitä, mikä oli potilasta suusta suuhun menetelmällä elvyttäneen henkilön mahdollisuus saada tietoja sittemmin kuolleen potilaan hepatiitti- ja HIV-statuksesta:*

Henkilö oli antanut ensiapua kadulla tuupertuneelle potilaalle, joka oli sittemmin kuollut. Poliisille oli toimitettu tiedot potilaan ruumiinavauslöydöksistä, ml. hepatiitti- ja HIV-statuksesta, ja poliisi oli tämän jälkeen ollut yhteydessä elvytyksen antaneeseen henkilöön. Elvyttäjä oli kannellut sosiaali- ja terveysministeriöön katsoen oikeusturvansa vaarantuneen, kun oikeuslääkäri ei ollut heti toimittanut hänelle ao. tietoja. Oikeuslääkäri oli tiedustellut toimintaohjeita sosiaali- ja terveysministeriöltä. Ministeriön kannan mukaan tällaisessa tilanteessa voitiin vainajaa kokevia tietoja antaa myös sivulliselle ja oikeuslääkäri oli toimittanut elvyttäjälle tämän pyytämät tiedot potilaan ruumiinavauslöydöksistä.

TEO totesi ratkaisussaan, että tietosuojaan liittyvät intressiristiriidat ovat merkittävä ongelma. Potilaan tietojen perinteistä suojelua toteutettaessa saatetaan vaarantaa toisen henkilön oikeussuoja. Oikeusturvakeskus on pyrkinyt tuomaan myös tämän näkökulman esille keskusteluissa, mutta ainakaan toistaiseksi intressiristiriita-ajattelu ei ole johtanut asian syvällisempään selvittämiseen.

Kyseisen tapauksen osalta on kuitenkin heti todettava, että elvyttäjän ohjaaminen asianmukaisiin jatkohoitotoimenpiteisiin *ei edellytä* vainajan potilastietojen paljastamista. Sairaanhoitohenkilökunta, joka säännöllisesti hoitaa potilaita, joiden tartuntavaarallisuus hoitohetkellä on tuntematon, suojautuu esim. hepatiittitartunnalta rokotuksin. HIV-tartunnalta suojaudutaan vastaavasti välttämällä eritekontaktia ja tarvittaessa desinfioimalla kosketuspinnat antiviraalisin ainein sekä käyttämällä ennaltaehkäisevästi HIV-lääkitystä mahdollisen verikontaktin jälkeen. Suomessa ei ole raportoitu yhtään työperäistä HIV-tartuntaa. Kyseiset suojautumiskeinot ovat jokaisen tuntematonta elvyttäneen käytettävissä eivätkä edellytä salassapidettävien tietojen paljastamista kuolleesta taikka elvytyksestä selvinneestä potilaasta. Vrt. kuitenkin Kangasniemi et al. 2001, s. 1035–1037.

[1313] Ks. myös Alderman and Kennedy 1995, s. XV.

[1314] Vastaava intressiajattelua ovat käyttäneet myös Freeman ja Robbins (1999, s. 322–324) analysoidessaan terveydentilatietojen luottamuksellisuutta Yhdysvaltalaisessa lainsäädännössä.

Taulukko 2: *Terveydenhuollon tiedonsiirroissa käytettyjen säätelykeinojen ja suojattavien intressien erottelu säännösesimerkkien valossa.*

Säätelykeino* Intressityyppi	**Rekisteröintikielto**	**Salassapito**	**Asianosaisjulkisuus**	**Sivullisen tiedonsaantioikeus**	**Rekisterinpito**	**Ilmoitusvelvollisuus viranomaiselle**
Perusoikeusargumentit (oikeus yksityisyyteen, itsemääräämisoikeus)	++ (PerL 10 §, HetiL 11 §)	+ (PotL 13 §, L terv.huollon ammattihenk. 17 §)	++ (JulkL 11–12 §, HetiL 24, 26 §)	Ø	Ø	Ø
Luottamuksen suoja	Ø	++ (PotL 13 §, L terv.huollon ammattihenk. 17 §)	+ (JulkL 11–12 § HetiL 24, 26 §)	Ø	Ø	Ø
Kansanterveydelliset argumentit	Ø	Ø	Ø	+ (TyötervL)	+ (L kansan terv. laitoksesta, L. terv.huollon kesk.rek)	++ (TartuntatautiL, AmmattitautiL)
Hallinnon tehokkuus	Ø	+ (JulkL 21 §)	Ø	++ (SVL, PotL 13 §, AsiakasL 17,20 §)	+ (HetiL 12 §, L terv.huollon kesk.rek)	Ø
Oikeusturva (todistelu yms.)	Ø	Ø	++ (JulkL 11–12 §, HetiL 24,26§)	+ (PotL 13§, IsyysL)	++ (PotL 12§)	Ø
Rikosten ja vahinkojen selvitys ja esto	Ø	Ø	+ (JulkL 11–12 §)	++ (EsitutkL, L terv.huollon Oik.turvakesk, AsiakasL 18 §.)	++ (AjokorttiA, L poliisin henk. rekistereistä)	++ (LastensuojeluL)

* + = argumetti esiintyy lainvalmisteluaineistossa,
Ø = argumentti ei esiinny lainvalmisteluaineistossa ko. intressin suojaamiseksi.

suojaa terveydenhuollon salassapitovelvollisuus (myös terveydenhuollon toimintayksikön sisällä) ja hallinnon tehokkuutta palvelee terveydenhuollon toimintayksikön oikeus pitää potilasrekisteriä.

Yksityisyyden suojan intressiulottuvuus ei suoraan vastaa edellä kuvattua yk-

sityisyyden suojan muotojen erottelua (eli tarvetta suojata potilaan minä-kuvaa, itsemääräämisoikeutta taikka sosiaalisia suhteita). Intressiulottuvuus tarkastelee ennen kaikkea yksityisyyden suojan suhteellista painoarvoa suhteessa muihin oikeudellisiin intresseihin (objektiivinen yksityisyys), kun yksityisyyden muoto-ulottuvuus (hoitosuhteessa) lähtökohtaisesti tarkastelee potilaan kokemaa subjektiivista yksityisyyttä. Yksityiselämä oikeudellisesti suojattuna intressinä on sinänsä subjektiivista yksityisyyttä, joka oikeus on olemassa ja jonka loukkaaminen sinänsä on moitittavaa. Intressiristiriitatilanteessa kuitenkin intressipunninta tehdään objektiivisen yksityisyyden ja toisen objektiivisesti osoitettavissa olevan ja oikeudellisesti suojatun intressin välillä[1315].

Niinpä pakkohoidossa olevan tartuntatautipotilaan itsemääräämisoikeus on rajoitettu ja hänen sosiaalisten suhteidensa suojakin on rajoitettua, koska yhteiskunnalla on perusteltua syytä selvittää taudin levinneisyys ja katkaista tartunnan eteneminen. Nämä yksityisyyden suojan rajoitukset eivät kuitenkaan oikeuta lääkäriä luopumaan hyvän hoidon vaatimuksesta ja jättämään huomiotta potilaan omaa itseään koskevat käsitykset[1316]. Yksityisyyden muoto-ulottuvuudella on merkitystä myös yritettäessä hahmottaa eräiden erityiskysymysten ongelmia: esimerkiksi keinohedelmöityksellä alkuunsaadun lapsen oikeus saada tietää biologinen alkuperänsä liittyy kysymykseen siitä, annetaanko itsemääräämisoikeudelle yksityisyyden suojassa niin keskeinen asema, että minä-kuvan suoja ja sosiaalisten suhteiden suoja joutuvat väistymään[1317].

Eri henkilötahojen ja suojattavien intressien lisäksi voidaan analyyttisen tarkastelun kohteeksi ottaa vielä suojattavien tietojen eri tyypit (*yksityisyyden suojan asiallinen ulottuvuus*). Kun hallinnon tietojen käsittelyn osalta lähdetään julkisuusolettamasta[1318], voidaan perustellusti olettaa, että esim. kaikki potilaasta koottu tieto ei sinänsä ole sellaista, jota pitää suojata. Terveydenhuollon rekistereihin kootaan tietoja mm. potilaan tunnistamiseksi, diagnoosia varten, hoitotoimenpiteiden kuvaamiseksi taikka potilaan muusta yksityiselämästä esim. sosiaaliturvan tarpeen selvittämiseksi. On ilmeistä, että eri henkilötahojen intressit eri tietoihin ovat erilaisia. On ajateltavissa, että esim. tarve potilaan tunnistetietojen antamiseen tilanteissa, jossa tarve liittyy julkisen vallan intressiin hallinnon si-

---

[1315] Tämän monimutkaisen havainnon konkretisoinnin esimerkkinä käy hyvin arkaluonteisten tietojen käsittelykielto. Tällaisten tietojen rekisteröinti on kiellettyä, jos potilas henkilö ei sitä halua ts. ei siihen suostu (mittarina henkilön oma subjektiivinen käsitys, jolle ei tarvitse esittää muita perusteita kuin, että ”en halua”). Intressiristiriitatilanteessa (esimerkiksi tartuntatautien ilmoittaminen) verrataan kuitenkin yksityisyyden suojan loukkaamisesta ao. tilanteessa kansalaiselle yleensä aiheutuvaa haittaan (so. normaalin, keskiarvoisen kansalaisen vastaavassa tilanteessa kokemaa mielipahaa) yksityisyyden loukkaamisesta saatuihin objektiivisiin hyötyihin (esimerkiksi lisätartuntojen estymiseen). Niinpä esimerkiksi tartuntataudin vaarallisuus on ratkaisevassa asemassa arvioitaessa objektiivisesti sitä, millaisiin yksityisyyden loukkauksiin on mahdollista ryhtyä.

[1316] Lehtonen 1985, s. 289–301.

[1317] Ks. oikeusministeriön työryhmän ehdotus 1997.

[1318] Mäenpää 1999, s. 1–8, Wallin ja Konstari 2000, s. 42.

säiseen tehokkuuden ylläpitämiseksi (esimerkiksi ohjattaessa potilas oikeaan, asuinpaikan perusteella määräytyvään hoitopaikkaan), on pienempi kuin tilanteessa, jossa tiedon tarve liittyy asianosaisen oikeusturvavaateeseen, kuten esimerkiksi isyysasiassa henkilötietoja selvittämään pyrkivällä asianosaisella.

Tiedonsiirron tarkoitus taikka pyydetyn tiedon *tietotyyppi* ei tunnu suomalaisessa lainsäädännössä taikka tapauskäytännössä juuri merkitsevän päätettäessä tiedonsiirron hyväksyttävyydestä. Henkilötietojen käyttötarkoitussidonnaisuusvaatimus kumoutuu, kun tietoja vaativa viranomainen perustaa vaatimuksensa tiedon saamiseen oikeuttavaan lainsäännökseen. Ainoa säädös, jossa annetaan erityistä merkitystä tiedonsiirron tarkoitukselle arvioitaessa tiedonsiirron hyväksyttävyyttä sisältyy PotL 13 §:ään, jonka mukaan potilasasiakirjoihin sisältyviä tietoja voidaan antaa toiselle terveydenhuollon toimintayksikölle tai terveydenhuollon ammattihenkilölle *potilaan tutkimuksen ja hoidon järjestämiseksi* potilaan suullisen suostumuksen tai asiayhteydestä muutoin ilmenevän suostumuksen perusteella. Tällaisissa tiedonsiirroissa potilaan suostumuksen saamista pidetään niin merkittävänä, että eduskunnan oikeusasiamies hyväksyi mm. vangin oikeuden kieltää hoitoaankin varten tarpeellisten tietojen siirron hoitoyksiköstä toiseen[1319].

KHO:n käytännössä on katsottu, että sairaanhoitopiirin kuntainliiton palveluja maksavalla kunnalla on oikeus saada tietoja potilaiden hoitopaikasta eli sairaanhoitopiirin ”asiakkaista”, vaikka tämä suurella todennäköisyydellä merkitsi myös tautitilan paljastumista. Taloudellinen valvonta kohotettiin näin potilaan hoidon rinnalle hyväksyttäväksi tiedonsaanti-intressiksi. Toisaalta kuitenkaan työterveyshuollon kuluja maksavalla työnantajalla ei ole oikeutta saada tietoja yksittäisen potilaan potilasasiakirjoista. Myöskään potilastietojen käyttöä elinkeinotoiminnassa ja esim. suoramarkkinoinnissa taloudellisen edun saavuttamiseksi ei ole pidetty hyväksyttävänä. Esim. optikkokortisto oli tietosuojavaltuutetun kannan mukaan sellainen henkilörekisteri, johon optikkoliikkeen uudella haltijalla ei ollut automaattista käyttöoikeutta[1320].

Yksityisyyden suojaa tarvitaan paitsi julkisen vallan puuttumista vastaan, myös sen turvaamiseksi, että sosiaaliset suhteet henkilön lähipiiriin syntyvät ja säilyvät henkilön haluamalla tavalla. KHO:n käytännössä omaisilla on kuitenkin katsottu olevan tiedonsaantioikeuden kuolleen potilaan potilasasiakirjoista potilaan kiellosta huolimatta ja siitä riippumatta, onko heillä ollut todennäköisiä syitä epäillä esim. hoitovirhettä vaiko ei. Alaikäisellä (mutta hoitopäätöksiin kykenevällä) henkilöllä on kuitenkin PotL:n perusteella mahdollisuus kieltää tietojen antaminen vanhemmilleen, mutta samaa oikeutta ei näytä olevan vanhemmilla lasten halutessa tietoja silloin, kun vanhemman oikeustoimikelpoisuus

---

[1319] AOA DNo 796/2/93, 14.1.1994.
[1320] TSV DNo 296/41/89.

on alentunut. Mitään rajoituksia sille, mitä tietoja esim. ko. tapauksissa on voitu antaa, ei ole asetettu, vaan tietoja vaatineet ovat ratkaistuissa tapauksissa itse saaneet määrittää, mitä tietoja he potilasasiakirjoista haluavat. Tietosuojavaltuutetun kannan mukaan taas henkilörekisteriin vietyjen potilastietojen tarkastusoikeus on henkilökohtainen eivätkä esim. kuolleen potilaan omaiset voi sitä käyttää taikka vaatia esim. tiedoissa olevia virheitä korjattavaksi. Potilaan omaisilla on joka tapauksessa PotL:n säännöksen mukaan oikeus saada tieto elävän, mutta hoitopäätöksiin kykenemättömän, potilaan sairauskertomustiedoista hoitoon osallistumista varten, jos potilas ei tätä ole kieltänyt. Potilaan omaisilla ei toisaalta näytä olevan oikeutta kieltää kuolleen potilaan tietojen luovuttamista muille asianosaisille.

Verrattaessa erilaisten terveydenhuollon toimintayksiköiden salassapitovelvoitteita voidaan todeta, että yksityistä terveydenhuoltoa koskevasta lainsäännöksestä puuttuu erillinen valtuutus antaa tietoja viranomaisille. Yksityisen terveydenhuollon yksiköiden vaitiolovelvollisuus onkin ehkä jossain määrin laajempi kuin julkisen terveydenhuollon yksiköiden ja tiedonsiirto edellyttää yleensä erillistä lupaa potilaalta. Julkisuuslain mukainen asianosaisjulkisuus koskee vain julkishallinnon viranomaisten asiakirjoja, joskin potilaalla itsellään ja hänen lähiomaisillaan on potilaslain perusteella oikeus saada tieto myös yksityisen terveydenhuollon potilasasiakirjoista. Tietosuojavaltuutettu on kuitenkin toisaalta hyväksynyt terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen tarkastusoikeuden yksityisen lääkäriaseman potilastiedostoihin tilanteessa, jossa potilaat olivat tyytyväisiä hoitoonsa eikä heitä hoitaneiden lääkäreiden edes epäilty syyllistyneen rikokseen. Yksityisen (ja julkisen) työterveyshuollon tietojen salassapito on sen sijaan heikompaa kuin muiden potilastietojen, sillä näitä tietoja voidaan luovuttaa viranomaisille ilman potilaan suostumustakin epäiltäessä työturvallisuuteen vaikuttavia laiminlyöntejä työpaikalla. Muulloinhan luovutusoikeuden edellytykseksi vaaditaan, että tutkittavana on rikos, josta voi seurata vähintään 6 vuotta vankeutta.

On todettava, että edellä esitettyjen tapausten, osin ristiriitaistenkin, ratkaisujen perusteluissa on varsin harvoin tehty todellista intressipunnintaa hoitosuhteen luottamuksellisuuden suojan ja julkisen taikka yksityisen tiedonsaanti-intressin välillä. Varsinkin KHO:n päätöksenteko, joka on perustunut suhteellisen yksiviivaiseen asianosaisjulkisuutta koskevien säännösten soveltamiseen ilman, että PotL:n taikka HetiL:n yksityisyyttä suojaavat yleisperiaatteet olisi otettu mukaan arviointiin, on varsin altis kritiikille tältä osin. Vaikka julkisuusperiaate auttaa kansalaisia kontrolloimaan hallinnon toimintaa, *ei yksityinen voi olla julkista* ja viranomaisen hallussa olevat toisen henkilön yksityiselämää koskevat tiedot eivät allekirjoittaneen käsityksen mukaan voi olla kenen tahansa kiinnostuneen saatavissa, vaan viranomaisen oikeuden tällaisten tietojen luovuttamisen täytyisi käytännössäkin olla riippuvaista kyseisen henkilön omasta myötävaikutuksesta (ts. suostumuksesta) tietojensa käyttöön.

