

28.1.2002

2516/4/99

Ratkaisija: Oikeusasiamies Riitta-Leena Paunio

Esittelijä: Oikeusasiamiehensihteeri Kaija Tanttinen-Laakkonen

KIRJALLISEN PÄÄTÖKSEN ANTAMINEN METADONIKORVAUSHOIDON PURKAMISESTA

1 KANTELU

A on 22.11.1999 sisarenpoikansa B:n valtuuttamana osoittanut eduskunnan oikeusasiamiehelle kantelukirjoituksen, joka koskee B:n metadonikorvaushoitoa. A on toimittanut myös useita samaa asiaa koskevia lisäkirjeitä. Ne on päivätty 17.12.1999, 13.1.2000, 14.1.2000, 15.2.200, 29.2.2000, 3.3.2000, 15.3.2000, 20.3.2000, 26.4.2000, 14.11.2000, 7.12.2000 ja 18.12.2000 sekä 28.12.2000.

A oli kannellut samasta asiasta myös Etelä-Suomen lääninhallitukselle 4.12.2000.

A arvostelee erityisesti sitä, että B:n metadonikorvaushoito oli perusteettomasti lopetettu eikä tämä ollut pyynnöistään huolimatta päässyt uudelleen metadonikorvaushoitoon.

A arvostelee 20.3.2000 päivätyssä lisäkirjoituksessaan myös B:hen kohdistunutta Helsingin kaupungin sosiaaliviraston erityissosiaalitoimiston menettelyä. Hän on erityisesti tyytymätön erityissosiaalitoimiston virkamiehen käyttäytymiseen ja kielenkäyttöön ja katsoo, että B:tä oli painostettu erityissosiaalitoimistossa.

2 SELVITYS

Sosiaali- ja terveysministeriö antoi 14.2.2000 kantelukirjoituksen johdosta lausunnon, johon liittyivät Helsingin kaupungin terveysviraston 3.2.2000 ja Hesperian sairaalan korvaushoitopoliklinikan esimieslääkärin C:n 31.1.2000 antamat selvitykset.

Kantelija antoi näihin selvityksiin vastineensa 30.3.2000.

Vastineessa esitetyn johdosta Järvenpään sosiaalisairaalan ylilääkäri D antoi selvityksen 22.5.2000.

Kantelijan 20.3.2000 ja 26.4.2000 päiväämien lisäkirjoitusten johdosta Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän toimitusjohtaja --- antoi 29.6.2000 pyynnöstäni lausunnon, johon liittyivät psykiatrian toimialajohtajan, ylilääkäri --- 14.6.2000 ja päihdepsykiatrian vastuuyksikön esimieslääkärin C:n 12.6.2000 antamat selvitykset.

Kantelijan lisäkirjoitusten, hänen antamansa vastineen ja hänen lääninhallitukselle tekemänsä kantelun sekä Järvenpään sosiaalisairaalan ylilääkärin ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin antamien edellä mainittujen selvitysten johdosta sosiaali- ja terveysministeriö antoi vielä 18.4.2001

lisälausunnon. Siihen liittyi Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen 10.4.2001 päiväämä lähete, jonka liitteenä oli sen pysyvän asiantuntijan, kliinisen farmakologian ja psykiatrian erikoislääkäriin, dosentti E:n 5.4.2001 antama lausunto.

Sosiaali- ja terveysministeriön lisälausunnon johdosta Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin päihdepsykiatrian vastuuyksikön esimieslääkäri C antoi minulle selityksen 2.8.2001.

Helsingin kaupungin sosiaalivirasto antoi kantelijan 20.3.2001 päiväämän lisäkirjoituksen johdosta 13.7.2001 lausunnon, johon liittyi vs. erityissosiaalityöntekijä --- 9.7.2001 antama selvitys.

Vastineen antamisen jälkeen hankitut lausunnot ja selvitykset ovat tämän päätöksen liitteinä.

3

RATKAISU

3.1

B:n metadonikorvaushoidon järjestäminen

3.1.1

Tapahtumat

Selvityksen mukaan B oli Helsingin kaupungin terveysviraston psykiatrian tulostyöyksikön korvaushoitopoliklinikalla Hesperian sairaalassa metadonikorvaushoidossa ajan 16.4.1998 - 30.9.1999. Syyinä korvaushoitoon oli yli kymmenen vuotta jatkunut heroinin ja muiden opiaattien käyttö. Näiden lisäksi hän oli käyttänyt muun muassa amfetamiinia ja kannabista. Metadonikorvaushoidon alussa hänelle kerrottiin suullisesti ja kirjallisesti, että huumeiden käyttö oli hoidon aikana kiellettyä. Hän aloitti opiaattien ja amfetamiinin käytön jo ensimmäisten hoitoviikkojen aikana ja vaikka heroinin vaihtuminen metadoniin merkitsi hänen fyysisen vointinsa kohenemistä, varsinaiseen kuntouttamiseen ei päästy hänen huumeiden käyttönsä vuoksi. Hänet lähetettiin kaksi kertaa laitospäivöitykseen huumeiden käytön vuoksi.

Huumeiden oheiskäytön edelleen jatkuessa B:lle todettiin yhteistapaamisessa kesäkuussa 1999, että metadonikorvaushoito joudutaan lopettamaan tuloksettomana, ellei hänelle ehdotettu uusi vieroituslaitos tuota tuloksia. Hän oli kaksi viikkoa vieroituslaitoshoitossa Helsingin psykiatrian tulostyöyksikön päihdepsykiatrian osastolla Hesperian sairaalassa. Hänen amfetamiinin käyttönsä kuitenkin jatkui, joten 12.8.1999 metadonikorvaushoitoa päätettiin ryhtyä purkamaan ja hoito päättyi 30.9.1999. Hänelle tehtiin hoidon lopettamisen yhteydessä lähete Helsingin yliopistollisen keskus-sairaalan huumevieroitusyksikön poliklinikalle tarkoituksena selvittää hänen huumeriippuvuutensa hoitomahdollisuudet mukaan lukien mahdollinen uusi arviointi uudesta metadonikorvaushoidon yrityksestä.