Minkäänlaista erottelua sen suhteen, ketä PotL:n ja HetiL:n periaatteet suojaavat taikka mihin tarkoitukseen ja mitä tietoja voidaan antaa loukkaamatta oleellisesti potilaan yksityisyyden suojaa, ei ratkaistuissa tapauksissa ole tehty. PerL 10 §:n perusteella olisi kuitenkin ajateltavissa, että yksityisyyden suoja korostuisi niissä tilanteissa, jossa potilastietoja halutaan vain julkisen hallinnon sisäisen tehokkuuden ylläpitämiseksi (ts. kansalainen vs. julkinen valta -tilanteessa).

16.3. PERIAATTEIDEN SÄÄNTÖVAIKUTUS VS. SÄÄNTÖJEN PERIAATEVAIKUTUS

Kun yksityisyyden suojan toteutumiseen vaikuttavia asioita edellä kuvatun mukaisesti huomioitava kovin monta, johtaa yksittäisen *sääntöön* ja yksittäiseen oikeussuhteeseen perustuvan ratkaisusuosituksen antaminen (kuten suomalaisessa käytännössä yleensä on tehty) terveydenhuollon tiedonsiirtotilanteissa helposti muiden suojattavien oikeushyvien loukkaamiseen. Useimpiin käytännön tilanteisiin soveltuisikin paremmin *periaate*-tyyppinen normin soveltaminen, jossa pyrittäisiin optimoimaan normien yhteensovittaminen ja ylläpitämään kukin suojattava intressi sen maksimaalisessa laajuudessa[1321]. Tämä edellyttää tietysti huomattavaa asiaan paneutumista ja vaivannäköä hallintoviranomaisen taholta, eikä monipuolisen intressien huomioonottamisen voi odottaa kovin usein toteutuvan reaalielämässä. Tämän takia olisikin yksityisyyden suojan kokonaisuuden kannalta turvallisempaa tehokkaasti rajoittaa arkaluonteisten tietojen rekisteröintiä ja siirtoja, kuin luottaa (suorittavan) hallinnon kykyyn toteuttaa edellä kuvatun kaltaista yksityisyyden suojan intressipunnintaa käytännössä.

Myöskään potilaslain perusperiaatteita potilaan itsemääräämisoikeudesta ja hänen yksityisyytensä ja ihmisarvonsa kunnioittamisesta ei juuri ole hyödynnetty suomalaisten tuomioistuinratkaisujen perusteluissa arvioitaessa terveydenhuollon tiedonsiirtojen hyväksyttävyyttä (toisin kuin vastaavia säännöksiä esim. Saksassa ja USA:ssa)[1322]. Ratkaisutoiminta ajalta ennen uuden perustuslain voimaantuloa on argumentoinnissaan eduskuntalakikeskeistä: mikäli oikeutussäännös on ollut olemassa ja henkilötietolainsäädännön poikkeussäännös sovellettavissa, ovat sekä tietosuojalautakunta että korkein hallinto-oikeus pitäneet viranomaisen tiedonkeruutoimintaa oikeutettuna ilman vaatimusta erillisistä oikeusturvakeinoista rekisteröidylle. *Salassapitovelvoitteen poistava lainsäännös poistaa kuitenkin vain salassapitoon velvoitetun ”velvoitteen”. Se ei sinänsä rajoita rekisteröidyn henkilön (esim. potilaan) ”oikeutta” rajoittaa arkaluonteisten tie-*

[1321] Alexy 1986, s. 71, Scheinin 1991, s. 30.
[1322] Ks. Pahlman 1997, s. 817–818.

tojensa luovutusta taikka rekisteröintiä. Ts. potilaan oikeus kontrolloida hänestä kerättyjä arkaluonteisia tietoja voi olla voimassa, vaikka lääkärin salassapitovelvollisuus ei olisikaan voimassa. Yksityiselämän suojan eri komponentit kohdistuvat eri henkilötahoja kohtaan ja tietojen vaihdon ”luottamuksellisuuden” loppuminen ei suinkaan merkitse yksityisyyden suoja loppumista kuten EIT:n ratkaisu tapauksessa *Z vs. Finland* hyvin osoittaa[1323].

Edellisen lisäksi vielä ihmiseen kohdistuvan tutkimustoiminnan oikeusperiaatteet ovat jääneet lähes kokonaan huomioon ottamatta tietosuojaviranomaisten ja KHO:n antaessa lupia erilaisten hallinnon sisäisten tutkimusrekisterien luomiseen[1324]. Viranomaisten lakisääteiset tehtävät ovat ohittaneet ne lukuisat kansainväliset sopimukset ja suositukset, jotka Nürnbergin oikeudenkäynnin kokemusten jälkeen kuuluttivat jokaisen ihmisen oikeutta vapaasti päättää esim. siitä, minkälaisiin tutkimuksiin hän haluaa osallistua. Natsi-Saksassakin valtion toimesta kansalaisilla (ja ei-kansalaisilla) suoritetut tutkimukset perustuivat viranomaisten lakisääteisiin tehtäviin, eikä suostumusta tutkimuksen kohteena olevilta juuri tarvinnut kysellä. Paradoksaalisesti suostumusperiaatetta sovelletaan nyt varsin tiukasti terveydenhuollon sisäisissä, potilaan hoitoa koskevissa tiedonsiirroissa, muttei sitä tosiasiallisesti edellytetä ensisijaisena oikeutusperusteena tiedonsiirroissa terveydenhuollosta muille yhteiskunnan toimialoille (esim. sosiaaliviranomaisille).

Vaikka tietosuojavaltuutetun käytännöstä löytyykin useita ratkaisuja, joissa on katsottu joko käyttötarkoitusperiaatteen taikka yhteysvaatimuksen rekisteröidyn ja rekisterinpitäjän välillä rajoittavan mahdollisuutta terveydentilaa koskevien tietojen rekisteröintiin, ei näillä periaatteilla ole lopulta ollut kovin suurta käytännön merkitystä julkisen sektorin tiedonsiirroissa. Kun yhteysvaatimus hallinto-orgaanin ja kansalaisen välillä täyttyy jo sillä, että hallinto-orgaani on hallinto-orgaani ja rekisteröitävien tietojen tarpeellisuuden (ja sitä kautta niiden käyttötarkoituksen) määrittää hallinto-orgaani itse, ei em. tiedonsiirtoa rajoittaville periaatteille jää paljoa tilaa. Velvoitetta rekisteriselosteen laatimiseen ennen tietojen tallennusta, mikä pitää sisällään myös kuvauksen säännönmukaisista tietojen luovutuksista, voinee pitää jonkinlaisena käytännöllisenä tiedonsiirtojen rajoituksena. Se mahdollistaa kuitenkin potilaalle korkeintaan sen selvittämisen,

---

[1323] EIT 25.2.1997, *Z. vs. Finland* -tapaus.

[1324] Kysymys ilman tutkittavien suostumusta hankittujen tutkimustietojen käytöstä on edelleenkin vilkkaan eettisen keskustelun kohteena. Johtavat lääketieteelliset julkaisut ovat kuitenkin ottaneet kategorisen kannan siihen, että mikäli tutkimustulokset on saatu saattamatta tutkimusta eettisen ennakkoarvion alaiseksi ja hankkimatta tutkimuksen kohteena olevien henkilöiden suostumusta tutkimukseen osallistumiseen (mukaan lukien suostumuksen tutkimuksesta saatavien potilastietojen käyttöön), ei tuloksia tule julkaista. Nämä eettiset normit eivät edellä esitettyjen suomalaisten oikeustapausten valossa kuitenkaan tunnu koskevan omaa julkista hallintoamme, joka tuottaa tutkimustuloksia hallinnon sisäisen suunnittelutoiminnan tarpeisiin ilman tutkittavalta hankittua suostumusta. Erillistä suostumusta ei tarvita epidemiologiseen tutkimukseen, mikäli tutkimuksen kohteena olevaa henkilöä ei pystytä tunnistamaan tutkimusrekisteristä.

mihin häntä koskevia tietoja on siirretty, mutta muuten rekisterikuvauksen merkitys rekisteröidyn kannalta on vähäinen: Vaikka potilaalla on tarkistusoikeus tietoihinsa, ei hän Suomessa – vastoin EU:n tietosuojadirektiivin säännöksiä – ole käytännössä voinut vaatia itseään koskevien tietojen poistamista terveydenhuollon tai muun hallinnon rekisteristä taikka koko henkilörekisteriä hävitettäväksi tarpeettomana. Rekisterinpitäjän huolellisuusvelvoitteenkin sisältö jää käytännössä suurelta osin rekisterinpitäjän itsensä määriteltäväksi niin kauan, kun hallinnon arkaluonteisia tietoja sisältävien henkilörekisterien käyttöoikeuksien määrittely ei perustu julkisesti arvioituihin säännöksiin.

Terveydenhuollon valtakunnallisiin keskusrekistereihin ja esim. Kansaneläkelaitoksen rekistereihin kerätään nykyisin suuret määrät yksilöä koskevaa arkaluonteista tietoa. Keskushallinnon tutkimus- ja tilastotarkoituksiin pidetyt rekisterit tulisi kuitenkin Euroopan Neuvoston suositusten mukaisesti anonyymisoida[1325]. Ainoastaan niihin rekistereihin, joiden tarkoitus selkeästi on valvoa yksilön käyttäytymistä, pitäisi voida tallentaa tunnistetietoja ilman asianomaisen henkilön suostumusta. Muussa tapauksessa viranomaisten tulisi ensisijaisesti pyrkiä hankkimaan rekisteröityjen henkilöiden suostumus heitä koskevien tietojen keräämiseen, mikä käsittääkseni vastaisi myös suhteellisuusperiaatteen mukaista pyrkimystä kohdistaa kansalaisiin pienintä tarvittavaa pakkovaltaa. Tutkimustulostenkaan luotettavuus tuskin kärsisi, mikäli ne perustuisivat vapaaehtoisiin otoksiin pakkorekisteröinnin sijaan – onhan vaaligallupienkin osuvuus nykyään varsin hyvä, eivätkä sairaalassa kiireessä kirjatut diagnoosit toisaalta aina ole kovinkaan luotettavia, mutta ne liimautuvat potilaaseen helposti loppuiäksi.

Perusoikeusmyönteinen laintulkinta edellyttää, että lakia sovellettaessa puuttuminen perusoikeuteen minimoidaan ja että lakia pyritään soveltamaan kansalaisen perusoikeuksia edeltävällä tavalla. Käytännössä tämän tulisi merkitä seuraavaa:

I. Tilanteessa jossa viranomainen käsittelee kansalaiselle myönnettävää etuutta, tiedot hankitaan ensisijaisesti kansalaiselta itseltään taikka pyydetään erillinen suostumus terveystietojen hankkimiseen häntä koskevista rekistereistä[1326]. Oikeutussäännös merkitsee tällöin käytännössä vain oikeutta yleensä käsitellä ja

---

[1325] Vertailun vuoksi todettakoon, että Ruotsissa on käyty vilkasta keskustelua siitä, onko mahdollista perustaa tutkimustarkoituksia varten valtakunnallinen rekisteri, jonne tallennettaisiin tiedot maassa tehdyistä aborteista. Tarkoituksena olisi selvittää syitä aborttien lisääntymiseen Ruotsissa viime vuosina. Tällaisen rekisterin perustamista on aiemmin Ruotsissa pidetty mahdottomana, koska se loukkaisi niin syvästi rekisteröityjen yksityisyyden suojaa ja mm. Ruotsin lääkäriliitto on voimakkaasti vastustanut hanketta. Ruotsin sosiaaliministeriö selvittää edellytyksiä mainitunlaisten rekisterien perustamiseen osana terveydenhuollon tietosuojan uudistusta (ks. ns. Hälsodatakomittee:n mietintö). Editorial. Läkartidningen 1997, s. 1342.

[1326] Sorvari 2001, s. 92–93. On huomattava, että suostumuksen lisäksi salassapidettävän tiedon saamisen edellytyksenä tulee olla käyttötarkoituksenmukainen luovutusperuste. Jos luovutusperustetta ei ole, pelkästään asiakkaan suostumus ei ole riittävä edellytys arkaluonteisen tiedon hankkimiselle.

tallentaa sellaisia arkaluonteisia tietoja, joiden käsittely on viranomaiselle yleensä kiellettyä kansalaisen yksityiselämään puuttumista. Oikeus ei merkitse mahdollisuutta poiketa hyvän hallinnon vaatimuksesta ja esim. kansalaisen perusoikeuksien edistämisvelvollisuudesta laiminlyömällä suostumuksen hankkiminen tai henkilön informointi häntä koskevien tietojen hankkimisesta.
II. Tilanteessa jossa viranomainen käsittelee kansalaiselle myönnettävää etuutta ja henkilön suostumus ei ole helposti hankittavissa (esimerkiksi käsitellään dementoituneen vanhuksen sosiaalietuuksia), viranomaisen tulee tietoja hankkiessaan pyrkiä edistämään kansalaisen oikeuksia ja siis toimia sellaisella tavalla, että sen voidaan objektiivisesti katsoen olevan toimintaa kansalaisen parhaaksi. Tällöin terveydenhuoltohenkilöstön toiminnan osalta arviointikriteeristönä on hyvän hoidon standardi, johon kuuluu paitsi varsinaisen hoidon asianmukainen toteuttaminen, myös huolehtiminen potilaan riittävästä informoimisesta, potilaan suostumuksen hankkiminen henkilökohtaiseen koskemattomuuteen puuttuviin toimiin sekä potilaan yksityisyyden aktiivinen suojaaminen.
III. Tilanteessa, jossa viranomainen käsittelee kansalaiselle myönnettävää etuutta, mutta pitää välttämättömänä väärinkäytösten mahdollisuuden takia varmentaa kansalaista koskevia tietoja arkaluonteisista rekistereistä, tietojen hankkimisen välttämättömyys ja yksityisyyteen puuttuminen on suhteutettava käsiteltävän etuuden merkitykseen[1327]. Yksityiselämään puuttuminen ei saa ylittää sitä, mikä on täysin välttämätöntä viranomaisen tehtävien toteuttamiseksi ja sen ajallisen keston tulee rajoittua lyhimpään mahdolliseen ajanjaksoon. Lisäksi etuutta hakevalla henkilöllä tulee olla käytössään viranomaisen ratkaisun perustana olevat tiedot.

Edellä esitettyjen oikeustapausten perusteella henkilötietolainsäädännön mukaisia periaatteita[1328] on suomalaisessa oikeuskäytännössä hyvin harvoin asetettu ratkaisun perustaksi otettaessa kantaa potilastietojen rekisteröinnin tai rekisteritietojen käytön (ts. tiedonsiirron) luvallisuuteen. Sen sijaan ne esiintyvät varsin usein tietosuojavaltuutetun ratkaisuissa yhtenä osana asianosaisille annettua ”neuvoa”. Tämä viittaisi siihen, että kyseiset periaatteet on käytännössä koettu nimenomaan Alexyn tarkoittamien ”periaatteiden” kaltaisina ja että ne pyritään aina huomiomaan, vaikka ratkaisussa ei aina yllettäisikään periaatteen täysimääräiseen noudattamiseen.

Vastaavasti terveydenhuollon salassapitosäännökset näyttävät hyvin useassa tapauksessa menettävän täysin merkityksensä, kun monimutkaiseen lainsäädän-

---

[1327] ibid, s. 91–93: Tiedon hankkimisen osalta on ennen tiedon vaatimista selvitettävä, mitä lisäinformaatiota päätöksen teon perustaksi vaadittavan informaation eheys edellyttää.
[1328] Näitä periaatteita ovat: arkaluonteisten tietojen käsittelykielto, säännönmukaisen tietojen luovutuksen ilmoitusvelvollisuus, tietojen tarpeellisuusvaatimus ja käyttötarkoitussidonnaisuus, rekisterinpitäjän huolellisuusvelvoite sekä rekisteröidyn ja rekisterinpitäjän yhteysvaatimus.

töön sisällytetään henkilön terveydentilaa koskevien tietojen tiedonsaantioikeutta koskevia *sääntöjä*. Näyttäisikin ilmeiseltä, että potilaan ”luottamuksen suojasta” ei suomalaisessa oikeuskäytännössä ole muotoutunut sellaista periaatetta, joka otettaisiin aina ainakin jossain määrin huomioon, vaan vallitsevan käytännön mukaan salassapitosäännökset joko pätevät taikka kumoutuvat. Uuden perustuslain yksityiselämän suojaa koskevan perusoikeussäännöksen soveltamisen tulisi jatkossa muuttaa tätä tilannetta, sillä hoitosuhteen luottamuksellisuuden katsotaan ainakin tapauskäytännön perusteella varsin yksiselitteisesti sisältyvän henkilön suojattuun yksityiselämään.