Verkostotapaamisessa 23.8.2000 olivat läsnä muun muassa ylilääkäri C Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin päihdepsykiatrian klinikalta ja ylilääkäri D Järvenpään sosiaalisairaalasta. Neuvottelussa mietittiin ylläpito- ja hoito- vaihtoehtoja. Päätös metadonikorvaushoidon aloittamisesta uudelleen tehtiin elokuun lopulla 2000.

Syksyn 2000 aikana B oli hoidettavana kahdesti Järvenpään sosiaalisairaalassa. Hän oli siellä buprenorfiinivieroituksessa 9. - 23.10.2000. Uusi metadonikorvaushoito aloitettiin 27.10.2000 Hesperian sairaalan korvaushoitopoliklinikalla. Ensimmäisen kuukauden aikana metadoniannosta nostettiin 60 milligrammaan, toisen kuukauden aikana 85 milligrammaan ja seuraavien kahden ja

puolen viikon aikana 115 milligrammaan.

3.1.2

Sosiaali- ja terveysministeriön ja pysyvän asiantuntijan E:n antamat lausunnot

Sosiaali- ja terveysministeriön 14.2.2000 antaman lausunnon mukaan B:n huumeriippuvuutta pyrittiin hoitamaan asianmukaisesti Hesperian sairaalassa. Koska metadonikorvaushoito ei hänen kohdallaan johtanut huumeiden oheiskäytön loppumiseen useista hoitoyrityksistä huolimatta, hoidon purkaminen oli perusteltua. Ministeriön käsityksen mukaan B:lle selvitettiin tilannetta useita kertoja ja hän oli tietoinen siitä, että huumeiden käyttö oli hoidon aikana kiellettyä.

Sosiaali- ja terveysministeriön 18.4.2001 ja pysyvän asiantuntijan E:n 5.4.2001 antamien lausuntojen mukaan tieto metadonikorvaushoidon mahdollisesta lopettamisesta olisi ollut hyvä antaa potilaalle kirjallisena epäselvyyksien välttämiseksi. Lausunnoissa todetaan edelleen, että Hesperian korvaushoitopoliklinikan tulkinnan mukaan muiden huumeiden jatkuva oheiskäyttö oli lääketieteellinen peruste keskeyttää korvaushoito. Erilaisista hoitoyrityksistä huolimatta oheiskäyttöä ei lausuntojen mukaan saatu kuriin eikä päihitteettömyyden tavoitetta saavutettu. Ministeriö toteaa kuitenkin, että B:n korvaushoidossa tapahtui olennaista edistystä siten, että opiaattien laitton käyttö loppui, rikollinen toiminta väheni olennaisesti ja hänen psyykkinen ja fyysinen terveydentilansa kohenivat.

Lausunnoissa todetaan myös, että potilaan enon ottaminen mukaan hoitoneuvotteluun potilaan suostumuksella joulukuussa 2000 olisi ehkä auttanut edistämään hoitoprosessia tapahtunutta paremmassa yhteisymmärryksessä.

Lausunnoissa todetaan edelleen, että potilaan metadoniannos on mahdollisesti ollut liian pieni estämään vieroitusoireita ensimmäisen hoitajakson aikana ja että toisen hoitajakson aikana metadonihoidon aloittaminen osasto-olosuhteissa olisi todennäköisesti estänyt huumeiden oheiskäytön ja mahdollistanut metadoniannoksen nostamisen nopeammin kuin avohoidossa.

Pysyvä asiantuntija E kiinnittää huomiota siihen, että tietoa potilaan metadoniannoksesta ensimmäisen metadonikorvaushoitajakson ajalta ei löytynyt korvaushoitopoliklinikan eikä päihdepsykiatrian osaston sairauskertomuksista.

Lausuntojen mukaan metadonihoidoissa metadoniannoksen suuruus on potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 5 §:ssä tarkoitettu merkittävä hoitoratkaisu, josta potilaan tulee saada tietoa niin halutessaan. Tätä edellyttää myös molemminpuolinen luottamus, joka on välttämätöntä erityisesti pitkäaikaisessa hoidossa. Ministeriö toteaa antamassaan lausunnossa, että lääkeannokset tulee merkitä sairauskertomukseen. Ministeriö ei pidä lääkeannosta sellaisena tietona, joka henkilötilolain 27 §:n mukaan voitaisiin evätä sillä perusteella, että siitä aiheutuisi vakavaa vaaraa henkilön terveydelle. Ministeriö toteaa myös, että metadonia käyttävän potilaan joutuessa esimerkiksi leikkaukseen on hoitohenkilökunnan tärkeää tietää potilaan metadoniannos. Lisäksi on hengenvaarallista, jos tuntemattoman määrän metadonia sisältävä lääkeannos päätyisi ulkopuolisen haltuun.

Ministeriön mukaan potilaan hoidossa ei menetelty virheellisesti, kun tilannetta seurattiin ilman metadonilääkitystä vuoden 1999 elokuusta vuoden 2000 elokuuhun. Samalla ministeriö korostaa, että tällaisena väliaikana potilasta ei saa jättää ilman hoitokontakteja, vaan hänelle on järjestettävä jonotus- tai arviointiajaksi joku muu toimiva taho.

Ministeriö toteaa, että heinäkuussa 2000 voimaan tulleessa asetuksessa mainitun ylläpitohoidon tarkoituksena on, että sitä annettaisiin esimerkiksi HIV-positiivisille ja sellaisille pitkälle syrjäytyneille henkilöille, joilla ei ole valmiuksia sitoutua päihdeettömyystavoitteen sisältävään korvaushoittoon mutta joiden kohdalla tämän hoidon avulla voidaan vähentää huumeiden käyttöä, parantaa elämän laatua ja joita hoitosuhteen rakentuessa voidaan valmentaa pitemmälle kuntouttaviin hoitoihin.

Ministeriö korostaa hoidon siirtämistä asetuksen mukaisesti aloitusyksiköstä lähemmäs potilaan kotipaikkaa, koska päivittäin tapahtuva lääkkeen noutaminen pitäisi olla lähellä potilasta ja koska uusien hoitojen aloittaminen edellyttää, että potilaita siirtyy aloituspaikasta eteenpäin. Ministeriö katsoo, että Hesperian korvaushoitopoliklinikan olisi tärkeä siirtää eteenpäin jatkohoitopaikkoihin potilaita, joiden hoito on jo melko vakiintunutta. Tämän myötä olisi myös mahdollista keskittyä sellaisiin potilaisiin kuten B, joiden hoito on erityisen vaativaa.

3.1.3

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin päihdepsykiatrian vastuuyksikön esimieslääkäri C:n antama selitys

Apulaisylilääkäri C toteaa 2.8.2001 antamassaan selityksessä ensinnäkin, että B näytti hyvin ymmärtäneen, että jatkuva tai toistuva amfetamiinin käyttö oli muodostumassa esteeksi hänen meta-donikorvaushoidolleen ja sen että tästä syystä hänet muun muassa lähetettiin kaksi kertaa amfetamiinin käytön katkaisuhoidon. C:n mukaan etukäteen annettua tietoa tulevasta hoitoratkaisusta on käytännön kokemuksen mukaan erittäin vaikea antaa, koska ratkaistavaksi saattaa tulla uusia potilaan terveydentilaan liittyviä tekijöitä, ja myös koska ratkaisun yhteydessä hoitotaholla täytyy olla mahdollisuus arvioida kaikkia asiaan vaikuttavia tekijöitä ratkaisuhetken tilanteen mukaisesti.

C:n mukaan B:n hoitoa on arvioitava korvaushoitona, ei ylläpitohoitona.

C toteaa, että B:n eno on ollut paljon mukana hoitoprosessissa (yhteensä kymmeniä puhelinkeskusteluja, sähköpostiviestejä, keskusteluja työntekijöiden kanssa ja myös osallistumista hoitoneuvotteluihin). Myös B:n äitiä on tavattu hoitoprosessin aikana. C toteaa edelleen, että on vaikea päätellä, olisiko potilaan enon mukanaolo vielä yhdessä tietyssä hoitoneuvottelussa edistänyt yhteisymmärrystä tai hoidon tuloksellisuutta. Omaisten osallistumisen hoitoon tulisi hänen mukaansa olla suunniteltua, hoitosuunnitelmaan sisältyvää ja yhteisesti sovittua. Muussa tapauksessa on vaarana, että omaiseen suuntautuva huomio jopa rajoittaa mahdollisuuksia keskittyä potilaan hoitoon.

C pitää mahdollisena sitä, että B kuuluu siihen korvaushoitopotilaiden ryhmään, joille ei löydy riittävän suurta metadoniannosta pitämään vieroitusoireita poissa. Korvaushoitopoliklinikan kokemuksen ja kirjallisuuden mukaan tämä on suhteellisen usein esiin tuleva ongelma, johon ei ole löydetty kaikissa tilanteissa toimivaa ratkaisua. C:n mukaan näyttää jopa siltä, että lopulta annoksen nostaminen alkaa uudelleen lisätä vieroitusoireita. B:n puheena olevan hoidon loppuvaiheessa metadoniannos oli 215 milligramman luokkaa, joka on selvästi yli korvaushoitopoliklinikan potilaiden annosten keskiarvon ja kansainvälisesti katsoen sitä on pidettävä korkeana. Hoitotutkimuksissa katsotaan usein 80-120 milligrammaa korkeaksi annokseksi.

C pitää rohkeana arviota, jonka mukaan osasto-olosuhteet eli tarvittavan pitkäkestoinen osastohoito toisen hoitajakson alkuvaiheessa lokakuussa 2000 olisivat todennäköisesti estäneet huumeiden oheiskäytön. Hän ilmoittaa yhtyvänsä asiantuntija E:n käsitykseen siitä, että metadonin aloittaminen osasto-olosuhteissa olisi mahdollisesti voinut olla nopeampaa kuin avohoidossa. Hän toteaa vielä, että E:n mainitsema vaihtoehtoisen osastohoidon kalleus ei ollut vaikuttamassa hoitomuodon

valintaan.

Ministeriön kehotukseen lähettää Hesperian korvaushoitopoliklinikalta tietynlaisia potilaita eteenpäin jatkohoitopaikkoihin C toteaa, että pääkaupunkiseudulla ei ole yhtään hoitoyksikköä, jonne potilaita voitaisiin siirtää. Hän toteaa myös, että Suomessa on tällä hetkellä tiettävästi selvästi vähiten metadonihoitopaikkoja kaikista Länsi-Euroopan maista.

C toteaa edelleen, että maailmalla on laajalti käytössä metadonihoidossa menetelmä, jossa potilas ei saa tietää metadoniannostaan ja tämä menetelmä on käytössä myös Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Hesperian korvaushoitopoliklinikalla. Helsingin metadonikorvaushoidon hoitomalli on kokonaisuus, johon kuuluu muun muassa, että hoitoannokset pyritään määrittämään potilaan tarpeiden mukaisesti, vaikka jouduttaisiin huomattavan korkeisiin annoksiin ja että toisaalta pyritään kuntouttavassa tarkoituksessa antamaan potilaille mahdollisuuksien mukaan metadonia kotona otettavaksi, jotta heidän ei tarvitsisi käydä päivittäin poliklinikalla. Perusteluna sille, että metadoniannoksen suuruutta ei kerrota potilaalle, on toisaalta se, että sopivaa annosta etsittäessä on tärkeää kuulla potilaan kokemukset hänen voinnistaan ja oireistaan, ja tätä todennäköisesti vaikeuttaisi muun muassa potilaan tieto ja tarve saada annos vähintään saman suuriseksi kuin muilla potilailla, joiden annoksen hän tietää olevan korkeamman kuin omansa. Tämä näkökohta on erityisen tärkeä hoidon alkuvaiheessa, jolloin annosta joudutaan nostamaan turvallisuussyistä vähitellen, mutta vieroitusoireita ja annoksen muuttamisen tarpeita voi tulla hoidon kaikissa vaiheissa. C toteaa, että tietoa lääkannoksen suuruudesta ei ole evätty sillä henkilötietolain 27 §:n mukaisella perusteella, että tiedon antamisesta aiheutuisi vakavaa vaaraa henkilön terveydelle. Hän toteaa edelleen, että myös vakava vaara henkilön hoidolle voi olla lain mukainen epäämisen syy. Hänen mukaansa nykyisin korvaushoitopoliklinikalla käytössä olevan ohjelman mukaista hoitoa ei voitaisi antaa potilaalle, jos metadoniannos kerrottaisiin hänelle.