16.4. ERÄITÄ VASTAUKSIA TUTKIMUKSESSA ASETETTUIHIN KYSYMYKSIIN

Käytännössä näyttää siis siltä, että päätösvalta potilastietojen siirrosta ei edellä esitettyjen säännösten soveltamistilanteissa yleensä kuulu potilaalle itselleen taikka häntä hoitaneelle lääkärille[1329], vaan sille viranomaiselle, jonka tehtäviin tietojen kerääminen ja niiden edellyttämät päätökset on laissa tai viranomaisen sisäisissä ohjeissa asetettu. Viranomaisten tiedonsaanti arkaluonteisten tiedoista katsotaan tosin edellyttävän eduskuntalain säännöstä, koska tiedonsiirrot loukkaavat PerL 10 §:n mukaista yksityiselämän suojaa. Näitä ”nimenomaisia” säännöksiä Suomen laki sisältää kuitenkin varsin monta (ks. Taulukko 3)[1330].

Voimassaolevassa oikeudessa poikkeukset potilastietojen salassapidosta muodostavatkin tällä hetkellä säännön (eivätkä poikkeuksen). Sairauskertomustietojen *todellista* salassapitovelvollisuutta kuvaakin parhaiten seuraava muotoilu:

Suomalainen normi: ”*Potilastietoja ei saa luovuttaa sellaiseen henkilölle, joka ei ole potilaan lähiomainen tai läheinen, ja jolla ei ole mitään sellaista etua tai oikeutta valvottavanaan, johon potilastiedot hakijan mukaan voisivat olla tarpeellisia. Tietoja ei tarvitse myöskään luovuttaa sellaiselle viranomaiselle, jonka lakisääteiset tehtävät eivät edellytä terveystietoja ja joka ei muutoin ole asianosaisen asemassa sellaisessa asiassa, jossa ko. tietoja tarvittaisiin.*”

Ts. tiedot saadaan lukuisten poikkeussäännösten ja KHO:n käytännön perusteella luovuttaa terveydenhuoltoyksiköstä kaikille niitä tarvitseville (omaiset, terveydenhuollon suunnittelu, terveysvalvonta, vakuutuslaitokset, sosiaaliviran-

---

[1329] Potilasta hoitavan lääkärin oikeudellinen asema ei julkisen hallinnon tietojen luovuttamisoikeuden suhteen poikkea muun (kunnallisen) virkamiehen asemasta. Viranomaisella ei taas ole omaehtoista oikeutta luovuttaa potilastietoja toiselle viranomaiselle, paitsi toiselle hoitoon osallistuvalle yksikölle tai omaiselle, jos potilas ei ole sitä kieltänyt.

[1330] Lainsäännökseen perustuvien rekisterien lisäksi viranomaiset ylläpitävät edelleen lukuisia rekisterejä, joiden perustana ovat lähinnä viranomaisen itselleen asettamat tehtävät. Ks. esim. HE 5/2001 vp sekä STM 1998:18, s. 46–50.

Taulukko 3: *Esimerkkejä säännöksistä, jotka oikeuttavat poikkeamaan potilaan yksityisyyden suojasta.*

Tietojen saamiseen oikeuttavat säännökset		**Tietojen rekisteröintiin oikeuttavat säännökset**		
Säännös	***Tiedon saantiin oikeutettu***	***Säännös***	***Tiedon rekisteröintiin oikeutettu***	***Rekisteröitävät tiedot***
PotL 13 §, L kuolemansyyn selvittämisestä 15 §	Hoitohenkilökunta, omainen	PotL 12 §, HetiL 12 10. kohta §	Terveydenhuollon ammattihenkilö ja toimintayksikkö	Sairauskertomustiedot
JulkL 11,12 §	Asianosainen	HetiL 12 § 10. kohta	Terveydenhuollon viranomainen	Sairauskertomustiedot
TyötervL 6 §	Työnantaja	HetiL 12 § 11. kohta	Vakuutusyhtiö	Sairauskertomustiedot
L työsuojelun valvonnasta 5 ja 22 §	Työsuojeluviranomainen	HetiL 12 § 12. kohta, 14 §	Yksilöityä tutkimusta tekevä**	Tutkimusta varten tarpeelliset tiedot
PoliisiL 35 §*, EsitutkintaL 27 § 2 mom	Poliisi	A terv.huollon kesk.rek. 4 §	Lääkelaitos	Lääkkeiden sivuvaikutustiedot
AsevelvL 42c §	Sotilasviranomaiset	A terv.huollon kesk.rek. 2 §	STAKES	Hoitoilmoitustiedot
A syntymän ja kuoleman rekist. 3 §	Väestörekisteri	A terv.huollon kesk.rek. 3 §	STAKES	Syntyneitä lapsia koskevat tiedot
L terv.huollon kesk.rek. 3 §	STAKES, Lääkelaitos	A terv.huollon kesk.rek. 6 §	STAKES	Raskauden keskeytyksiä ja sterilointeja koskevat tiedot
TartuntatautiL 23 §	Sairaanhoitopiiri, Kansanterveyslaitos	A terv.huollon kesk.rek. 7 §	STAKES	Syöpätapauksia koskevat tiedot
L terv.huollon ammattihenk. 19 §, L yksit. terv.huollosta 16 §, OK:n ohjesääntö 17 §	TEO, lääninhallitus, oikeuskansleri, oikeusasiamies	A terv.huollon kesk.rek. 8 §	STAKES	Epämuodostumia koskevat tiedot
LastensuojeluL 40 §	Lastensuojeluviranomainen	A terv.huollon kesk.rek. 9 §	STAKES	Näkövammoja koskevat tiedot
AsiakasL 20 §	Sosiaaliviranomainen	A terv.huollon kesk.rek. 10 §	STAKES	Implantaatteja koskevat tiedot
KEL 83 §, SVL 68 §	KELA	TartuntatautiL 6 ja 23 §	Kansanterveyslaitos	Tartuntatauteja koskevat tiedot
KiEL 10 §, KVTEL 12 §, TEL 17 §, VEL 23 §	Eläkelaitos	TyötervL 10 §, L työsuojelun valvonnasta 22 §, TapVakL 64a §	Työterveyslaitos	Työperäisiä sairauksia koskevat tiedot
TapVakL 65 §	Tapaturma-Vauutusyhtiö	AjokorttiA 48 §	Autorekisterikeskus	ajo-oikeutta koskevat tiedot
TilastoL 11 §	Tilastokeskus	L poliisin henk.rek 2 §	Poliisi	Epäiltyjä koskevat terveydentilatiedot
ArkistoL 10 §	Arkistoviranomaiset	AsevelvA 87 §	Sotilasviranomaiset	Asevelvollisia koskevat terveydentilatiedot
L kuntouttavasta työtoim. 12 §	Työvoimaviranomaiset	L kuntouttavasta työtoim. 12 §	Työvoimaviranomaiset	Terveydentilatiedot

*Ks. myös AjokorttiA 9 ja 11 § sekä Ampuma-aseA 19 ja 24 §. Lisäksi STM:n ns. makropilottihankkeessa poiketaan useista keskeisistä tietosuojaperiaatteista (arkaluonteisten tietojen käsittelykielto, tietojen käyttötarkoitussidonnaisuus, rekisteröidyn informoiminen tietojen siirrosta) (L 811/2000).

omaiset, poliisi, puolustusvoimat), mutta mikäli potilas on tietojen luovutuksen erityisesti kieltänyt, ei tietoja saa potilaan elinaikana luovuttaa potilaan omaisille taikka toiselle terveydenhuollon yksikölle, jos potilas pystyy itse päättämään hoidostaan.

Todellisuudessa PotL:n mukainen terveydentilaa tai sairautta koskevien tietojen salassapito kohdistuu enää vain tahoon, johon nähden potilas ei tarvitse tietosuojaa! Esim. poliisiviranomaisen oikeus saada tietoja potilasasiakirjoista ylittää jo käytännössä sen, mitä voidaan käyttää todisteena saman asian oikeudenkäynnissä, koska poliisin oikeus tiedonsaantiin ei edellytä, että henkilöä edes syytetään törkeästä rikoksesta: Ainoa edellytys on, että poliisi pitää tutkittavaa tekoa törkeänä ja että se katsoo tarvitsevansa ko. tiedot osana tutkinta-aineistoa (esim. epäiltyjen poissulkemiseksi). Mikäli syyte jätetään nostamatta taikka syyttäjä päättää syyttää vain lievästä rikoksesta taikka syyte nostetaan jotain muuta henkilöä vastaan, ei esitutkinnassa käytettyjä potilastietoja ole oikeudenkäymiskaaren mukaan mahdollista käyttää todisteena oikeudenkäynnissä, mutta esitutkintapöytäkirjat (joihin ao. alunperin luottamukselliset tiedot sisältyvät) eivät ole ”potilasasiakirjoja” ja päätyvät siten oikeudenkäyntimateriaaliksi ja mahdollisesti niiden sisältämät tiedot vielä poliisin omiin henkilörekistereihin[1331]. Poliisi voi nykysäännösten mukaan murtaa lääkärin salassapitovelvollisuuden aivan siitä riippumatta, onko henkilö, jonka potilastiedoista on kyse, itse epäiltynä rikoksesta tai ei.

Tietosuojadirektiivin 1 artikla velvoittaa kuitenkin EU:n jäsenvaltiot turvaamaan direktiivissä säädetyllä tavalla yksilöille heidän perusoikeutensa ja -vapautensa ja erityisesti heidän oikeutensa yksityisyyteen henkilötietojen käsittelyssä. Myös EN:n tietosuojasopimus, johon Suomi on liittynyt, edellyttää, että henkilötietojen automaattisessa tietojenkäsittelyssä sopimuspuolen alueella jokaiselle yksilölle riippumatta hänen kansalaisuudestaan tai asuinpaikastaan turvataan hänen oikeutensa ja perusvapautensa ja erityisesti hänen oikeutensa yksityisyyteen (1 artikla). Eurooppalaisen normin *mukaan terveydentilatietojen luovutuksen hoitosuhteen ulkopuolisille viranomaisille tulisikin perustua ensisijaisesti rekisteröidyn suostumukseen ja silloin kun tiedon rekisteröinti tai tiedonsiirto voidaan tehdä suostumuksesta riippumatta sen edellytyksenä tulee olla paitsi lakitasoisen oikeuttavan säännöksen, myös objektiivisesti osoitettavissa olevan yleisen edun ja suhteellisuusperiaatteen noudattamisen arvioitaessa yksityiselämän loukkauksen määrää (tietojen arkaluonteisuus, määrä ja käyttötarkoitus) suhteessa haettuun etuun*. Henkilöllä, jonka yksityiselämää loukataan, on myös oltava saatavilla asianmukaiset oikeusturvatakeet, eli häntä on informoitava arkaluonteisten terveydentilatietojen rekisteröinnistä ja hänellä on oltava mahdol-

[1331] Ks. esim. edellä esitetty ns. HIV-raiskaajan tapaus, HHO 10.12.1993.

lisuus tuomioistuimessa vaatia tietojen korjaamista tai poistamista sekä vahingonkorvausta yksityiselämänsä loukkaamisesta. *Eurooppalainen normi suomalaiseen hallinto-oikeudelliseen järjestelmään sovitettuna merkitsee siis sitä, että potilaan suostumuksesta riippumatta tehtävistä tiedonsiirroista tulisi tehdä valituskelpoinen päätös, joka annetaan tiedoksi asianosaiselle* (ts. henkilölle, jonka tiedoista on kysymys). Periaate on sopusoinnussa hyvän tiedonhallintatavan kanssa, joka edellyttää, että asiakirjoista ja henkilörekisteristä olisi aina oltava selvitettävissä, minne niistä on tietoja luovutettu[1332]. Tällä hetkellä muutosta voidaan hakea päätökseen, jolla asiakirjan antaminen on kielletty, mutta ei sellaiseen viranomaisen päätökseen, jolla yksityisen edun vuoksi salassapidettävä asiakirja on annettu tiedoksi muulle kuin sille henkilölle, jota asiakirja koskee. Menettelyn ehdotettu monimutkaisuus korostaa henkilön suostumuksen hankkimisen merkitystä, sillä esimerkiksi vastaanottokäynnin yhteydessä potilasasiakirjoihin rekisteröity suostumus asiakirjojen käytöstä potilaan jatkohoidon järjestämisessä mahdollistaa terveydenhuollon sisäisen tiedottamisen. Potilaan suostumuksen tulisi aina olla ensisijainen oikeutus arkaluonteisten tietojen käsittelyyn myös hallinnon sisällä.

Potilas itse yleensä raportoi terveydentilastaan hoitosuhteen ulkopuolisille tahoille (sosiaaliturvaa hoitavat viranomaiset, työnantaja) erilaisten todistusten ja lausuntojen avulla. Näiden asiakirjojen varmentamisen hallinnon sisällä potilaan suostumuksesta riippumatta edellyttämällä terveydenhuollon ammattihenkilöä raportoimaan suoraan ao. viranomaisille ei siis tulisi olla mahdollista ilman erillistä valituskelpoista hallintopäätöstä tietojen luovuttamisesta silloinkaan, kun lainsäännös tällaiseen luovuttamiseen antaa oikeuden.

16.5. NORMISUOSITUKSIA

Terveydentilatietojen rekisteröinnin edellytykset

Terveydenhuollon ammattihenkilön salassapitovelvoite perustuu lakiin ja se voidaan poistaa toisella lainsäännöksellä. Potilaan oikeus yksityiselämäänsä koskevien tietojen suojaan on kuitenkin perustuslain 10 § mukainen perusoikeus ja taattu kansainvälisissä ihmisoikeussopimuksissa, jotka pääsääntöisesti kieltävät mm. arkaluonteisten tietojen keräämisen ilman henkilön suostumusta. Tästä perusoikeudesta ei voida poiketa, kun tärkeiden yhteiskunnallisten syiden takia ja

[1332] Ks. myös STM 2001:3, s. 22–23. ”Potilasasiakirjoihin tulee tehdä merkintä potilaslain 13 §:n 2 ja 3 momentin perusteella tapahtuneesta tietojen luovuttamisesta (mitä tietoja, milloin, kenelle, kuka luovutti) ja luovutuksen peruste (laki, potilaan kirjallinen tai suullinen suostumus tai asiayhteydestä ilmenevä suostumus.”

takaamalla potilaalle riittävät oikeusturvakeinot oikeuksien loukkaamisen varalta. Näiksi oikeusturvakeinoiksi on EU:n tietosuojadirektiivissä ja Euroopan Neuvoston tietosuojasopimuksessa määritelty henkilön oikeus tulla informoiduksi häntä koskevien arkaluonteisten tietojen siirrosta ja mahdollisuus kieltää ao. tietojen siirto.

Lausunnossaan sosiaalihuollon asiakaslaista eduskunnan perustuslakivaliokunta linjasi arkaluonteisten tietojen siirtojen edellytyksiä viranomaisten välillä. Vaikka perustuslakivaliokunnan kannanotto koski suoraan vain asiakaslain oikeutussäännösten suhdetta perustuslain 10 §:ään, lienee uuden perustuslain 10 §:llä vastaava tulkintavaikutus myös muiden, jo ennen perusoikeusuudistusta säädettyjen, tiedonkeruun oikeutussäännösten soveltamiskäytännölle. Jotta siis arkaluonteisia henkilötietoja voitaisiin laillisesti kerätä ja tallettaa, tulee käsittelyä koskevassa sääntelyssä olla nimenomaisesti mainittu oikeudesta tallettaa tiettyä tehtävää varten *terveydentilatietoja*. Oikeuden tallettaa arkaluonteisia tietoja tulee muutoinkin olla sääntelyn perusteella yksiselitteistä ja selvää.

Poikkeaminen perustuslain yksityiselämän suojaa koskevasta perusoikeussäännöksestä edellyttää lisäksi, että terveydentilatietojen kerääminen ja rekisteröinti on *välttämätöntä* hoidettavan asian kannalta ja että yksityiselämän loukkaus on *hyväksyttävässä suhteessa* loukkaamisella saavutettavaan yhteiskunnalliseen hyötyyn[1333]. Euroopan Ihmisoikeussopimus edellyttää lisäksi, että perusoikeuden loukkaus on *välttämätön demokraattisessa yhteiskunnassa*. Jos välttämättömyys ymmärretään sen tavanomaisessa merkityksessä, eli että se on jotain, mitä ilman ei voi tulla toimeen, päädytään helposti lopputulokseen, että henkilötiedoilla varustettujen terveydenhuollon toimintayksiköiden ulkopuolisten henkilörekisterien perustaminen ei ole välttämätöntä demokraattisessa yhteiskunnassa. Tällaisia rekistereitä ei näet löydy muista länsimaisista demokratioista – päinvastoin esim. Iso-Britanniassa, Ranskassa ja Saksassa tällaisiin rekistereihin on suhtauduttu erittäin kielteisesti. Näissäkin maissa pystytään kuitenkin tuottamaan vertailukelpoista tilastotietoa sekä hallinnon että tutkimuksen tueksi.