C toteaa vielä, että Helsingin korvaushoito-ohjelmassa on pidetty myös erittäin tärkeänä sitä, että metadoniannoksia ei joudu ulkopuolisten käsiin, mikä Euroopassa aiheuttaa tiettävästi useita kuolemaanjohtavia onnettomuuksia vuosittain. Jos katukauppaan voitaisiin toimittaa virallisilla tiedoilla varustettuja suuria metadoniannoksia, tämä johtaisi todennäköisesti myynnin lisääntymiseen ja esimerkiksi metadonivarkauksiin. Näin riski, että myös ulkopuoliset saisivat käsiinsä, metadonia lisääntyi. Kaikki korvaushoitopoliklinikan potilaat saavat poliklinikalta todistuksen siitä, että he ovat metadonihoidossa ja heidän joutuessaan muiden hoitoyksiköiden hoitoon metadoniannos kerrotaan näille.

C toteaa lopuksi, että ainakin yhden ylläpitohoitoa antavan yksikön perustaminen Helsinkiin olisi todennäköisesti eräs ratkaisu sen tapaisiin hoitohaasteisiin, joita B:n hoito muodostaa.

3.1.4

Oikeusohjeet

3.1.4.1

Sosiaali- ja terveysministeriön määräykset ja asetus opioidiriippuvaisten potilaiden lääkkeellisestä hoidosta

Määräykset (1997:28)

Sosiaali- ja terveysministeriö antoi siis 8.7.1997 ensimmäiset määräykset opioidiriippuvaisten potilaiden hoidosta erällä lääkkeillä (1997:28). Määräykset tulivat voimaan 1.9.1997.

Määräysten mukaan opioidiriippuvaisten henkilöiden vieroitushoito ja korvaushoito, mikäli hoitoon liittyy buprenorfiinia, metadonia tai levasetyylimetadolia vaikuttavana aineena sisältävän lääkevalmisteiden käyttö, ovat erityistason sairaanhoitoa.

Määräysten mukaan opioidiriippuvaisten henkilöiden hoidon tavoitteena oli aina opioidiriippuvuudesta vieroittaminen. Hoidon tuli perustua moniammatillisesti laadittuun hoitosuunnitelmaan, jossa lääkehoidon lisäksi määritellään aina myös potilaan muu lääketieteellinen ja psykososiaalinen hoito ja sen seuranta. Hoidon järjestämisessä tuli ottaa huomioon myös, mitä päihdehuoltolaissa on säädetty.

Opioidiriippuvaisten henkilöiden vieroitushoidon aloittaminen buprenorfiinia, metadonia ja levasetyylimetadolia vaikuttavana aineena sisältävillä lääkevalmisteilla keskitettiin yliopistollisiin keskussairaaloihin ja Helsingin kaupungin psykiatristen sairaaloiden yksikköön. Hoitoa voitiin tämän jälkeen jatkaa yhteistyössä edellä mainitun yksikön kanssa muussa sellaisessa erikoissairaanhoidon toimintayksikössä, terveyskeskuksessa, päihdehuollon laitoshoidoyksikössä tai polikliinisessä yksikössä, jolla hoidon aloittanut yksikkö arvioi olevan riittävät edellytykset hoidon antamiseen. Tällaisessa yksikössä tuli olla toiminnasta vastaava, erikseen nimetty lääkäri, josta tuli ilmoittaa hoidon aloittaneelle yksikölle ja Terveystieteiden tutkimuskeskukselle. Vieroitushoidolla tarkoitettiin määräyksissä enintään kolme kuukautta kestävää edellä tarkoitettua hoitoa.

Buprenorfiinia, metadonia ja levasetyylimetadolia sisältäviä lääkevalmisteita oli sallittua käyttää opioidiriippuvaisten henkilöiden vieroitushoidossa ainoastaan mainituissa hoitoyksiköissä annettavassa hoidossa. Lääkettä sai määrätä ainoastaan toimintayksikön palveluksessa oleva toiminnasta vastaava lääkäri tai hänen tähän tehtävään osoittamansa lääkäri. Lääkehoito ja lääkkeen potilaalle luovuttaminen oli rajoitettu tapahtuvaksi valvotusti toimintayksikössä, eikä lääkettä siten ollut sallittua määrätä edellä mainittuun tarkoitukseen apteekista toimitettavaksi.

Korvaushoito voitiin määräysten mukaan aloittaa ainoastaan sellaisille potilaille, joiden kohdalla vieroitushoito yleisesti hyväksytyjä hoitokäytäntöjä ja menettelytapoja noudattamalla ei ollut johtanut vieroittumiseen.

Korvaushoidon tarpeen arviointi sekä hoidon aloittaminen ja hoidon seuranta keskitettiin Helsingin yliopistollisen keskussairaalan huumevieroitusyksikköön ja Oulun yliopistollisen sairaalan psykiatrian klinikkaan. Hoitoa voitiin sen aloittamisen jälkeen jatkaa yhteistyössä edellä mainitun yksikön kanssa sellaisessa yliopistollisen keskussairaalan päihdekliniikassa tai vastaavassa erikoissairaanhoidon toimintayksikössä, terveyskeskuksessa, päihdehuollon laitoshoidoyksikössä tai polikliinisessä yksikössä taikka vankeinhoitolaitoksen sairaalayksikössä tai polikliinisessä yksikössä, jolla hoidon aloittanut yksikkö arvioi olevan riittävät edellytykset hoidon antamiseen. Tällaisessa yksikössä tuli olla toiminnasta vastaava, erikseen nimetty lääkäri, josta tuli ilmoittaa hoidon aloittaneelle yksikölle ja Terveystieteiden tutkimuskeskukselle.

Buprenorfiinia, metadonia ja levasetyylimetadolia sisältäviä lääkevalmisteita oli sallittua käyttää opioidiriippuvaisten henkilöiden korvaushoidossa ainoastaan edellä mainituissa hoitoyksiköissä annettavassa hoidossa. Lääkettä sai määrätä edellä mainittuun tarkoitukseen ainoastaan toimintayksikön palveluksessa oleva toiminnasta vastaava lääkäri tai hänen tähän tehtävään osoittamansa lääkäri. Lääkehoito ja lääkkeen potilaalle luovuttaminen oli rajoitettu tapahtuvaksi valvotusti toimintayksikössä, eikä lääkettä siten ollut sallittua määrätä edellä mainittuun tarkoitukseen apteekista toimitettavaksi.

Määräykset (1998:42)

Sosiaali- ja terveysministeriön 2.11.1998 antamissa uusissa määräyksissä (1998:42) ei enää erikseen mainittu, että opioidiriippuvaisten henkilöiden hoidon tavoitteena oli aina opioidiriippuvuudesta vieroittaminen. Määräysten mukaan hoidon järjestämisessä tuli ottaa päihdehuoltolaissa säädetyn lisäksi huomioon, mitä potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa on säädetty.

Vieroitushoidon aloituspaikaksi lisättiin Järvenpään sosiaalisairaala. Vieroitushoitoa voitiin uusien määräysten mukaan jatkaa kolmea kuukautta kauemminkin, jos hoito ei ollut tämän ajan kuluessa johtanut vieroittumiseen eikä muita hoitovaihtoehtoja voitu pitää tarkoituksenmukaisina. Vieroitushoidon jatkamisen tarve oli kuitenkin määräysten mukaan arvioitava uudelleen viimeistään, kun hoidon aloittamisesta oli kulunut kuusi kuukautta, ja vieroitushoitoa saatiin sen aloittamisesta lukien antaa enintään vuoden ajan. Hoidon jatkamisesta kolmen ja vastaavasti kuuden kuukauden kuluttua päätti hoidon aloittanut yksikkö potilaskonsultaation tai kirjallisen konsultaation perusteella. Hoidon jatkamisen tarve tuli arvioida niin ajoissa, ettei hoitoon tullut keskeytyksiä.

Myös Kuopion yliopistollisen sairaalan psykiatrian klinikka hyväksyttiin paikaksi, jossa voitiin arvioida korvaushoidon tarve, aloittaa hoito ja seurata sitä. Hoitoa voitiin sen aloittamisen jälkeen jatkaa yhteistyössä edellä mainitun yksikön kanssa sellaisessa yliopistollisessa sairaalassa, muussa erikoissairaanhoidon toimintayksikössä, terveyskeskuksessa, päihdehuollon laitoshoidoyksikössä tai poliklinisessa yksikössä taikka vankeinhoitolaitoksen sairaalayksikössä tai poliklinisessa yksikössä, jolla hoidon aloittanut yksikkö arvioi olevan riittävät edellytykset hoidon antamiseen.

Uusissa määräyksissä määrättiin myös seurannasta ensimmäisiä määräyksiä tarkemmin. Vieroitushoidon aloittamiseen oikeutettujen yksiköiden oli seurattava oman yksikkönsä vieroitushoitoon pääsyn kestoa ja korvaushoidon arviointiin oikeutettujen yksiköiden vastaavasti yksikössään tapahtuvaan korvaushoidon arviointiin pääsyn kestoa. Hoidon aloittaneen yksikön tuli myös seurata toiminnan tarkoituksenmukaista toteutumista yhteistyössä hoitoa jatkavan yksikön kanssa.

Nämä määräykset olivat voimassa 15.11.1998 - 30.6.2000 välisen ajan.

Asetus (607/2000)

Sosiaali- ja terveysministeriö antoi 21.6.2000 asetuksen opioidiriippuvaisten henkilöiden vieroitus-, korvaus- ja ylläpito-hoidosta erällä lääkkeillä (607/2000). Asetus tuli voimaan 1.7.2000.

Asetusta koskevan sosiaali- ja terveysministeriön esittelymuistion (13.6.2000) mukaan buprenorfia, metadonia ja levasetyylimetadolia sisältävillä lääkkeillä tapahtuvan opioidiriippuvaisten potilaiden vieroitus- ja korvaushoidon erityissäätelyn syynä on ollut paitsi hoitojen vaatavuus, myös kyseisiin lääkkeisiin liittyvä väärinkäyttöriski. Esittelymuistion mukaan hoidon käsitteet saatettiin vastamaan paremmin kansainvälistä käytäntöä.

Asetusehdotuksesta oli esittelymuistion mukaan pyydetty lausunnot mm. päihdeasiamies Marjo Tervolta ja Opiatiriippuvaisten Tuki ry:ltä. Nämä lausunnonantajat katsoivat, että asetukseen tulisi lisätä mahdollisuus hoidon järjestämiseen myös vankeinhoitolaitoksen sairaaloissa ja että hoitoa tulisi laajentaa myös yksityissektorille. Esittelymuistion mukaan kyseisten lausunnonantajien ehdotuksesta tiedusteltiin Vankeinhoitolaitoksen terveydenhuollon edustajien näkemystä hoitojen tarpeen arvioinnin, aloittamisen ja seurannan mahdollistamisesta myös Vankeinhoitolaitoksen sairaaloissa. Tiedusteluun annetussa vastauksessa tätä ei kuitenkaan pidetty mahdollisena.

Asetuksen 2 §:ssä määritellään opioidiriippuvuus ja vieroitus-, korvaus- ja ylläpito-hoidon käsitteet. Vieroitushoidolla tarkoitetaan enintään kuukauden kestävästä opioidiriippuvaisen henkilön päihteettömyyteen tähtäävää hoitoa buprenorfiinia tai metadonia sisältävillä lääkevalmisteilla. Esittelymuis-tion mukaan vieroitushoito ei kuulu levasetyyylimetadolivalmisteelle hyväksytyihin käyttötarkoituk-siin. Korvaushoito määriteltiin uudelleen siten, että sillä tarkoitetaan yli kuukauden kestävästä opioidiriippuvaisen henkilön kuntouttavaa, päihteettömyyteen tähtäävää hoitoa buprenorfiinia, metado-nia ja levasetyyylimetadolia sisältävillä lääkevalmisteilla. Asetukseen lisättiin uudeksi hoitomuodok-si ylläpitohoito. Ylläpito-hoidolla tarkoitetaan opioidiriippuvaisen henkilön kuntouttavaa hoitoa, jossa käytetään buprenorfiinia, metadonia ja levasetyyylimetadolia sisältäviä lääkevalmisteita ja joka kes-tää yli kuukauden ja jonka painopistealueena on haittojen vähentäminen ja potilaan elämän laadun parantaminen.