On huomattava, että kun arkaluonteisten tietojen rekisteröinnin perusteena on yleinen etu, on rekisterin pidosta oltava myös todellista konkreettisesti osoitettavissa olevaa hyötyä. Tiedonsiirron tällaiseen rekisteriin sallivissa normeissa tulisi selkeästi kuvata se tärkeä julkinen intressi (EU-direktiivin mainitsema ”*substantial public interest*”), minkä vuoksi arkaluonteisten tietojen kerääminen on mahdollista. Kansalaisten yksityiselämän loukkaaminen arkaluonteisia tietoja sisältävällä rekisterillä silloin, kun rekisteristä saatu todellinen hyöty on kyseenalainen[1334], ei ole hyväksyttävää.

[1333] Suhteellisuuden ja välttämättömyyden vaatimus koskee myös salassapidosta poikkeamista yksittäisen asian käsittelyssä. Sorvari 2001, s. 26–27.
[1334] Valtiontalouden tarkastusvirasto 1998, s. 36.

Potilasrekisterien käyttö

Oikeus arkaluonteisten tietojen käsittelyyn on henkilötietolailla rajattu niihin tilanteisiin, joissa käsittely on rekisterinpitäjän toiminnan tai kannalta *välttämätöntä*. Muutoin arkaluonteisten henkilötietojen käsittely on oikeutettua vain asianomaisen henkilön nimenomaisella suostumuksella, jonka on oltava yksilöity ja nimenomainen. Suostumuksen on myös perustuttava rekisteröidylle annettuun informaatioon tietojenkeruun tarkoituksesta ja tietoa käsittelevistä henkilöistä. Kuten edellä ilmenee[1335], keskeisissä Länsi-Euroopan maissa suhtaudutaan huomattavasti Suomea tiukemmin potilasrekisterien luottamuksellisuuteen ja potilasrekisterien käyttö näissä maissa rajoittuu lähes yksinomaan potilaan suostumuksen perusteella tapahtuvaan terveydenhuollon sisäiseen informaation vaihtoon.

Luovutettaessa arkaluonteisia terveydentilatietoja terveydenhuollon toimintayksikön ulkopuoliseen henkilörekisteriin, on rekisteröityä pystyttävä (kyseisen rekisterin rekisteriselosteen perusteella) informoimaan siitä, kuka nimetty henkilö tai missä virka-asemassa oleva henkilö on oikeutettu arkaluonteisia tietoja käyttämään (tiedonsaannin *henkilöitymisperiaate*). Suomessa yleisesti käytetty lainsäädäntötapa, missä jätetään mainitsematta se, kuinka laajalle viranomaisen sisällä tiedonsaantioikeus ulottuu, ei tätä vaatimusta täytä. Esimerkiksi asiakaslain laatimistavan perustella voisi periaatteessa päiväkodin lastentarhanopettaja vaatia tietoja hoidossaan olevan lapsen potilasasiakirjoista sen varmistamiseksi, että lapsella tosiaan on maitoallergia ja että vanhempien pyytämä erikoisruokavalio on todella perusteltu – kyseessähän on paitsi myönnetyn edun kustannusvalvonta, myös ”välttämätön lapsen etu”. Pääsääntönä kuitenkin pitäisi olla, että tietojen vaatiminen hyvän hallinnon vaatimusten mukaisesti on viranomaisen sisällä määrätty tietyn viranhaltijan tehtäväksi, jolla viranhaltijalla on virka-asemansa perusteella myös oikeus tehdä tietojen vaatimiseen oikeuttava hallintopäätös[1336]. Kun virkamiehetkin ovat luonnollisia henkilöitä, joilla on sosiaalisia suhteita, tulisi viranomaisen tiedonhankinnassa varmistaa vielä, ettei juuri ja nimenomaan kyseisen virkamiehen tiedonsaanti loukkaa kansalaisen yksityiselämää eli että rekisteröidyllä tulisi tiedonsiirtojen yhteydessä olla myös mahdollisuus tuoda ilmi, että hän ei halua tietojaan jonkun nimetyn virkamiehen nähtäväksi[1337]. Terveydenhuollossa laajalti suunnitellut tietojärjestelmien yhdis-

---

[1335] Ks. luku 15.

[1336] ks. myös JulkisuusA (1030/1999) 4 §.

[1337] On muistettava, että potilaslain mukaan alaikäinen voi kieltää tietojen antamisen vanhemmilleen esimerkiksi hankkimastaan abortista – tätä oikeutta ei kuitenkaan ole sellaisilla henkilöillä, joiden vanhemmilla on pääsy terveydenhuollon valtakunnallisiin keskusrekistereihin, jonne on rekisteröity kaikkien suomalaisten terveystiedot. Huumausaineiden käytön takia terveydenhuollon yksikössä hoidettavana ollut henkilö, ei myöskään välttämättä halua, että ko. terveydenhuollon toimintayksikössä töissä ollut sukulainen voi käsitellä häntä koskevia potilasasiakirjoja.

tämiset ilman käyttöoikeuksien määrittelyä ja tehokasta rajaamista ja potilaan vaikutusmahdollisuuksien turvaamista sotivat tätä periaatetta vastaan.

Hallinnon yleiset oikeusperiaatteet (yhdenvertaisuus ja suhteellisuusperiaate) koskevat Suomessa kuitenkin myös terveydenhuollon tiedonhallintaa. Kun julkisen vallan velvollisuutena on edistää perusoikeuksia (mm. yksityiselämän suojaa), on sen pyrittävä minimoimaan yksityiselämän loukkaukset (mm. arkaluonteisten tietojen rekisteröinti silloinkin kun se on oikeutettua) ja rajoitettava tällaisen tiedon keruu siihen, mitä on objektiivisesti katsoen välttämätöntä ao. tarkoituksen saavuttamiseksi. Tilastointi tulee näin hoitaa pääosin anonyymein tiedoin.

Suomessa hoitosuhteessa suoritettujen toimenpiteiden hyväksyttävyyden arviointiin on otettu lähinnä ns. *Bolam-testiä* vastaava linja eli että terveydenhuollon ammattihenkilön toimintaa arvioidaan suhteessa hyvään lääketieteelliseen käytäntöön. Myös terveydenhuollon tiedonkäsittelyn arviointiperusteena on hyvä hoitokäytäntö, joskin pakottava lainsäädäntö asettaa potilasasiakirjojen laatimisen hyville käytännöille lisävaatimuksia. Hoitosuhteen luottamuksellisuuden takia potilasasiakirjoihin tulisi aina tehdä erillinen merkintä siitä, mitä tietoja on siirretty toiseen henkilörekisteriin. Kun potilaslain 13 §:n mukaan sivullisena pidetään jokaista, joka ei osallistu potilaan hoitoon tai hoitoon liittyviin tehtäviin, tulisi merkintöjen teko potilasasiakirjoihin ja niiden saatavuus rajoittaa käytännössäkin siihen hoitohenkilökuntaan, jolla on hoitosuhde potilaaseen. Potilasta koskevien henkilörekisterien käyttöoikeudet tulisi näin määrittää (esim. hoitavan lääkärin toimesta) erikseen jokaisen hoitokäynnin yhteydessä. Potilaan yksityisyyden kunnioittaminenhan on osa hyvää hoitoa.

On mielenkiintoista, että vaikka terveydentilatietoja kootaan potilasrekistereihin juuri hoidon laadun ja jatkuvuuden turvaamiseksi, ei potilasta hoitavalla hoitohenkilökunnalla ole lakiin perustuvaa oikeutta saada tietoja henkilön potilasasiakirjoista. Tällainen tiedonsaantioikeus on sen sijaan auliisti annettu mm. sosiaalihuollon viranomaisille. Hoitovelvollisuuteen perustuvassa hoitosuhteessa hoitohenkilökunnan tiedonsaantioikeus tulisikin turvata lainsäännöksin.

Tutkimus ja tilastointi

JulkL 28 §:n oikeuttaa tiedot hallussaan pitävän viranomaisen, ellei muussa laissa toisin säädetä**,** yksittäistapauksessa antamaan luvan salassa pidettävien tietojen saamiseen mm. tieteellistä tutkimusta varten. Lupa voidaan kuitenkin myöntää vain, jos on ilmeistä, ettei tiedon antaminen loukkaa niitä etuja, joiden suojaksi salassapitovelvollisuus on säädetty. Luvan myöntäjälle tulisi jo nykyisten säännösten perusteella ennen luvan myöntämistä esittää selvitys siitä, hankitaanko tutkimukseen tietoja myös muista tietolähteistä, koska tiedonhankinta useista lähteistä yhtäaikaisesti edellyttää edelleenkin ministeriön erityislupaa.

Julkisuuslain säännöksen olettamana on, että salassapidettävien arkaluonteisten terveydentilatietojen luovutus loukkaa salassapitovelvoitteella suojattavien etuja. Sen vuoksi on tietojen pyytäjän hallinnon sisälläkin esitettävä omat perus-

teensa sille ettei suojattavia etuja loukata. Tällaisista tiedonsiirroista (”sivullisille”) tulee pääsääntöisesti informoida rekisteröityä: *Tietosuojadirektiivi mahdollistaa itse asiassa poikkeamisen informoinnista vain, kun on ilmeistä, ettei rekisteröidyn yksityisyyden suojaa loukata ja rekisteröidyllä on käytössään direktiivin takaamat oikeusturvakeinot (mm. oikeus vaatia tietoja hävitettäväksi)*[1338].

Arkaluonteisia tietoja voidaan rekisteröidä erilliseen henkilörekisteriin historiallista tai tieteellistä tutkimustarkoitusta tai tilastotarkoitusta varten, mutta vain silloin kun tunnistetietojen käyttö on *välttämätöntä* tutkimuksen toteuttamiseksi. Muussa tapauksessa, ja erityisesti julkisen vallan suorittamassa tilastoinnissa, tulisi Euroopan Neuvoston tietosuojasopimuksen perusteella laadittujen EN:n ministerikomitean suositusten mukaisesti kerätyt tiedot anonyymisoida heti tiedon keruun valmistuttua. Muutoinkin arkaluonteiset tiedot on henkilötietolain säännöstenkin mukaan hävitettävä välittömästi sen jälkeen, kun niiden käsittelylle ei enää ole perusteita. Perustetta ja käsittelyn tarvetta – myös julkishallinnossa – tulee jo nykyisen säätelyn perustella arvioida vähintään viiden vuoden välein. Joissain EU:n jäsenmaissa on direktiivin perusteella jo omaksuttu käytäntö, että henkilön terveydentilatietojakaan ei säilytetä yli todellisen tarpeellisuuden kannalta mielekkääksi katsotun (esim. 10 vuoden) määräajan.

Kansalaisten terveydentilatietojen vieminen valtakunnallisiin keskusrekistereihin ei nykyisellään vastaa Euroopan Neuvoston ihmisoikeussopimuksen vaatimuksia. On vaikea ajatella, että yleinen etu välttämättä edellyttää kaikkien maassa tapahtuvien sairaalakäyntien rekisteröintiä diagnoosi- ja tunnistetiedoin varustettuna taikka abortin hankkineiden naisten erillistä rekisteröintiä. Onkin kysyttävä, onko tällaisella toiminnalla kansalaisten yksityiselämälle aiheutettu loukkaus merkittävästi suurempi kuin tunnistetietojen rekisteröinnistä saavutettu hyöty, erityisesti kun rekisteröityjen oikeusturvasta ei ole voimassa olevassa lainsäädännössä huolehdittu tietosuojadirektiivin edellyttämällä tavalla.

Tartuntatautien ilmoitusmenettelyssä, jossa selkeä julkinen intressi toki oikeuttaa tiedonsiirrot, tulisi huolehtia potilaan informoimisesta siitä, että tartuntatautitapauksista säännönmukaisesti ilmoitetaan tartuntatautitilannetta valvoville viranomaisille ja että joissain tapauksissa testitulos (esimerkiksi vastustuskykyisen bakteerin löytyminen) vaikuttaa potilaan jatkohoitopaikan määräytymiseen.

Oikeus vastustaa arkaluonteisten tietojen rekisteröintiä

Salassapitovelvoitteen poistava lainsäännös poistaa vain velvoitetun ”velvoitteen”. Se ei rajoita potilaan ”oikeutta” rajoittaa arkaluonteisten (terveydentila)-tietojen luovutusta taikka rekisteröintiä. Ts. potilaan oikeus kontrolloida hänestä kerättyjä arkaluonteisia tietoja voi olla voimassa, vaikka lääkärin salassapitovelvollisuus ei olisi voimassa.

[1338] Ks. Saarenpää 2001, s. 53.

EU:n tietosuojadirektiivin 14 artiklan mukaan jäsenvaltioiden on turvattava rekisteröidylle oikeus vastustaa tietojen käsittelyä aina silloin, kun yksilöä koskevia arkaluonteisia tietoja käsitellään tietojen käsittelyyn oikeuttavan erityissäännöksen perusteella *julkisen intressin takia*. Tämä oikeus ei käytännössä tällä hetkellä koske Suomessa kerättyjä potilastietoja. EU-oikeuden tehokkaan soveltamisen vaatimus edellyttää kuitenkin, että kansalliset tuomioistuimet antavat tietosuojadirektiivin mukaista oikeusturvaa henkilön vaatiessa direktiivin vastaisesti rekisteröityä arkaluonteista tietoa poistettavaksi henkilörekisteristä[1339]. Täysivaltaisella henkilöllä taikka alaikäisen henkilön laillisella edustajalla on siis oikeus vaatia itseään tai huolettavaansa koskevia tietoja poistettavaksi myös potilasrekistereistä ja erityisesti valtakunnallisista terveydenhuollon rekistereistä. Tällöin viime kädessä tuomioistuimen on arvioitava, *ovatko tiedot tarpeellisia niin tärkeän julkisen intressin takia, ettei henkilöllä itsellään olisi oikeutta päättää omien tietojensa käytöstä*.

Tiedonsiirto terveydenhuollon rekistereistä rekistereihin, joita käytetään hallinnon päätöksenteossa (esim. KELA), ilman potilaan erillistä informoimista ja hänen mahdollisuuttaan kieltää tietojensa käyttö (silläkin uhalla että etuutta ei myönnetä), loukkaa EN:n tietosuojasopimusta ja on EU-direktiivin kieltämää toimintaa. EIT:n ratkaisuissa on lisäksi yksiselitteisesti katsottu, että sosiaalietuuksien myöntämisessä noudatettavassa valitusmenettelyssä on noudatettava oikeudenmukaisen oikeudenkäynnin periaatteita, joihin kuuluu, että molemmilla asian osapuolilla (so. valittajalla ja etuudesta päättäneellä viranomaisella) on oltava käytössään samat tiedot[1340].

Rikoslain salassapitorikosten tunnusmerkistöä (luvaton ilmaiseminen) tulisi täydentää niin, että se sisältää myös ao. informointivelvollisuuden laiminlyömisen arkaluonteisten tietojen edelleen luovuttamisesta.

Terveydentilatietojen asianosaisjulkisuus

Suomalaisessa hallintoparadigmassa julkisuusperiaatteella on keskeinen asema. Henkilön terveydentilan ja sitä koskevien tietojen osalta asianosainen voi kuitenkin olla vain henkilö itse. Potilastiedostojen osalta pitäisikin siirtyä *rajattuun asianosaiskäsiteeseen*, sillä tapa, jolla asianosaiskäsitettä on tulkittu esimerkiksi antamalla terveydenhuoltopalveluja kustantavalle kuntayhtymälle oikeuksia saada tietoja palveluja käyttäneen henkilön yksityiselämästä loukkaa eittämättä yksilön perusoikeuksia juuri suhteessa siihen julkisen valtaan, jota vastaan perusoikeudet on suunnattu.

[1339] Joutsamo et al. 2000, s. 313–314 ja 324–325. Yhteisön oikeuden soveltaminen viran puolesta tulee kysymykseen erityisesti, jos yhteisön lainsäädännön on ollut tarkoitus antaa oikeuksia yksityiselle.

[1340] Esim. EIT 19.7.1995, *Kerojärvi-tapaus*.

Yksityinen ei siis ole julkista: julkisuusperiaate on tarkoitettu viranomaistoiminnan valvontaan, ei toisen kansalaisen yksityiselämän valvontaan.

Potilastiedot rikostutkinnassa
Oikeudenmukaisen oikeudenkäynnin yhtenä ihmisoikeusperiaatteena on rikoksesta syytetyn oikeus olla todistamatta itseään vastaan. Tällä hetkellä tiedonhankinta esitutkinnassa näyttäisi voivan ylittää sen, mitä on mahdollista käyttää todisteena oikeudenkäynnissä. Poliisi ja muut viranomaiset kokoavat tietoja mm. huumausaineiden käyttäjistä ja muista ongelmaryhmistä tavalla, joka on ristiriidassa hoitosuhteen luottamuksellisuuden kanssa ja luovuttavat näitä tietoja edelleen muille (ja myös ulkomaisille) viranomaisille. Poliisin tiedonsaantioikeutta terveydentilatiedoista tulisikin säädellä huomattavasti nykyistä eritellymmin ja paremmin ihmisoikeussopimuksia vastaavasti. Rikostutkinnassa potilastietojen luovutuksen tulisi tapahtua pääsääntöisesti (kuten esim. Iso-Britanniassa) oikeuslääkärin kautta, joka voisi arvioida sen, missä määrin potilastiedoilla on yleensä merkitystä kyseisen rikoksen tutkinnan kannalta silloinkin, kun poliisilla on tällaisten tietojen saantiin oikeus.