Hoitoonpääsyn parantamiseksi toimintayksiköiden määrää lisättiin asetuksella siten, että hoitojen tarpeen arviointi sekä niiden aloittaminen ja seuranta on mahdollista kaikissa yliopistollisissa ja muissa keskussairaaloissa sekä Järvenpään sosiaalisairaalassa. Sairaanhoidopiirin kuntayhtymä voi myös osoittaa tehtävään keskussairaalan sijasta muun vastaavantasaisen sairaalan.

Asetuksen mukaan korvaus- ja ylläpitohoito tulee hoidon pitkäkestoisuuden vuoksi pyrkiä siirtä-mään mahdollisimman lähelle potilaan asuinpaikkaa.

Asetuksessa tarkoitettuja lääkkeitä saa käyttää edelleenkin ainoastaan asetuksessa tarkoitetuissa hoitoyksiköissä eikä niitä voi määrätä vieroitus-, korvaus- tai ylläpito-tarkoitukseen apteekista toi-mitettavaksi. Lääkehoidon ja lääkkeen luovutuksen potilaalle toimintayksikössä tulee asetuksen mukaan edelleenkin tapahtua valvotusti. Asetuksessa mahdollistetaan kuitenkin se, että hyvää hoi-tomyönteisyyttä osoittaneelle potilaalle voidaan luovuttaa enemmän kuin yksi, kuitenkin enintään seitsemän vuorokausiannosta lääkettä, jos tähän on perusteltua syytä.

3.1.4.2

Muut oikeusohjeet

Keskeisistä sosiaaliturvaan liittyvistä perusoikeuksista säädetään Suomen perustuslain 19 §:ssä. Säännös vastaa sisällöltään ennen 1.3.2000 voimassa olleen hallitusmuodon 15 a §:ää.

Perustuslain 19 §:n 1 momentin mukaan jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elä-män edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Säännöksen on katsottu turvaavan jokaiselle oikeuden kiireelliseen sairaanhoitoon.

Kansanterveyslain (66/1972) 14 §:n 1 momentin 10 kohdan mukaan kunnan tulee kansanterveys-työhön kuuluvina tehtävinä järjestää kiireellinen avosairaanhoito potilaan asuinpaikasta riippumat-ta. Kansanterveyslain 16 §:n 1 momentin mukaan kiireellisen laitoksessa järjestettävän sairaanhoi-don tarpeessa oleva on aina otettava terveyskeskuksen sairaansijalle tai, mikäli siellä ei voida jär-jestää tarvittavaa tutkimusta tai hoitoa, ohjattava tai toimitettava asianmukaiseen sairaanhoitolai-tokseen. Erikoissairaanhoitolain (1062/1989) 30 §:n 2 momentin ja 31 §:n 2 momentin mukaan kiireellisen sairaanhoidon tarpeessa olevalle henkilölle on aina annettava sairaanhoitoa.

Perustuslain 19 §:n 3 momentin mukaan julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin *lailla* tar-kemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Perustuslakien perusoikeussäännösten muuttamista koskevan hallituksen esityksen (HE 309/1993 vp, s. 71) mukaan palvelujen riittävyttä arvioitaessa voidaan lähtökohtana pitää sellaista palvelujen

tasoa, joka luo jokaiselle ihmiselle edellytykset toimia yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä.

Sosiaalipalvelujen osalta yleiset säännökset järjestämisvelvollisuudesta sisältyvät sosiaalihuoltolaikiin (710/82) ja terveydenhuoltopalveluiden osalta kansanterveyslakiin ja erikoissairaanhoidolaikiin. Päihdehuoltolaissa (41/1986) säädetään päihdehuollon palveluista.

Kunnan, joka on kotikuntalain (201/1994) mukainen henkilön kotikunta, on erikoissairaanhoidolain 3 §:n mukaan huolehdittava siitä, että henkilö saa erikoissairaanhoidolain 1 §:n 2 momentissa tarkoitetun erikoissairaanhoidon tuon lain mukaisesti. Erikoissairaanhoidolain 9 §:n mukaan sairauksien harvinaisuuden, erikoissairaanhoidon vaativuuden tai erikoissairaanhoidon järjestämisen asettamien erityisten vaatimusten perusteella voidaan osa erikoissairaanhoidosta määrätä erityistason sairaanhoidoksi. Lain 11 §:n 2 momentin (23.12.1992/1487) mukaan sosiaali- ja terveysministeriö antaa tarvittavat ohjeet ja määräykset erityistason sairaanhoitoon kuuluvista tutkimuksista, toimenpiteistä ja hoidosta.

Sosiaali- ja terveysministeriö on erikoissairaanhoidolain 11 §:n 2 momentin nojalla määrännyt, että opioidiriippuvaisten henkilöiden vieroitushoito ja korvaushoito, mikäli hoitoon liittyy buprenorfiinia, metadonia tai levasetyylimetadolia vaikuttavana aineena sisältävän lääkevalmisteen käyttö, ovat erityistason sairaanhoitoa. Hoidon tarpeen arviointi, hoidon aloittaminen ja hoidon seuranta edellyttävät toiminnan keskittämistä sen määräämällä tavalla. Hoidon järjestämisessä tulee ottaa huomioon myös, mitä päihdehuoltolaissa ja potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa on säädetty.

Päihdehuoltolain (41/1986) 1 §:n mukaan päihdehuollon tavoitteena on ehkäistä ja vähentää potilaiden ongelmakäyttöä sekä siihen liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja sekä edistää päihteiden ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä toimintakykyä ja turvallisuutta. Lain 3 §:n mukaan kunnan on huolehdittava siitä, että päihdehuolto järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaiseksi kuin kunnassa esiintyvä tarve edellyttää. Päihdehuollon palvelujen ja toimenpiteiden järjestäminen ja kehittäminen kuuluu sosiaalihuollon osalta sosiaalilautakunnalle ja terveydenhuollon osalta terveyslautakunnalle.