Kuolleen henkilön potilastiedot
Suomalaisessa oikeuskirjallisuudessa on katsottu, että kuolleella ei ole perusoikeuksia. Kuolleenkin henkilön terveydentilatiedoilla voi kuitenkin olla suuri merkitys myös elossa olevien omaisten keskinäisille suhteille[1341]. Silloin kun tiedoilla voi olla vaikutusta jälkeenjääneiden sosiaalisiin suhteisiin, loukkaa niiden luvaton paljastaminen paitsi kuolleen potilaan (lakannutta) yksityisyyttä myös omaisten yksityiselämän suojaa. Niinpä perheen yksityiselämän suoja faktisesti ”periytyy”, koska perustuslain 10 §:n tarjoama yksityis- ja perhe-elämän suoja koskee paitsi yksilöä, myös perheyhteisöä.

16.6. ”KEL’ ONNI ON, SE ONNEN KÄTKEKÖÖN”

Yksilöä koskevien tietojen rekisteröinti ja niiden automaattinen tietojenkäsittely luo rekisterinpitäjälle sellaista *lisätietoa* kansalaisesta, jota kansalainen ei itse omaehtoisesti ole rekisterinpitäjälle antanut[1342]. Samalla yksilön valta ja mahdollisuus vaikuttaa oman elämänsä järjestämiseen vähenee ja hänestä tulee yhteis-

[1341] Esim. eloonjäävän vanhemman ja lasten välisiä suhteita voivat järkyttää tiedot vainajan sukupuolitaudeista, hedelmättömyyshoidoista, raskauksista, keskenmenoista taikka aborteista.
[1342] Esim. tutkimustulos, joka on saatu käyttäen hyväksi rekisteriin koottuja tietoja, perustuu juuri tällaiseen yhdistetyn tiedon ”lisäarvoon”.

kunnallisena osallistujana enemminkin rekisteröityjen tietojen fyysinen heijastuma kuin vapaan tahdon omaava toimija. Näin yksilö *vieraantuu* yhteiskunnasta, joka käsittelee häntä enemmän tilastotietona kuin yksilönä.

Vaikka esim. potilastietojen rekisteröinnin lähtökohdat ovat alkujaan hyvät, on yksittäisestä kansalaisesta koottu tietomassa kuin Damokleen miekka, joka roikkuu kohteensa päällä ja jonka hyvä tarkoitus voi olosuhteiden taikka järjestelmän muuttuessa kääntyä auttajasta kansalaisen armottomaksi kontrolloijaksi[1343]. Tuskinpa kovin moni kunnon saksalainen 30-luvun alussa ajatteli rekisteröityessään ”arjalaiseksi” ja saadessaan näin yhteiskunnan erikoisetuja, että rekisterin ulkopuolelle jääminen merkitsi 30-luvun lopulla joutumista keskitysleirille tai pakkotyöhön. Jopa demokraattisena valtiona pidetyssä Ruotsissa joutuminen sosiaaliviranomaisten rekisteriin ”heikkolahjaisena” saattoi vielä 1950-luvulla merkitä pakkosterilointia lisääntymään soveltumattomana pidetylle henkilölle. Mitä enemmän isoveli tietää, sitä enemmän se valvoo. Jo nyt hoidon antamiseen vaikuttaa usein enemmän rekisterien perusteella hoitoyksikössä näkyvä potilaan asuinpaikka, kuin varsinainen hoidon tarve.

Kuvitellaanpa esim. poliisiviranomaisten linjapäätöstä siitä, että yli 70-vuotiaille aivoverenkiertohäiriöistä kärsiville ei myönnetä ajokorttia – joissain Suomen kunnissahan 70-vuotiailta on jo vaadittu erillistä ajokoetta[1344]: Tämä olisi varmaan yhteiskunnallisesti hyväksyttävissä, mutta yhtä hyvin raja voitaisiin vetää 60-vuotiaisiin taikka sydämen rytmihäiriöistä kärsiviin. Riittäisikö tällöin esim. yksi 35-vuotiaana krapulassa saatu tykyttelykohtaus ajokortin menettämiseen – luultavasti riittää; onhan samalla poliisin tietoon tullut mahdollinen päihteiden väärinkäyttö. Kuinka usein tällaisen henkilön tulisi 60-vuotta täytettyään käydä lääkärintarkastuksissa ajokelpoisuutensa osoittamiseksi? Olisiko tarpeen poliisin toiminnan tehostamiseksi, että sairaaloiden poistodiagnoositiedot toimitettaisiin suoraan autorekisterikeskukselle ajokortin haltijan terveydentilan jatkuvan seurannan varmistamiseksi, jotta ”kaikki sairaat riskikuljettajat saataisiin kunnollisen seurantajärjestelmän piiriin”? Rattijuopothan jo mielellämme rekisteröisimme erillisen hoitoonohjausjärjestelmän luomista varten.

Vastaavasti yli 50-vuotiaille, jotka ovat saaneet enemmän kuin 90 päivää sairausvakuutuslain mukaista päivärahaa edeltävän vuoden aikana voitaisiin olla antamatta työllistämiskoulutusta taikka julkisyhteisön kustantamia aikuisopintoja – vai tulisiko rajan ehkä kuitenkin olla jo 45 vuotta tuetun koulutuksen maksimaalisen tehokkuuden turvaamiseksi? KELA:n opintotukitietoja ja verottajan tiedostoja on jo yhdistetty opiskelijoiden tukien väärinkäytön valvomiseksi, mutta samaan tiedostoon lienee helppo liittää myös sairaspäivärahoja koskevat

---

[1343] Ihmisen terveydentilaa koskevia tietoja voidaan niukassa yhteiskunnassa hyödyntää esim. valittaessa koulutukseen tai työllistämiseen soveliaimmat.

[1344] Vrt. KHO 31.5.1993 T 2059.

tiedot. Lukuisat terveystaloudelliset ”tutkimukset” – jotka julkishallinnon rekisterejä hyväksikäyttäen identifioivat looserit ja menestyjät – tullevat meille varmaan kertomaan, mikä on yhteiskunnan kannalta ”oikea” valinta, jossa yhteiset varat sijoitetaan mahdollisimman tehokkaasti sen suhteen ketä kannattaa hoitaa taikka ketä kouluttaa. Mitään vääräähän tässä ei sinänsä ole – paha vain, että et enää itse voi vaikuttaa omaan elämääsi, vaan joku päättää puolestasi, mihin kykenet ja mihin et. Vaihtoehtoja sinulla ei juuri ole, koska julkisyhteisö, joka tekee päätökset soveltuvuudestasi, vastaa myös terveydenhuoltopalveluista ja koulutuksesta eli tarvitsemistasi eduista ja palveluista.

Vaikka edellä esitetty oli vielä tänään kuvitteellista ja tarkoituksellakin kärjistettyä, oli esityksen tarkoituksena korostaa, että missä hyvänsä tarkoituksessa arkaluonteisia tietoja kansalaisista kerätäänkin, ne aina mahdollistavat ihmisten käyttäytymisen kontrolloinnin. On utopiaa kuvitella, että yhteiskunnan olosuhteet ja järjestelmät olisivat vakaampia kuin tietojärjestelmät. CD-rom-levylle kerätty tieto yksilöstä säilyy – järjestelmän käyttötarkoitukset, arvot ja käyttäjät sen sijaan muuttuvat. Liian tehokas hallintokoneisto on yksittäisen kansalaisen omaa elämäänsä koskevan päätöksenteon suurin uhka. Viisasta on siis olla varovainen henkilökohtaisten tietojensa suhteen: Onni ei runoilijankaan mukaan kestä katseita, saati tietokoneajoja.

Potilaan oikeusturvan kannalta valvontaviranomaisten monilukuisuus on johtanut ongelmiin ja henkilötietojen päätymiseen monenkirjaviin tietokantoihin. Aikaisempi käytäntö, jossa Lääkintöhallitus valvoi suhteellisen kokonaisvaltaisesti terveydenhuoltosektoria oli monessa suhteessa nykytilaa parempi: Nyt STAKES vastaa terveyspalvelujen tarpeen arvioinnista ja valtakunnallisesta suunnitellusta (”oikeus hoitoon”) ja laadullisista ulottuvuuksista (”terveyspalvelujen oikea taso”), terveydenhuollon oikeusturvakeskus vastaa terveydenhuollon ammatinhenkilöiden valvonnasta (ilman todellisia mahdollisuuksia vaikuttaa palvelujen määrään ja laatuun), mutta toisaalta ei-perinteiset hoitomuodot ovat lähes kokonaan ilman valvontaa. Mikään ym. viranomaisista ei voi ryhtyä toimiin hoitopalvelujen antamiseksi taikka niiden laadun parantamiseksi, vaan nämä tehtävät ovat kunnilla ja lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosastoilla, jotka käsittelevät valituksia hoidon puutteista. Paikalliset potilasasiamiehet ovat tarpeen valitusten kirjaamiseksi ja potilas ei enää itse tietäisikään, kenen puoleen eri tyyppisissä valituksissa pitää kääntyä. Perusoikeuksien toteutumisen valvonta kuuluu sitten eduskunnan oikeusasiamiehelle ja yksityisyyden suojan valvonta tietosuojavaltuutetulle. Hoitovahinkojen korvaaminen perustuu taas yksityisten vakuutusyhtiöiden pitämiin vakuutusjärjestelmiin ja julkisen viranomaisen (potilasvahinkolautakunta) antamiin asiantuntijalausuntoihin. Yleisillä tuomioistuimilla on tässä järjestelmässä hyvin vähäinen rooli – kun hoitovirheiden vahingonkorvaukset ovat pysyneet Suomessa tasoltaan pieninä (ja yksityisyyden suojan loukkauksista niitä ei liene maksettu), ei edes asianajolaitoksella ole ollut

merkittävää kiinnostusta erikoistua hoitamaan terveydenhuollon järjestelmissä ongelmiin joutuneiden kansalaisten asioita.

Oikeudenkäyntimenettelyn ulkopuolisten valvontamekanismien luonti on mielestäni merkinnyt myös oleellista heikennystä lainkäytön julkisuuteen – kansalaisilla ei juuri ole mahdollisuutta saada tietoa erilaisten valtuutettujen taikka asiamiesten ratkaisuista taikka niiden perusteista. Kun terveydenhuolto useimmiten Suomessa on veromarkoin kustannettua julkisen sektorin toimintaa, eivät valvovat viranomaiset todellisuudessa edes edusta sellaista riippumatonta tahoa, joka yksittäisen potilaan tasolla pyrkisi korjaamaan mahdolliset systeemin virheet. Hallintoviranomaisilla on yleensä vielä suuri tiedollinen yliote potilaaseen nähden. Jokainen em. viranomaistahoista kun on Suomessa lakisääteisesti oikeutettu saamaan erikseen ja itsenäisesti tehtäviensä hoidon kannalta tarpeelliset tiedot

Koska potilaan yksityisyyden suoja lopulta riippuu siitä, että hoitojärjestelmä kokonaisuutena on luotu palvelemaan potilaan kokonaisetua (mukaan lukien hänen omien vaikutusmahdollisuuksiensa turvaaminen), ei hoitosuhteen valvonnan pirstoutuminen ja potilaan oman vaikutusvallan väheneminen esim. hoitopaikan valinnassa anna kovin hyviä mahdollisuuksia myöskään hoitosuhteen yksityisyyden suojan parantamiseen. Hoidettavan luottamus hoitavaan tahoon on kuitenkin hoidon tehokkuuden edellytys. Toisaalta hoidon liiallinen tehokkuus – tiedollinen tai taloudellinen – voi tämän luottamuksen murentaa. Hoidon kustannustehokkuuden rinnalla tuleekin vaalia hoitosuhteen luottamuksellisuutta osana potilaan hyvää hoitoa.

> *”Hyvä palvelu ja hoito merkitsee ja edellyttää sitä, että yksityisyyden suoja toteutuu. Palveluketjun kohdalla tämä vaatimus edelleen korostuu, koska siinä kerätään, käsitellään, siirretään ja arkistoidaan kansalaista ja asiakasta koskevia sosiaali- ja terveydenhuollon sekä sosiaalivakuutuksen arkaluonteisia tietoja. Tietojen käsittelyssä, siirrossa ja säilytyksessä on lähtökohtana se, että kansalaisella ja asiakkaalla on määräämisoikeus omiin tietoihinsa. Kansalaista ja asiakasta koskevia palveluketjuun ja sen palveluihin liittyviä tietoja ei saa joutua ulkopuolisten tai asiaan kuulumattomien käsiin[1345].”*

[1345] STM 1998:8, s. 11.

17. English summary

Lasse Lehtonen
The Patient's Right to Privacy

The Scope of Medical Law in Finland

Medical law research in Finland has, for historical reasons, been linked to criminal law. In her thesis of 1946, *Inkeri Antila* studied the role of consent as a justification for an otherwise criminal act[1346]. In this context, the theoretical background for the not punishing of medical interventions, like surgery, where also analysed. On the basis of this study, issues relating to the consent of the patient were incorporated into the field of Finnish criminal law research. However, since the 1980's discussion of human rights has dominated the research of public law in Finland. This is due to the fact that Finland has joined both the Council of Europe (in 1989) and European Union (in 1995), and due to the profound changes in the Finnish Constitution in 1995 and in 2000. Therefore, many issues of medical law are now included also into the research and teaching of constitutional and administrative law.

The civil rights section (section 2) of the Finnish constitution (731/1999) includes both the right for respect of private and family life (paragraph 10), as well as the right to adequate health care (paragraph 19). These rights, together with the paragraph 106 of the constitution that requires the courts to prefer the constitutional freedoms over other laws if they evidently contradict, have modified the interpretation of the Finnish health care legislation. The central parliamentary Acts to be taken into consideration in this respect are the Act on the Status and Rights of Patients (Patient's Rights Act, 785/1992), the Patient Injury Act (585/1986), the Act on Health Care Professionals (559/1994), the Public Health Act (66/1972) and the Act on Specialised Medical Care (1062/1989). The regulations on compulsory care, on the other hand, are included into the Acts on Mental Health (1116/1990) and on Communicable Diseases (583/1986) and to the legislation on some other special circumstances.

The special legislation mentioned above defines the rights and duties that are associated with the relationship between the patient and the health care personnel. In the first part of the current thesis, the properties of this relationship and the associated rights and duties according to the Finnish law were studied. An analytical and empirical approach was followed[1347], where the presence or absence of a right or duty was examined in relation to a third party, which could be a public body or a person not involved in the actual treatment of the patient.

[1346] Anttila 1946.
[1347] Aarnio 1971.

The relation between the patient and health care personnel

Unlike in many other countries, the contractual model for the doctor-patient relationship has never been fully accepted in Finland. This is due to the fact that in the Scandinavian welfare states health care is part of the public services. The contractual model can only be truly applied in Finland when health care professionals work as entrepreneurs or are employed in privately owned clinics. However, in most cases the treatment is provided by a public authority (by a municipal body or a health care district) and the relation between the patient and the personnel is governed by the rules for public administration. Therefore, many of the rights of the patient are similar to the rights of any citizen against the public administration, and most disputes arising from the relation are solved either by internal remedies of the administrative system or by special administrative courts. However, the Patient's Rights Act and the Patient Injury Act are applied both to the private and public health care.

The jurisprudence of public health care has produced many special features in the relationship between the patient and health care personnel. For example, the rules on professional standards override the administrative orders on cost containment or treatment allocation. Further, the Patient's Rights Act demands that any treatment is decided and realised in co-operation with the patient. Thus a competent patient has an absolute right to reject any treatment offered by the public health care services, except in cases of compulsory care (e.g. for communicable diseases), and to demand an alternative treatment, if available. In practice, however, the public authority has no obligation to provide the alternative services.

In the relationship between the patient and health care personnel, one can differentiate nine separate rights for the patient and five separate rights for the health care personnel that are directly based on various parliamentary Acts. Patient's rights in Finnish law include the right of access to care, the right to appropriate treatment, the right to information on one's health and treatment options, the right to reject the proposed treatment, *the right to confidentiality*, the right to revise any errors in patient journals, the right to prohibit the use of sensitive information, the right to compensation of damages, and the right to legal remedies. The rights of the health care personnel include protected professional titles, the right to make treatment decisions, the right to perform medical procedures, the right of access to patient records, and the right to payment for services.

The health care personnel also have some special obligations including the duty of care, the obligation to maintain professional standards in the treatment, the duty of note-keeping, the duty to inform patient of his medical condition, the duty of maintaining confidentiality, the duty to pass special information to authorities, the duty to co-operate with professional inspections, and the obligation

of taking patient insurance cover. Of these duties, the duty of maintaining confidentiality and the duty to pass information (e.g. for centralised registries) to authorities (on the basis of special legislation) are obviously conflicting.

Also the patient has obligations in his/her relationship to the health care personnel, including the duty to give information, the duty to accept treatment given professionally, and the duty to make payments. According to Finnish legislation, there is a special duty to pass information to health care personnel on the sources of communicable disease. In other cases, however, the omission from the duty to inform the personnel on issues affecting the treatment may simply lead to a deterioration of the possibilities to refer to any mistakes in the treatment in proceedings. Further, by consenting to the treatment, the patient has a subsequent duty to accept the consequences of the treatment, when the treatment has been carried out according to the appropriate professional standard (i.e. he/she cannot afterwards ask damages on any expected negative consequences, like the pain and discomfort associated with successful surgery etc.). In addition, the patient has to pay a reasonable compensation for the treatment, even if the sum has not been mutually agreed prior to the therapy.

The fact, whether or not there is a special relationship between the patient and the health care professional, into which these right and duties are associated, has been especially determined in the Finnish jurisprudence by the application of the Patient Injury Act. Cases setting limits, for example, on injuries that have taken place during rehabilitation or in nursing homes, have been evaluated and some activities in these institutions have been excluded from the scope of the Patient Injury Act. Some critical criteria for the existence of a special relationship between the patient and the health care personnel can be extracted from the praxis. First, a special relationship can only exist between a patient and the health care professionals, who are so defined in the Act on Health Care Professionals. Secondly, in this relationship the specific aim of the health care professional has to be to diagnose, prevent or treat a disease – other activities are not governed by this relationship. Thirdly, the existence of a specific relationship requires that the patient has an objective need (indicated, for example, by his specific expression) to receive the services of the health care professional. Finally, the health care professional must have true possibilities to act as a professional towards the patient and make treatment decisions in relation to the patient to create the special relationship of patient and health care professional (for example, only a physician in a hospital who is authorised to treat the patient and has access either to the patient or to his records, can be held responsible on the treatment decisions).

The rights and duties of the patient and health care professional do not start simultaneously or immediately but have their effects at different time points, and some of them also have effects in relation to third parties (including the munici-

pal authority that is providing the treatment). For example, the patient's right to confidentiality starts immediately after the relationship has been established; the health care professional's duty to maintain confidentiality, on the other hand, continues even after this relationship has ceased to exist.

The right to privacy in health care

The right to privacy includes aspects on self-determination (i.e. consent to treatment), on maintenance of confidentiality, and on data protection. Issues on data protection can be separated from issues relating to confidentiality, since even though the public authority providing the services would have a legal right to maintain patient records, the data protection principles on sensitive data will affect the use of this data and any subsequent data transfer. These aspects have not been included adequately into the duty to maintain confidentiality of the health care professional, since confidentiality can be broken by legislation requiring reporting or access to patient data. However, the data protection requirements included in the concept of privacy are still effective. Thus a patient should have legal remedies available, when confidential health data have been legally obtained, but when, for example, it contains errors or is used inappropriately.

Privacy protection issues, however, are overshadowed in Finland by the tradition of openness in public administration. In principle, both in Finland and Sweden, the public has access to all records held by the public administration. Even though there are several exemptions from this general rule, like the health records, any party (private or public) has access to the documents that affect his rights or duties. Therefore, for example, the communities that provide health care services have had the right to check individual health records to verify the use of health services that they are paying[1348]. The Finnish administrative courts have also been reluctant to protect the privacy of a deceased individual against his/her relatives who demand access to the individual's health records[1349]. Even though the Publicity Act (621/1999) gives the courts the possibility of rejecting such claims on the basis of an important private interest, the paradigm of publicity in administration is very strong and the privacy of an individual who is using the health care services is not the primary right that is followed.

Use of health record in criminal process

Historically the confidentiality of the doctor-patient relationship in criminal procedure has been well guaranteed in the Finnish legislation. The Criminal Code of 1889 made it an offence for a physician or his assistant to reveal any secrets he may have learned on the basis of his professional position. Furthermore, a physi-

[1348] KHO 1993 A 13
[1349] KHO 1994 A 7

cian is not allowed to testify in a court of law unless the information was required by the court in a criminal trial of a major crime. During the recent years, however, the possibilities to use confidential health data as evidence in a trial have been increased. The Criminal Investigation Act (449/1987) makes it possible to require health care personnel to disclose confidential information already, when the police is suspecting a major crime. Further, the police can confiscate health records as part of a criminal investigation of a major crime (law 450/1987). Such extensive police powers have not raised much discussion in Finland. However, in the case *Z. vs. Finland* (February 25, 1997), the European Court of Human Rights sanctioned the Finnish state in breaking the requirements of Article 8 of the European Human Rights Convention, when it was not maintaining adequate protection of a witness's health records in association with a criminal trial.

Use of health data in public administration

In addition to criminal investigation, sensitive health data is also used in the administration of social services. Several laws give the social welfare authorities and insurance companies the right to request sensitive health information on their customers. Recently, the relationship of these rules to the constitutional right to privacy was evaluated by the Constitution Committee of the Finnish Parliament that checks the constitutionality of the laws during the legislative process. It was noted that the disclosure of confidential information to social welfare authorities can be made only in an individual case, where the disclosure is a necessary measure for the correct evaluation of that case.

This interpretation could have a major influence on the use of confidential data inside the public administration, not only because it restricts the data flow, but because it requires that the requesting body should have objective arguments for the necessity of obtaining the data. The interpretation of the Constitution Committee, however, does not require that the individual whose data are requested, be given a right to ask for an injunction to prevent such a data transfer.

Central registries on sensitive health data

Article 8 of the EU Directive (95/46/EU/24.10.95) on the Protection of Personal Data states that registration of sensitive health data is allowed, if the registry is necessary for preventive medicine, medical diagnostics or treatment, or for the administration of health care services. These registries should, however, have a direct link with the treatment of the patient in question. The recommendations of the Council of Europe are even more restrictive for registration of sensitive health data. At the moment, it is unclear, whether the recent implementation of EU directive into the Finnish legislation and the specified right to privacy of the revised Finnish law will have any impact on those centralised registers of the Finnish health care authorities that are not used for the purposes of actual medical care.

Legislation on the protection of personal data was issued in Finland already in 1987 (law 471/1987) and revised to implement the requirements of the EU directive in 1999 (law 523/1999). The law on personal registries established a special authority, the ”data protection ombudsman” to oversee that citizens' rights to privacy would be maintained despite increased use of computerised registries containing sensitive data. Health care and medical research, however, have been largely outside of the scope of effective scrutiny due to special legislation that gives health care authorities the right to gather and register information on the medical history of an individual citizen.

In Finland, the National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES) – that works in close co-operation with the Ministry of Social Affairs and Health – maintains or supervises several centralised registries. They include a register on hospitalisations, a register on births and pregnancies, a register on abortions and sterilisation, a register on cancers, a register on malformations, and a register on visual handicaps. These registers, that are based on an exemption law (556/1989) from the general data protection legislation, contain a complete database on all Finnish citizens that have been subjected to the specific condition of interest. Thus, the central registry on abortions contains not only identification data on the woman who has undergone abortion but also information on the reason for the abortion and on the methods of contraception she used and uses. These registers are not accessible to the physicians who treats the patient, even though full identification of the subjects is a part of the registration process. Even after the implementation of the EU directive into the national legislation, no change in the practices of including personal identification into these registries has been made. The data content of some of the most sensitive registries is briefly described below:

Some central registries containing sensitive health data in Finland

1. The Registry on New-borns

This registry is maintained by the National Research and Development Centre for Welfare and Health. It contains information including previous pregnancies of the mother (including abortions), the method of fertilisation (including information on possible *in vitro* fertilisation), the method of the delivery, the medical problems of the new-born, the use of health care services during pregnancy, and the smoking habits of the mother. Full identification data of both the mother and new-born is included. If the EU Directive on the Protection of Personal Data is followed and the person, whose data is in this registry is allowed to check the information on himself, data, for example, on the previous abortions of the mother will be revealed to the children.

2. The Registry on Abortions and Sterilisations
This registry (also maintained by the National Research and Development Centre for Welfare and Health) contains information on the family, on previous pregnancies and abortions of the mother, on the reason for abortion, on the method of abortion, and on the method of contraception before and after the abortion. Further, if a person is sterilised, information on the reason for the sterilisation is included at this registry. Full identification of the individual is included in the registry.

3. The Registry on Malformations
This registry is maintained by the National Research and Development Centre for Welfare and Health and contains the following: personal identification of both the mother and child; information on the mother's work, diseases and medications; data on any diagnostic procedures performed during the pregnancy; detailed information on the child; detailed description of the malformation; and, available data on chromosomal aberrations and assessment of the aetiology of the malformation.

4. The Registry on Medical Treatment
This interesting registry collects information on all in-patient visits to hospitals, nursing homes and institutions for mentally disabled, and in addition, of personal identification data on the duration of the treatment, the diagnosis (main diagnosis plus up to two additional diseases). Reasons for treatment and the follow-up therapy is also entered into this register. Special information is gathered from cardiac and psychiatric patients. Thus the complete medical history of any individual who needs in-patient treatment is entered into the database of the National Research and Development Centre for Welfare and Health.

Implementation of the Data Protection Directive into the Finnish health care legislation
After joining the European Council and European Union, Finland has tried to adopt the rules of these international organisations into its national legislation. Legislation granting the right to privacy as well as protecting the citizens from the inappropriate use of computerised registries has been established. A special office of the "data protection ombudsman" has been created to guard the rights of the individual. When the Finnish constitution was recently reformed, the right to privacy was added to the list of civil rights and citizens should thus be protected from the registration of sensitive data by the government without their consent. However, in the field of health care, many exemptions from the standard of protecting the citizen's right to privacy still remain. In particular, it should be noted that that the law on central health care registries of 1989 has not been

changed despite the EU Directive on the Protection of Personal Data of 1995.

The recommendations of the Council of Europe and the EU Directive highlight the importance of gaining consent from the individual for registration of his or her sensitive health information. Anonymous data should be used, whenever it is possible (even when consent is available) and always if the data is needed for statistical purposes only. The statistical data should never be used in any administrative decisions concerning the individual. Most EU countries have, indeed, banned the registration of identifiable health data outside the institutions where the patients are actually treated.

If the data is used for research purposes, ethical evaluation of the research project should be carried out before gathering sensitive information. None of these requirements, however, is currently applied to the central health care registries in Finland. Instead, the submission of data is mandatory for the health care institutions and professionals. The patients are not informed on the data transfer and rarely use their right to check the information that is collected from them. No ethical evaluation by independent ethical review boards is required, when the central registries are used for research purposes. According to a decision of the Finnish Supreme Administrative Court, these registries can even be combined to create new registries for research purposes without any additional permissions[1350].

It is very doubtful whether such practices of gathering sensitive health care information for central administration, with full identification of the person in question, are compatible with the EU Directive that aims to protect the right to privacy of an individual. The registration practices are not restricted to Finnish citizens, but may affect anybody who uses health care services in Finland.

[1350] KHO 2.8.1996 T 2354

Kansainväliset sopimukset

Euroopan Neuvosto: Yleissopimus ihmisoikeuksien ja perusvapauksien suojaamiseksi. 4.11.1950.

Euroopan Neuvosto: Yleissopimus yksilöiden suojelusta henkilötietojen automaattisessa tietojenkäsittelyssä 28.1.1981. Tietosuoja 1992: 4 (1). 1.

Euroopan Neuvosto: Explanatory report on the Convention for the Protection of Individuals with regard to Automatic Processing of Personal Data. Council of Europe 1980.

Euroopan Neuvosto: Convention for the protection of human rights and dignity of the human being with regard to the application of biology and medicine. (Convention on human rights and biomedicine) 19.11.1996.

Euroopan Neuvoston Ministerikomitean suositukset: Nro R(83) 10 (23.9.1983) tieteelliseen tutkimukseen ja tilastointiin käytettävien henkilötietojen suojelemisesta

Euroopan Neuvoston Ministerikomitean suositukset: Nro R(86)1 (23.1.1986) sosiaaliturvan käyttötarkoituksiin käytettävien henkilötietojen suojaamisesta. Tietosuoja 1992:3,15–18.

Euroopan Neuvoston Ministerikomitean suositukset: Nro R(89)2 (18.1.1989) työsuhteen hoitamiseksi käytettävien henkilötietojen suojaamisesta. Tietosuoja 1990:2,13–19.

Euroopan Neuvoston Ministerikomitean suositukset: Nro R(91)10 (9.9.1991) julkisten viranomaisten hallussa olevien henkilötietojen luovuttamisesta ulkopuolisille. Tietosuoja 1992:3,13–18.

Euroopan Neuvoston Ministerikomitean suositukset: Nro R(97)5 (13.2.1997) lääketieteellisten tietojen tietosuojasta. Tietosuoja 1997:2,16 (1–8).

Euroopan Neuvoston Ministerikomitean suositukset: Nro R(97)18 (30.9.1997). Tilastollisiin tarkoituksiin kerättyjen ja käsiteltyjen henkilötietojen suojelu. Tietosuoja 1999:11,1–7.

Lainvalmisteluaineisto

(Vuodesta 1993 alkaen lähteenä on käytetty asiakirjojen elektronista muotoa, http://www.eduskunta.fi/thwfakta/vpasia/tsfram.htm)

Hallituksen esitykset eduskunnalle

HE 174/1950 vp. rokotuslaiksi

HE 98/1971 vp. kansanterveystyöstä ja sen voimaanpanosta annettaviksi laeiksi

HE 85/1976 vp. laiksi mielisairaslain muuttamisesta

HE 102/1976 vp. kehitysvammalaiksi

HE 89/1981 vp. laiksi yleisten asiakirjain julkisuudesta annetun lain muuttamiseksi

HE 14/1985 vp. esitutkintaa ja pakkokeinoja rikosasioissa koskevaksi lainsäädännöksi

HE 44/1986 vp. tartuntatautilaiksi

HE 49/1986 vp. henkilörekisterilaiksi ja siihen liittyviksi laeiksi

HE 54/1986 vp. potilasvahinkolaiksi

HE 94/1988 vp. erikoissairaanhoitolaiksi

HE 223/1988 vp. laiksi terveydenhuollon valtakunnallisista keskusrekistereistä

HE 46/1989 vp. laiksi yksityisestä terveydenhuollosta ja laeiksi eräiden siihen liittyvien lakien muuttamisesta

HE 201/1989 vp. mielenterveyslaiksi

HE 321/1990 vp. laiksi valtiopäiväjärjestyksen muuttamisesta

HE 43/1991 vp. yksilöiden suojelua henkilötietojen automaattisessa tietojenkäsittelyssä koskevan yleissopimuksen eräiden määräysten hyväksymisestä

HE 147/1991 vp. laiksi työllisyyslain 18 §:n muuttamiseksi.

HE 216/1991 vp. sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelua ja valtionosuutta koskevan lainsäädännön uudistamisesta

HE 185/1991 vp. laiksi potilaan asemasta ja oikeuksista

HE 234/1991 vp. laiksi valtiopäiväjärjestyksen muuttamisesta

HE 86/1992 vp. laiksi lapsilisälain 1a §:n väliaikaisesta muuttamisesta

HE 94/1993 vp. rikoslainsäädännön kokonaisuudistuksen toisen vaiheen käsittäviksi rikoslain ja eräiden muiden lakien muutoksiksi

HE 309/1993 vp. perustuslakien perusoikeussäännösten muuttamisesta

HE 311/1993 vp. laeiksi henkilörekisterilain ja yleisten asiakirjain julkisuudesta annetun lain 18 a §:n muuttamisesta sekä laiksi tietosuojalautakunnasta ja tietosuojavaltuutetusta

HE 33/1994 vp. terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskevaksi laiksi

HE 39/1994 vp. laiksi poliisin henkilörekistereistä ja poliisilain 19 a §:n muuttamisesta

HE 42/1994 vp. terveydensuojelulaiksi

HE 43/1995 vp. laiksi terveydenhuollon järjestämisestä puolustusvoimissa annetun lain muuttamisesta

HE 56/1997 vp. syntymä- ja kuolintietojen ilmoittamista koskevan lainsäädännön muuttamiseksi

HE 1/1998 vp. perustuslaiksi

HE 91/1998 vp. laiksi potilasvahinkolain muuttamisesta

HE 96/1998 vp. henkilötietolaiksi ja eräiksi siihen liittyviksi laeiksi

HE 146/1998 vp. holhouslainsäädännön uudistamiseksi

HE 228/1998 vp laeiksi sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista sekä sosiaalihuoltolain muuttamisesta

HE 229/1998 vp. laeiksi lääketieteellisestä tutkimuksesta sekä potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 6 § ja 9 §:n muuttamisesta

HE 231/1998 vp. laiksi tartuntatautilain muuttamiseksi

HE 137/1999 vp. laeiksi sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista sekä sosiaalihuoltolain muuttamiseksi sekä eräiksi niihin liittyviksi laeiksi

HE 191/1999 vp. laiksi potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain muuttamiseksi

HE 1/2000 vp. laiksi kuntalain muuttamisesta

HE 75/2000 vp. laiksi yksityisyyden suojasta työelämässä ja eräiksi siihen liittyviksi laeiksi

HE 93/2000 vp. laiksi ihmisen elimien ja kudoksien lääketieteellisestä käytöstä

HE 5/2001 vp. laiksi sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen tilastotoimesta sekä eräiksi siihen liittyviksi laeiksi

HE 17/2001 vp. terveyttä ja turvallisuutta vaarantavia rikoksia koskevien rikoslain säännösten uudistamiseksi ja eräiksi niihin liittyviksi laeiksi

HE 90/2001 vp. laeiksi yleisistä syyttäjistä annetun lain ja kansainvälisestä oikeusavusta rikosasioissa annetun lain muuttamisesta

HE 113/2001 vp. laeiksi mielenterveyslain ja hallinto-oikeuslain 7 §:n muuttamiseksi

Valiokuntien kannanotot

Perustuslakivaliokunta
Mietinnöt
PeVM 30/1980 vp. – oikeuskanslerin kertomus vuodelta 1979

PeVM 17/1982 vp. – hallituksen kertomus vuodelta 1980

PeVM 7/1992 vp. – HE 234/1991 vp. laiksi valtiopäiväjärjestyksen muuttamisesta

PeVM 25/1994 vp. – HE 309/1993 vp. perustuslakien perusoikeussäännösten muuttamisesta

PeVM 10/1998 vp. – HE 1/1998 vp uudeksi Suomen Hallitusmuodoksi

PeVM 7/2000 vp. – puhemiesneuvoston ehdotus (2/1999 vp.) uudeksi eduskunnan oikeusasiamiehen johtosäännöksi

Lausunnot
PeVL 4/1984 vp. – HE 38/1984 vp. työttömyysturvalaiksi

PeVL 6/1991 vp. – HE 147/1991 vp. laiksi työllisyyslain 18 §:n muuttamisesta

PeVL 13/1992 vp. – HE 86/1992 vp. laiksi lapsilisälain 1a §:n väliaikaisesta muuttamisesta.