Päihdehuollon palvelujen kehittämisestä säädetään lain 6 §:ssä seuraavasti. Palveluja on järjestettävä yleisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja kehittämällä sekä antamalla erityisesti päihdehuoltoon tarkoitettuja palveluja. Sosiaali- ja terveydenhuollon yleisiä palveluja tulee kehittää niin, että niiden piirissä pystytään riittävästi hoitamaan päihteiden ongelmakäyttäjät sekä tarvittaessa ohjaamaan avun ja tuen tarpeessa oleva henkilö erityisesti päihdehuoltoon tarkoitettujen palvelujen piiriin. Palvelut tulee järjestää ensisijaisesti avohuollon toimenpitein siten, että ne ovat helposti tavoitettavia, joustavia ja monipuolisia. Päihdehuollon palveluja tulee lain 7 §:n mukaan antaa henkilölle, jolla on päihteiden käyttöön liittyviä ongelmia, sekä hänen perheelleen ja muille läheisilleen. Palveluja on annettava henkilön, hänen perheensä ja muiden läheistensä avun, tuen ja hoidon tarpeen perusteella.

Päihdehuollon palvelut on päihdehuoltolain 8 §:n mukaan järjestettävä siten, että niiden piiriin voidaan hakeutua oma-aloitteisesti ja niin, että asiakkaan itsenäistä suoriutumista tuetaan. Hoidon on perustuttava luottamukseen. Toiminnassa on otettava ensisijaisesti huomioon päihteiden ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä etu. Palveluja annettaessa on päihteiden ongelmakäyttäjää tarvittaessa autettava ratkaisemaan myös toimeentuloon, asumiseen ja työhön liittyviä ongelmiaan.

Potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (785/1992) 3 §:n mukaan jokaisella Suomessa py-

syvästi asuvalla henkilöllä on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä. Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Säännöksessä on kysymys toisaalta potilaan oikeudesta terveydentilan edellyttämään ja toisaalta sen rajaamaan hoitoon, jonka toteutuminen riippuu terveydenhuollon käytettävissä olevista voimavaroista. Potilaan terveydentilasta johtuvan hoidon tarpeen arvioinnin ja päätöksen potilaan ottamisesta hoitoon tulee perustua lääketieteellisesti hyväksyttäviin kriteereihin. Lain 3 §:n viittaus voimavaroihin ei rajoita kunnan velvollisuutta järjestää hoitoa. Lailla ei ole puututtu kunnan lakisääteiseen velvollisuuteen järjestää terveyden- ja sairaanhoitoa. Tässä yhteydessä on otettava huomioon myös sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuuksista annetun lain (733/1992) 3 §, joka edellyttää, että kunnan on osoitettava voimavaroja valtionosuuden perusteena olevaan sosiaali- ja terveydenhuoltoon.

Kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain mainitut säännökset takaavat välittömästi toteutettavan oikeuden hoitoon vain kiireellisessä tapauksessa. Jos henkilölle ei voida heti antaa terveydenhuollon ammattihenkilön tarpeelliseksi katsomaa hoitoa, hänet on potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 4 §:n mukaan terveydentilasta riippuen joko ohjattava odottamaan hoitoon pääsyä tai ohjattava taikka toimitettava hoitoon muualle, jossa hoitoa voidaan antaa. Jos hän joutuu odottamaan hoitoon pääsyä, hänelle on ilmoitettava viivytyksen syy ja sen arvioitu kesto.

Potilaan tiedonsaantioikeudesta säädetään potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 5 §:ssä. Säännöksen mukaan potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan. Säännös on välittömässä yhteydessä potilaan itsemääräämisoikeuteen, josta säädetään lain 6 §:ssä. Potilaan tiedonsaantioikeus on myös oleellinen osa potilaan ja häntä hoitavien terveydenhuollon ammattihenkilöiden välistä luottamussuhdetta. Selvitys on annettava potilaalle sellaisella tavalla, että hän kykenee riittävästi ymmärtämään sen sisällön ja merkityksen. Lakia koskevan hallituksen esityksen (HE 185/1991 vp) mukaan selvitystä annettaessa olisi otettava huomioon potilaan ikä, koulutus, äidinkieli ja muut henkilökohtaiset ominaisuudet.

Potilaan itsemääräämisoikeus terveyden- ja sairaanhoidossa ilmenee potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 6 §:stä. Potilasta on sen mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Hoitotoimenpiteiden luvallisuuden edellytyksenä on siis potilaan suostumus. Kysymyksessä on tietoon perustuvan suostumuksen periaate. Periaatteen mukaan pätevältä suostumukselta edellytetään, että potilasta on informoitu riittävästi, potilas on ymmärtänyt saamansa informaation, potilaalla on kyky suostumuksen antamiseen ja että hän on antanut suostumuksensa hoitoon vapaaehtoisesti.

Jos potilas kieltäytyy tietystä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. Lakia koskevan hallituksen esityksen mukaan säännöksessä tarkoitettu muu hoito tulisi kysymykseen, jos se olisi yleensä mahdollista ja potilaan tilaan nähden tarkoituksenmukaista sekä jos potilaan hoidosta vastaava lääkäri katsoo sen olevan perusteltua.

Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994) 22 §:n mukaan laillistettu lääkäri päättää potilaan lääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärittämisestä ja siihen liittyvästä hoidosta.

Potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 5 §:n mukaan potilaan oikeudesta tarkastaa häntä itseään koskevat potilasasiakirjoissa olevat tiedot on voimassa, mitä henkilötietolain (523/1999) 26-28 §:ssä säädetään. Henkilötietolain 26 §:n mukaan jokaisella on salassapitosäännösten estämättä oikeus tiedon etsimiseksi tarpeelliset seikat ilmoitettuaan saada tietää, mitä häntä koskevia tietoja henkilörekisteriin on talletettu tai, ettei henkilörekisterissä ole häntä koskevia tietoja. Lain 27 §:n 1 momentin 2 kohdan mukaan 26 §:ssä tarkoitettua tarkastusoikeutta ei ole, jos tiedon antamisesta saattaisi aiheutua vakavaa vaaraa rekisteröidyn terveydelle tai hoidolle taikka jonkun muun oikeuksille. Jos rekisterinpitäjä kieltäytyy antamasta tietoja, hänen on henkilötietolain 28 §:n 2 momentin mukaan annettava tästä kirjallinen todistus. Todistuksessa on mainittava myös ne syyt, joiden vuoksi tarkastusoikeus on evätty. Tarkastusoikeuden epäämisen veroisena pidetään sitä, että rekisterinpitäjä ei ole kolmen kuukauden kuluessa pyynnön esittämisestä antanut kirjallista vastausta rekisteröidylle. Rekisteröity voi saattaa asian tietosuojavaltuutetun käsiteltäväksi.