PeVL 25/1998 vp. – HE 96/1998 vp. henkilötietolaiksi ja eräiksi siihen liittyviksi laeiksi

PeVL 27/1998 vp. – HE 121/1998 laiksi yksityisyyden suojasta työelämässä ja eräiksi siihen liittyviksi laeiksi

PeVL 7/2000 vp. – HE 137/1999 vp. laeiksi sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista sekä sosiaalihuoltolain muuttamiseksi sekä eräiksi niihin liittyviksi laeiksi

PeVL 7a/2000 vp. – HE 137/1999 vp. laeiksi sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista sekä sosiaalihuoltolain muuttamiseksi sekä eräiksi niihin liittyviksi laeiksi

PeVL 13/2000 vp. – HE 181/1999 vp. laeiksi erikoissairaanhoitolain ja potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain muuttamisesta

Sosiaali- ja terveysvaliokunta
Mietinnöt
StVM 18/2000 vp. – HE 137/1999 vp. laeiksi sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista sekä sosiaalihuoltolain muuttamisesta ja eräiksi niihin liittyviksi laeiksi

Lausunnot
StVL 3/1991 vp. – HE 321/1991 vp. laiksi valtiopäiväjärjestyksen muuttamisesta

StVL 4/1992 vp. – HE 234/1991 vp. laiksi valtiopäiväjärjestyksen muuttamisesta

Talousvaliokunta
Mietinnöt
TaVM 1/1977 vp. – HE 85 /1976 vp. laiksi mielisairaslain muuttamisesta

.....

Oikeustapaukset

(Tapausnumero, sivu)

Eduskunnan oikeusasiamies
EOA DNo 497/67; 69
EOA DNo 624/77; 128
AOA DNo 1459/4/88; 121
AOA DNo 685/4/91; 145
AOA DNo 686/4/91; 116
EOA DNo 1541/4/91; 309
AOA DNo 1552/4/91; 322
AOA DNo 16/4/92; 70, 175
AOA DNo 349/4/92; 329
AOA DNo 1184/4/92; 330
AOA DNo 1790/4/92; 116
AOA DNo 1801/4/92; 325
AOA DNo 281/4/93; 249
AOA DNo 299/4/93; 170
AOA DNo 796/2/93; 279, 379
EOA DNo 950/2/93; 318
AOA DNo 1414/2/94; 317
AOA DNo 1561/4/94; 118, 337
AOA DNo 2127/2/94; 127
AOA DNo 181/4/96; 166
EOA DNo 523/4/96; 156
AOA DNo 800/4/96; 121
AOA DNo 1017/4/96; 284
AOA DNo 1052/2/96; 50, 112
AOA DNo 1132/4/96; 77, 140, 142
AOA DNo 333/4/97; 144
AOA DNo 617/4/97; 172
AOA DNo 899/4/97; 66
AOA DNo 1239/2/97; 181
EOA DNo 1664/4/97; 132
AOA DNo 2158/4/97; 157
AOA DNo 2524/4/97; 175
AOA DNo 2704/2/97; 123
AOA DNo 249/4/98; 93
AOA DNo 899/4/98; 271
EOA DNo 1097/4/98; 133
AOA DNo 2124/2/98; 78
EOA DNo 462/4/99; 132
EOA DNo 2413/4/99; 133
AOA DNo 2078/4/99; 238

Valtioneuvoston oikeuskansleri
AOK DNo 801/1/89; 115
AOK DNo 722/1/92; 325
AOK DNo 614/1/93; 171
AOK DNo 376/1/94; 323
AOK DNo 895/1/95; 321
AOK DNo 927/1/97; 330
AOK DNo 385/1/98; 48, 77

Euroopan Ihmisoikeustuomioistuin
EIT 22.10.1981, *Dudgeon-tapaus*; 207
EIT 16.12.1992, *Niemietz -tapaus*; 193
EIT 22.4.1993, *Modinos vs. Kypros*; 207
EIT 27.10.1994, *Kroon and others tapaus*; 193
EIT 19.7.1995, *Kerojärvi tapaus*; 24, 281, 336, 393
EIT 25.2.1997, *Z. vs. Finland -tapaus*; 206, 310, 382, 402
EIT 22.4.1997, *X., Y. and Z. vs. the United Kingdom tapaus*; 1
EIT 27.8.1997, *M.S. vs. Sweden*; 207, 281, 306, 360
EIT 27.9.1999, *Lustig-Prean and Beckett vs. the United Kingdom*; 207
EIT 27.9.1999, *Smith and Grady vs. the United Kingdom*; 207
EIT 4.5.2000, *Rotaru-tapaus*; 337
EIT 27.6.2000, *Nuutinen-tapaus*; 282
EIT 12.7.2001, *K. and T. vs. Finland -tapaus*.; 135

Euroopan Yhteisöjen Tuomioistuin
EYT C-209/97, *Euroopan Yhteisöjen komissio vs. Euroopan Unionin neuvosto*; 214
EYT C-369/98, *The Queen vs. Minister of Agriculture, Fisheries & Food, ex parte: Trevor Robert Fisher and Penny Fisher;* 214

Hovioikeudet
HHO 10.12.1993; 106, 310, 387

Kuluttaja-asiamies
KA DNo 91/41/1135; 149, 164
KA DNo 94/40/0106; 149, 164
KA DNo 99/41/0823; 149, 164

Korkein hallinto-oikeus
KHO 1959 II 213; 318
KHO 1969 II 4; 318
KHO 1971 II 17; 242, 320
KHO 1971 II 30; 242, 320
KHO 1973 II 1; 318
KHO 10.3.1975 T 1080; 68
KHO 1977 A II 35; 68
KHO 1977 A II 120; 131
KHO 29.1.1977 T 4894; 68
KHO 1978 A II 159; 131
KHO 24.4.1978 T 1847; 121
KHO 13.2.1980 T 841; 111
KHO 1981 A II 47; 68
KHO 1983 II 8; 293
KHO DNo 6414/34/84, 28.3.1986; 112
KHO 1987 A 34; 143
KHO 15.11.1990 T 4009; 81
KHO 14.3.1991 T 895; 283
KHO 26.8.1992 T 2923; 251
KHO 1993 A 13; 251, 320, 326, 401
KHO 1993 A 31; 71, 180
KHO 1993 A 32; 117
KHO 31.5.1993 T 2059; 395
KHO 1994 A 7; 171, 276, 326, 401
KHO 1995 A 23, 6.3.1995 T 621; 296, 320
KHO 2.8.1996 T 2354; 334, 348, 405
KHO 1997-92, 18.9.1997 T 2285; 156
KHO 24.4.1997 T 984; 144
KHO 25.3.1999 T 582; 126
KHO 30.9.1999 T 2639; 166
KHO 10.3.2000 T 530; 131, 202
KHO 8.6.2000 T 1894; 156
KHO 27.11.2000 T 3118; 143, 155
KHO 28.5.2001 T 1262; 117

Korkein oikeus
KKO DNo 3938/81, 1.4.1982; 90, 149
KKO 1983 II 30; 327
KKO 1984 II 60; 256, 327
KKO 1984 II 163; 90
KKO 1988:50, 9.5.1988 T 1472; 72
KKO 1990:134, 17.10.1990 T 2920; 72
KKO 1991:189, 31.12.1991 T 3946; 72
KKO 1993:61, 14.5.1993 T 1768; 257
KKO 1993:92, 8.6.1993 T 2244; 106
KKO 1993:136; 2
KKO 1994:101, 17.10.1994 T 3786; 167
KKO 1998:33, 19.3.1998 T 905; 206
KKO 1998:79, 25.6.1998 T 2142; 60, 176, 182
KKO 1998:85, 3.7.1998 T 2261; 355
KKO 1999:46, 31.3.1999 T 928; 354
KKO 1999:102, 29.9.1999 T 2598; 106
KKO:2000:85, 11.9.2000 T 1887; 202
KKO:2000:90, 26.9.2000 T 2104; 135, 205
KKO 2001:39, 20.4.2001 T 808; 181

Kuluttajavalituslautakunta
KVL DNo 00/38/178; 243

Lääkintöhallitus
LKH DNo 8758/48/73; 91
LKH DNo 9934/48/74; 92
LKH DNo 2492/49/83; 176, 226

Potilasvahinkolautakunta
PVLtk DNo P 590/92; 159
PVLtk DNo P 673/93; 74, 141
PVLtk DNo P 995/1994; 58, 59
PVLtk DNo P 102/1995; 95, 160
PVLtk DNo P 667/1995; 151, 175
PVLtk DNo P 282/1996; 90, 147
PVLtk DNo P 571/1996; 89
PVLtk DNo 921/1996; 58
PVLtk DNo 1019/1996; 58
PVLtk DNo P 1027/1996; 161
PVLtk DNo P 521/1997; 74
PVLtk DNo 710/1997; 60
PVLtk DNo 890/1997; 70
PVLtk DNo 921/1997; 58
PVLtk DNo 494/1998; 58
PVLtk DNo P 550/1998; 87
PVLtk DNo 823/1998; 62

Terveydenhuollon oikeusturvakeskus
TEO DNo 1553/475/93; 288
TEO DNo 483/475/95; 150
TEO DNo 977/475/95; 325
TEO DNo 1818/474/95; 296
TEO DNo 788/475/96; 179
TEO DNo 991/475/96; 243, 246
TEO DNo 1094/475/96; 59
TEO DNo 1363/475/96; 227
TEO DNo 1324/475/97; 179
TEO DNo 1536/475/97; 179
TEO DNo 1793/475/97; 277
TEO DNo 1836/475/97; 290
TEO DNo 1837/475/97; 277
TEO DNo 369/475/98; 376
TEO DNo 336/34/200/99; 351

Tietosuojalautakunta
TSL No 27/7.11.1988; 335
TSL No 4/25.4.1988; 222
TSL No 6/27.2.1989; 286, 332, 336
TSL No 18/28.8.1989; 336
TSL No 4/11.2.1991; 333
TSL No 5/25.2.1991; 335
TSL DNo 45/761/96; 59, 96, 226, 244

Tietosuojavaltuutettu
TSV DNo 264/45/88; 254
TSV DNo 368/41/88; 219, 282
TSV DNo 228/52/89; 227
TSV DNo 296/41/89; 266, 379
TSV DNo 400/52/89; 204, 235
TSV DNo 684/41/89; 219
TSV DNo 704/45/89; 220, 265, 282
TSV DNo 776/45/89; 231
TSV DNo 37/41/90; 224
TSV DNo 41/45/90; 269, 282, 316
TSV DNo 155/41/90; 219, 265, 282
TSV DNo 247/52/90; 225
TSV DNo 268/41/90; 220, 234, 283
TSV DNo 95/41/91; 270
TSV DNo 397/41/91; 222
TSV DNo 418/41/91; 246
TSV DNo 496/45/91; 230
TSV DNo 577/45/91; 231, 250
TSV DNo 718/41/91; 221, 296, 348
TSV DNo 169/41/92; 222
TSV DNo 253/41/92; 324
TSV DNo 381/41/92; 181, 265, 287, 297
TSV DNo 43/69/95; 334

Virkaylioikeus
VYO 15.3.1973; 340

Ulkomaiset oikeustapaukset
Saksa
BRD: Bundesgerichtshof 1972:24; 362

Iso-Britannia
U.K. [1957] 2 All ER 118, *Bolam vs. Friern Hospital Management Committee*; 146
U.K. [1969] RPC 41, *Coco vs. A.N. Clark Engineers Ltd*; 365
U.K. [1974] QB 767, *Hunter vs. Mann*; 365
U.K. [1984] QB 581, *Gillick vs. West Norfolk and Wisbech Area Health Authority*; 322, 365
U.K. [1985] 1 All ER 643, Sidaway vs. Bethlem Royal Hospital and the Maudsley Hospital Health Authority and others; 90, 147
U.K. [1988] 2 All ER 648, *X vs. Y*; 198
U.K. [1990] 1 Chancery 359, *W vs. Egdell*; 366

Yhdysvallat
Supreme Court
U.S. LEXIS 1965: 2282. Supreme Court 381 U.S. 479 (1965), *Griswold vs. Connecticut*; 190, 368
U.S. LEXIS 1977: 42. Supreme Court 429 U.S. 589 (1966), *Whalen vs. Roe*; 367
U.S. LEXIS 1966: 1129. Supreme Court 384 U.S. 757, 767 (1966), *Schmerber vs. California*; 368
U.S. LEXIS 1972: 145. Supreme Court 405 U.S. 438 (1972), *Eisenstadt vs. Baird*; 368
U.S. LEXIS 1972: 159. Supreme Court 410 U.S. 113 (1973), *Roe vs. Wade*; 190, 368
U.S. Lexis 3301, 1990. Supreme Court 497 U.S. 261 (1990), *Cruzan vs. Director, Missouri Dept. of Health*; 98
U.S. Supreme Court 500 U.S. 173 (1991), *Rust vs. Sullivan*; 368
U.S. LEXIS 1993: 7166. Supreme Court 114 U.S. 468 (1993), *Barnes vs. Mississippi*; 368
U.S. Supreme Court 121 U.S. 1281 (2001), *Ferguson vs. City of Charleston*; 133

Muut oikeusistuimet

U.S. Wis. 260 N.W. 448 (1935), *Paulsen vs. Gunderson*; 93

U.S. 34 A 2d 626 Mun. Ct. App. D.C (1943), *Barnett vs. Bacharach*; 93

U.S. 90 S.E. 2d (1956), *Kennedy vs. Parrot*; 93

U.S. 500 So. 2nd 533 Fla (1987), *Rasmussen vs. South Florida Blood Service Inc*; 369

U.S. Dist. LEXIS (D.N.J) 1990: 1059. 729 F. Supp. 376 (1990), *Doe vs. Borough of Barrington*; 368

U.S. 812 F. Supp. 593 D. Md. (1992), *Hodge vs. Carol County of Social Services*; 369

U.S. Pa. LEXIS 1992: 344. 609 A. 2nd 796 (1992), *Stenger vs. Lehigh Valley Hospital*; 369

U.S. 992 F. 2nd 1335 (1993), *Barnes vs. Mississippi*; 368

U.S. App. LEXIS (2nd Cir.) 1994: 1459. 15 F. 2nd 264 (1994), *Doe vs. City of New York*; 369

U.S. App. LEXIS (3rd Cir.) 1995: 2837. 47b F. 3rd 618 (1995), *Marcella vs. Brandywine Hospital*; 369