3.1.5

Kannanotto

Käytettävissäni olevan selvityksen perusteella en katso Helsingin kaupungin terveysviraston psykiatrian tulosyksikön korvaushoitopoliklinikan menetelleen lainvastaisesti tai laiminlyöneen velvollisuuksiaan, kun B:n metadonikorvaushoitoa päätettiin 12.8.1999 ryhtyä purkamaan. Saamissani asiantuntijalausunnoissa todetaan, että tapahtuma-aikaan voimassa olleiden sosiaali- ja terveysministeriön antamien määräysten ja yleisen hoitokäytännön mukaan B:n metadonikorvaushoidon purkaminen oli lääketieteellisesti perusteltua.

Edellä kerrotun mukaisesti B:lle kerrottiin yhteistapaamisessa kesäkuussa 1999, että metadonikorvaushoito jouduttaisiin lopettamaan, ellei hänelle ehdotettu uusi vieroitushoitoyritys tuottaisi tuloksia. Koska huumeiden oheiskäyttö edelleen jatkui, metadonikorvaushoitoa päätettiin 12.8.1999 ryhtyä purkamaan ja hoito päättyi 30.9.1999. Asiakirjoista saatavasta selvityksestä ei ilmene, että päätös metadonikorvaushoidon purkamisesta olisi tehty kirjallisena. Vaikka kirjallisen päätöksen tekemättä jättämistä ei voida pitää lainvastaisena menettelynä tai velvollisuuden laiminlyöntinä, totean kuitenkin, että päätös metadonikorvaushoidon purkamisesta olisi ollut kuitenkin epäselvyyksien välttämiseksi asianmukaista tehdä kirjallisena perusteluineen ja antaa B:lle tiedoksi.

Käytettävissäni olevan selvityksen perusteella totean edelleen, että B:n hoidossa ei käsitykseni mukaan menetelty lainvastaisesti tai velvollisuuksia laiminlyöden myöskään silloin, kun tilannetta seurattiin ilman metadonilääkitystä vuoden 1999 elokuusta vuoden 2000 elokuuhun. Tässä yhteydessä korostan yleisesti sitä, että laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon kuuluu tällaisena väliaikana huolehtia potilaan hoitokontakteista.

Metadoniannosta koskevan tiedon antamisesta totean seuraavan.

Asiantuntijalausuntojen mukaan metadonihoidoissa metadoniannos on potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 5 §:ssä tarkoitettu merkittävä hoitoratkaisu, josta potilaan tulee saada tieto niin halutessaan. Tätä edellyttää asiantuntijalausuntojen mukaan myös molemminpuolinen luottamus, joka on välttämätöntä erityisesti pitkäaikaisissa hoidoissa. Sosiaali- ja terveysministeriö on lausunnossaan viitannut myös henkilötietolain 27 §:ään ja todennut, että se ei pidä lääkeannosta sellaisena tietona, joka sanotun lainkohdan mukaan voitaisiin evätä sillä perusteella, että siitä aiheutuisi vakavaa vaaraa henkilön terveydelle.

Apulaisylilääkäri C on selityksessään todennut, että tällä perusteella tietoa lääkannoksesta ei olekaan evätty. Hän on selityksessään niin ikään viitannut henkilötietolain 27 §:ään ja todennut toisaalta, että myös tiedon antamisesta mahdollisesti aiheutuva vakava vaara henkilön hoidolle voi olla lainmukainen syy evätä tiedon antaminen. C on selityksessään edellä kuvatulla tavalla perustellut korvaushoitopoliklinikalla noudatettavaa hoitokäytäntöä olla ilmoittamatta potilaalle tämän metadoniannoksen suuruutta ja todennut, että korvaushoitopoliklinikalla käytössä olevan ohjelman mukaista hoitoa ei voitaisi antaa potilaalle, jos metadoniannos kerrotaisiin hänelle.

Henkilötietolain 27 §:n mukaan tarkastusoikeuden epäämisen perusteena voi olla myös henkilön hoidolle tiedon antamisesta aiheutuva vakava vaara. Asiakirjoista saatavan selvityksen perusteella käsitykseni on, että asianmukaisia perusteita voidaan esittää hoidon vaarantumista koskevan näkemyksen tueksi. Tämän johdosta en katso korvaushoitopoliklinikan menetelleen lainvastaisesti tai velvollisuuksiaan laiminlyöden, kun se ei antanut metadoniannosta koskevaa tietoa B:lle.

Henkilörekisterilain 28 §:ssä on säädetty niistä toimenpiteistä, joihin rekisterinpitäjän tulee ryhtyä, jos hän kieltäytyy antamasta rekisteröidyn pyytämiä tietoja. Rekisteröidyllä on lain mukaan oikeus halutessaan saattaa kieltäytymistä koskeva asia tietosuojavaltuutetun käsiteltäväksi.

3.2

Helsingin kaupungin sosiaaliviraston menettely

Tältä osin Helsingin kaupungin sosiaaliviraston 13.7.2001 antama selvitys on ristiriidassa sen kanssa, mitä kantelija on kertonut tapahtumista. Lisäselvitystä ei käsitykseni mukaan ole saatavissa. Käytettävissäni olevan selvityksen perusteella ei näin ollen ole näyttöä siitä, että Helsingin kaupungin sosiaalivirasto olisi menettänyt kantelussa kerrotulla tavalla lainvastaisesti.

3.3

Johtopäätös

Kiinnitän Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin päihdepsykiatrian vastuuyksikön esimieslääkärin C:n huomiota edellä kohdassa 3.1.5 esittämiini kannanottoihin. Tässä tarkoituksessa lähetän hänelle tiedoksi jäljennöksen tästä päätöksestäni.

Kantelu lisäkirjoituksineen ei muutoin anna minulle aihetta enempiin toimenpiteisiin.