Asiahakemisto

abortti s. 2, 48, 129, 169, 190, 272, 306, 322, 359, 368, 390, 394
aborttirekisteri s. 215, 287, 293, 333, 347, 383, 392
abrogaatiovaikutus s. 77
ajokorttirekisteri s. 250, 255
alaikäinen s. 119, 125, 130, 221, 321, 360, 365, 379
ammattinimike s. 64, 163, 260
ammattistandardi s. 58, 102, 136, 145
ammattitauti s. 280, 286, 299, 333
analyyttinen oikeusteoria s. 13, 32, 83, 183, 374
ankara vastuu s. 21, 101
anonyymisointi s. 9, 21, 212, 334, 342, 363, 383, 391, 392
apteekki s. 64, 142, 164, 246, 286, 368
asevelvollisuusrekisteri s. 250, 262, 316, 337, 386
asiakassuhde s. 155, 204, 219, 235, 244, 257, 265, 285, 302, 373
asiakirjasalaisuus s. 257, 273, 356
asianosaisjulkisuus s. 224, 226, 229, 251, 320, 323, 326, 374, 376, 380, 393
asiayhteydestä ilmenevä suostumus (ks. myös oletettu suostumus) s. 92, 259, 388

bioetiikkasopimus s. 92, 268, 341, 345, 350, 352
blanco-suostumus s. 282, 316

diagnoositieto s. 224, 249, 251, 335
DNA-tunniste s. 337

edunvalvoja s. 114, 124, 125, 128, 129, 276, 324
eettinen toimikunta s. 100, 241, 341, 344, 345, 350, 353
empirismi s. 10, 12
ennakoitavuus s. 11
eristäminen s. 102, 104, 108, 118, 119, 127, 134, 300
erityinen huolehtimisvelvollisuus s. 101, 170
erityishuolto s. 103, 123, 298, 302
erityislupa s. 262, 391
esitutkinta s. 248, 278, 298, 301, 310, 304, 337, 363, 377, 386, 387, 394
esteettinen kirurgia s. 62, 63, 140, 199

geneettinen informaatio s. 150, 203, 211, 268, 300, 330, 350

hallintomenettely s. 10, 120, 156, 283, 290
hallintopakko s. 102
harkintavallan väärinkäyttö s. 14, 289
Helsingin julistus s. 340, 346
henkilönkatsastus s. 134
henkilörekisteririkos s. 355
henkilötahoerottelu s. 13, 15, 182, 197, 375, 382
henkilötunnus s. 220, 239, 249, 264, 283, 296, 348
Hippokrateen vala s. 27, 189
HIV-tartunta s. 105, 118, 279, 296, 309, 310, 337, 363, 368, 376
hoidosta kieltäytyminen s. 7, 95, 98, 133, 138, 150, 159, 171
hoitoilmoitusrekisteri s. 287, 296, 333
hoitopalaute s. 168, 259
hoitosopimus s. 32, 34, 35, 39, 41, 157, 363
hoitosuunnitelma s. 120
hoitotestamentti s. 98
hoiva s. 60
holhoustoimi s. 114, 276
homoseksualismi s. 190, 200
horisontaalivaikutus s. 54, 183
huolellisuusvelvoite s. 179, 210, 222, 238, 248, 254, 271, 273, 280, 320, 336, 348, 383, 384
huumetesti s. 133, 268
hyvän hallinnon vaatimus s. 9, 144, 290, 298, 384, 390
hyvä hoitokäytäntö s. 42, 57, 84, 89, 92, 120, 146, 169, 171, 242, 243, 365
hyvä kliininen tutkimustapa s. 340, 344
hyvä rekisteritapa (ks. hyvä tiedonhallintatapa)

hyvä tiedonhallintatapa s. 228, 239, 240, 347, 388

ihmisarvoinen elämä s. 7, 47, 48, 50, 142, 188
ihmisoikeusstandardi s. 16, 17, 139, 193, 208
ilmoitusvelvollisuus s. 41,180,205, 237, 263, 277, 278, 301, 348, 354, 366, 384
implementointi s. 19, 23, 26, 213, 217, 241, 340, 358
informaatio-oikeus s. 6
informaatiostandardi s. 146
informed consent s. 149
internet s. 232
intressivertailu s. 6, 13, 278, 287, 378
Iso-Britannia s. 33, 241, 359, 364, 394
isyyden selvittäminen s. 293, 379

Jehovan todistaja s. 98, 131, 133, 201
jäsenrekisteri s. 219, 220, 222

kansainvälinen tiedonsiirto s. 213, 216, 358
Kansaneläkelaitos s. 77, 164, 169, 257, 273, 286, 293, 302, 305, 331, 333, 334, 335, 383, 386, 393, 395
Kansanterveyslaitos s. 109, 221, 263, 264, 296, 299, 333, 346, 386
kehitysvammaisen käsite s. 123
keinohedelmöitys s. 1, 293, 378
keskusrekisteri s. 163, 180, 215, 257, 284, 323, 332, 333, 347, 383, 390, 392
kiireellinen hoito s. 39, 41, 59, 69, 80, 84, 97, 132, 161, 169
kirjallinen suostumus s. 100, 223, 258, 269, 353
kliininen autonomia s. 9, 165
kloonaus s. 353
kohtuuton vaiva (tiedon antamiseen) s. 239, 349
kokenut terveydenhuollon ammattihenkilö s. 38, 58, 146, 149, 171
kollegiaalisuus s. 166, 179
kompetenssivaikutus s. 75
kudosnäyte s. 242, 350
kudospankki (ks. geneettinen informaatio)
kuluttajansuoja s. 37, 149, 243
kuolinsyy s. 293, 324, 327, 334
kuolintodistus s. 41, 226, 293
kuolleen henkilön potilastiedot s. 117, 211, 224, 239, 276, 287, 288, 292, 321, 324, 328, 349, 350, 364, 367, 376, 379, 394
käsiteanalyysi s. 13
käyttöoikeus (tiedon) s. 216, 219, 229, 230, 281, 296, 348, 379, 383, 391
käyttötarkoitussidonnaisuus s. 27, 96, 153, 194, 210, 219, 236, 237, 244, 262, 266, 271, 275, 281, 331, 333, 334, 349, 379, 382, 384, 386
käyttöyhteys s. 64, 232, 233, 237, 281

laillistettu ammattihenkilö s. 163, 260
lastensuojelu s. 73, 125, 130, 131, 262, 276, 301, 322, 369, 386
legaliteettiperiaate s. 5, 80, 351
lehdistö s. 315, 338, 369
looginen henkilörekisteri s. 241
luotettavuuslausunto s. 291
luottamuksen suoja s. 10, 43, 189, 196, 199, 253, 377, 385
luottotieto s. 264, 288
lähete s. 74, 115, 117, 147, 155, 175, 270, 275
lähiomainen s. 119, 129, 203, 259, 275, 294, 306, 321, 324, 325, 331, 379, 385
Lääkelaitos s. 8, 181, 296, 333, 354,386
lääkintäoikeus s. 1, 5, 7, 22, 29, 201
lääkärintodistus s. 138, 178, 224, 269, 270, 271, 276

markkinatutkimus s. 347
massaluovutus s. 251, 281, 283
mielentilatutkimus s. 121, 157, 309, 347, 361
mielisairaus-käsite s. 111, 116
minä-kuva s. 199, 378

neuvolakortti s. 330
nimenomainen suostumus s. 92, 94, 96, 149, 188, 237, 275, 283, 344, 348, 363,
nimikesuojattu ammattihenkilö s. 64, 163, 260
normihierarkia s. 374
Nürnbergin oikeudenkäynti s. 27, 340, 382

objektiviteettiperiaate s. 9, 289
OECD s. 216
ohjelmallinen vaikutus s. 78
oikeudenmukainen oikeudenkäynti s. 25, 179, 205, 298, 393
oikeusnormi s. 2, 6, 11, 13, 21, 22, 32, 73

oikeusperiaate s. 3, 9, 10, 53, 103, 194, 195, 243, 272, 289, 291, 382, 391, 394
oikeusturvan saatavuus s. 19, 20
oikeusvaltioperiaate s. 3, 198
oikeus-velvollisuus -parit s. 55, 79
oletettu suostumus s. 89, 92, 97, 197, 259, 275, 281, 296
omalääkäri s. 71, 168
optimointiongelma s. 17, 73, 132

pakkotila s. 76, 133, 169, 171, 277, 363
palvelun järjestämisvelvollisuus s. 66, 83, 139, 144, 187
perhe-elämä s. 1,22, 130, 131, 192, 208, 209, 284, 310, 321, 394
periaatevaikutus s. 17, 381
perusoikeuden ydinalue s. 6, 47, 197, 206
perusoikeusmyönteinen tulkinta s. 16, 52, 278, 292, 383
perusoikeusuudistus s. 17, 20, 46, 47, 49, 50, 192, 195, 253, 278, 297, 316, 333, 389
perusturva s. 46, 76, 139
perustuslaillinen toimeksianto s. 76, 192, 195
perustuslain ensisijaisuus s. 15
perustuslainmukaisuus s. 18, 47, 51
perustuslakituomioistuin s. 46, 51
perustuslakivaliokunta s. 45, 46, 51, 207, 250, 298, 302, 389
poikkeuslaki s. 47
poikkeuslupa s. 222, 319, 332, 333, 335, 336
positiivinen perusoikeussuoja s. 17, 45, 47, 77, 79
positiivinen syrjintä s. 69
potilasasiamies s. 8, 396
potilastietojen säilyttäminen s. 150, 153, 177, 221, 230, 231, 242, 246, 327, 361
potilastietojärjestelmä s. 227, 229, 233
priorisointi s. 43, 57, 174, 186, 294
puolustusvoimat s. 55, 68, 107, 255, 262, 279, 316, 337, 386
puutteellinen informointi s. 102, 119, 352
päihdehuolto s. 60, 103, 133, 301, 302

rajavartiolaitos s. 135
reaalinen argumentaatio s. 3, 13
reduktiokielto s. 46, 76, 139
rekisteriseloste s. 236, 237, 287, 335, 348, 382, 390
rekisteröidyn informointivelvollisuus s. 211, 215, 239, 342, 343, 349, 386
rekisteröintikielto s. 215, 219, 220, 248, 288, 332, 335, 343, 355
resurssivahinko s. 74, 82
riskinkorotus s. 85, 101
rokotus s. 50, 102, 104, 107
Ruotsi s. 36, 359

Saksa s. 34, 51, 362
salassapitorikos s. 221, 259, 351, 356, 393
sananvapaus s. 338, 364, 376
seksuaalinen käyttäytyminen s. 200, 207, 246
sikiö s. 58, 293, 345, 353, 368
sivullinen s. 15, 72, 82, 166, 183, 223, 259, 281, 319, 323, 328, 375, 377, 391
sosiaalihuolto s. 27, 60, 124, 168, 193, 196, 207, 234, 262, 273, 284, 292, 296, 301, 302, 308, 323, 389
sosiaalioikeus s. 1, 7
sosiaaliset suhteet s. 103, 109, 191, 198, 202, 204, 378, 379
sosiaalivakuutus s. 233, 273, 281, 305
STAKES s. 8, 248, 292, 295, 296, 333, 386
statusasema s. 40, 163
sterilointi s. 58, 59, 62, 147, 149, 203, 215, 347, 359
subjektiivinen oikeus s. 5, 20, 36, 46, 49, 55, 57, 74, 79, 80, 139, 155, 174
suhteellisuusperiaate s. 9, 10, 102, 103, 108, 133, 224, 240, 283, 284, 289, 291, 303, 375, 387, 391
suojaamisvelvoite s. 234, 254
suostumusasiakirja s. 101, 219, 221, 269
suunnitelmallisuusvaatimus s. 236, 237, 348
syrjintäkielto s. 41, 48, 56, 130, 144, 193, 341,
syyteharkinta s. 278, 309, 387
syyteoikeus s. 171, 326
syyttäjä s. 135, 248, 256, 263, 272, 278, 309, 337, 355, 387
sähköposti s. 232
säännönmukainen tietojen luovutus s. 109, 219, 236, 237, 348, 382, 384,
säännöt-periaatteet -jaottelu s. 17, 73, 381, 384
sääntövaikutus s. 17, 381

tahallisuus s. 175, 259, 301, 356, 357
takavarikko s. 134, 181, 310, 367

tietojen tarkastusoikeus s. 178, 179, 219, 224, 225, 229, 241, 266, 287, 298, 328, 335, 337, 350. 362, 380
tarkoitussidonnaisuuden periaate s. 9, 106, 108, 286, 289, 309
tarpeellisuusvaatimus s. 194, 210, 235, 237, 238, 246, 253, 267, 270, 284
tartunnan lähde s. 76, 109, 158
tartuntataudin määritelmä s. 105, 263, 300
tartuntatautirekisteri s. 255, 263, 333
tavaroiden ja palvelujen vapaa liikkuvuus s. 8, 71, 213, 358
teleläääketiede s. 232
terminaalihoito s. 129
tiedollinen itsemäärämisoikeus s. 96, 154, 197, 202
tietojärjestelmä s. 228, 233, 249, 298, 356, 390, 396
tietorikos s. 356
tietosuojadirektiivi s. 23, 109, 154, 193, 213, 218, 232, 234, 240, 248, 287, 291, 292, 301, 327, 333, 338, 343, 347, 349, 358, 359, 366, 374, 383, 389, 392
tietosuojasopimus s. 193, 208, 210, 218, 240, 248, 261, 292, 342, 349, 374, 387, 389, 392, 393
tietoturva s. 217, 219, 227, 345, 362, 370
tietotyyppi s. 208, 210, 249, 282, 379
Tilastokeskus s. 296, 334, 386, 294
todistamiskielto s. 205, 256, 261
toimenpiteen laajentaminen s. 91
toimitukselliset rekisterit s. 338
toisen henkilön tiedot s. 195, 330
transseksuaali s. 1, 200
tullimies s. 135
tunnistetieto s. 212, 239, 249, 255, 333, 342, 347, 348, 363, 371, 378, 383, 392
turvaamistoimenpide s. 164, 167, 177, 181, 263
tutkimusrekisteri s. 212, 216, 222, 237, 241, 333, 342, 347, 352, 355, 363, 382
tutkimussuunnitelma s. 100, 156, 237, 348
työhönotto s. 191, 268
työsuojelu s. 54, 71, 268, 272, 280, 296, 299, 333, 386
työterveyshuolto s. 66, 71, 72, 170, 257, 267, 270, 271, 272, 280, 297, 299, 328, 332, 336, 380
Työterveyslaitos s. 286, 296, 297, 299, 333, 335, 386

vaarallisuuskäsite s. 114
vahingonkorvausvelvollisuus s. 90, 102, 147, 149, 154, 365
vaihtoehtolääketiede s. 151, 167, 297
vajaavaltainen s. 119, 125, 129, 321, 341
vakuuttamisvelvollisuus s. 62, 182
vakuutusyhtiö s. 8, 234, 273, 299, 305, 335, 363, 371, 386, 396
valistunut välikäsi s. 150
valituskelpoisuus s. 43, 156, 181, 388
valvontaviranomainen s. 8, 11, 90, 142, 151, 164, 181, 200, 223, 249, 250, 260, 261, 262, 265, 364, 396
vammaispalvelu s. 80. 124
vankeinhoito s. 55, 68, 170, 242, 279, 340
vapaakauppa s. 216, 358
varainkäyttö laitoksissa s. 120
vastaanottotoiminnan tarkastaminen s. 181
vastaava tutkija s. 100, 156
vastustuskykyinen mikrobi s. 109
virheettömyysvaatimus s. 210, 229, 238, 271
virka-apu s. 66, 115, 134, 181, 285, 298, 337
väestötiedot s. 231, 292
vähäinen toimenpide s. 92, 275
väistämätön komplikaatio s. 89

yhdenvertaisuus s. 3, 5, 9, 48, 50, 53, 66, 69, 73, 77, 78, 79, 140, 144, 145, 174, 193, 289, 391
Yhdistyneet Kansakunnat s. 193, 209, 284
Yhdysvallat s. 5, 24, 48, 51, 54, 58, 90, 98, 101, 129, 132, 133, 139, 177, 190, 193, 202, 204, 206, 207, 208, 242, 246, 331, 358, 367, 376
yhteistoimintamenettely s. 272
yhteysvaatimus s. 219, 222, 235, 240, 285, 332, 334, 335, 336, 347, 382, 384
yksityinen etu s. 178, 304, 326, 329, 388
yksityinen terveydenhuolto s. 36, 40, 54, 71, 160, 225, 258, 264, 380

Suomessa tehdään vuosittain noin 20 miljoonaa lääkärissäkäyntiä ja vielä runsaammin yhteydenottoja tehdään muihin n. 250 000:een terveydenhuollon ammattihenkilöön. Terveydenhuollon ammattihenkilön ja potilaan välisen hoitosuhteen syntymiseen liittyy erityislainsäädännön (mm. potilaslaki, laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä, potilasvahinkolaki) perusteella runsaasti oikeusvaikutuksia (esim. erityinen huolehtimisvelvollisuus, salassapitovelvollisuus sekä oikeus vahingonkorvaukseen potilasvahingosta), joita ei Suomessa ole aikaisemmin systemaattisesti tarkasteltu.

Tässä lääkintäoikeudellisessa väitöskirjatutkimuksessa on tarkasteltu mm. potilasvahinkolautakunnan ja terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen ratkaisujen valossa hoitosuhteen syntymisen edellytyksiä ja siihen liittyviä oikeuksia ja velvollisuuksia sekä terveydenhuollon ammattihenkilön ja potilaan välillä että suhteessa kolmanteen osapuoleen (esimerkiksi terveydenhuoltopalveluja järjestävään yhteisöön). Tutkimuksessa on erityisesti tarkasteltu perustuslain 10 §:n mukaisen yksityiselämän suojan merkitystä hoitosuhteen luottamuksellisuudelle, yksityiselämän suojan sisältöä Euroopan Ihmisoikeustuomioistuimen ratkaisujen valossa sekä Euroopan Unionin tietosuojadirektiivin vaikutusta suomalaiseen lainsäädäntöön ja arkaluonteisten tietojen käyttöön hallinnon sisällä.

Suomalainen Lakimiesyhdistys
Kasarmikatu 23 A 17
00130 Helsinki
P. (09) 603 567, f. (09) 604 668
Sähköposti: sly@lakimies.org
www.lakimies.org

ISSN 0356-7206
ISBN 951-855-190-1