



Psykiatrinen toiminta-alue

1 (4)

Psykiatrinen hoitotahtoni

Nimi _____

Henkilötunnus _____

Olen laatinut tämän psykiatrisen hoitotahtdon siltä varalta, että olisin psyykkisen sairauden vuoksi kykenemätön ymmärtämään ja tekemään päätöksiä psykiatrasta hoitoani ja hoivaani koskevissa asioissa.

Psykiatrisen hoitotahtdon tekijän allekirjoitus

Paikka, päivämäärä ja allekirjoitus

Hoitavan tahon edustajan allekirjoitus

Paikka ja päivämäärä

Hoitavan tahon edustajan allekirjoitus ja nimenselvennys

Allekirjoittamani psykiatrinen hoitotahto jää haltuuni.
Hoitotahdostani voidaan ottaa kopio sairauskertomuskansiooni ja sen tiedot saa liittää osaksi sähköistä sairauskertomusjärjestelmää:

Kyllä _____ Ei _____



Sitovat tahdonilmaukseni

Potilaslaki

Potilaslain 6.2 §:n mukaan tilanteessa, jossa potilas ei pysty päättämään hoidostaan, potilaan laillista edustajaa taikka lähiomaista tai muuta läheistä on ennen tärkeän hoitopäätöksen tekemistä kuultava sen selvittämiseksi, millainen hoito parhaiten vastaisi potilaan tahtoa.

Potilaslain 9 § mukaan tällaisessa tilanteessa kuultavalla henkilöllä on oikeus saada kuulemista ja suostumuksen antamista varten tarpeelliset tiedot potilaan terveydentilasta.

Läheisen nimeäminen

Nimeän alla olevassa kohdassa henkilön/henkilöt, johon/joihin voidaan olla yhteydessä silloin, kun en itse kykene ymmärtämään ja tekemään hoitoa koskevia päätöksiä.

Kysymykseen tulee omainen, läheinen tai ystävä, johon luotan ja jonka kanssa olen keskustellut ja varmistanut, että hän ymmärtää toiveeni.

Nimeämäni omainen / läheinen:



Avohoitoa koskevia toiveitani

Psyykkisten sairauksien hoidossa avohoito on ensisijaista. Psyykkisen voinnin huonontuessa toivon avohoidossa tuettavan selviytymistäni:

<input type="checkbox"/> Toivon, että hoitaja tai lääkäri tulee kotiini tapaamaan minua	<input type="checkbox"/> Lähiomaisellani on mahdollisuus olla seurani ja tukea selviytymistäni
<input type="checkbox"/> Toivon, että hoitoani tiivistetään poliklinikalle	<input type="checkbox"/> Otetaan yhteyttä nimeämäni lähiomaiseen
<input type="checkbox"/> Toivon akuuttiajan lääkäriltä	<input type="checkbox"/> Toivon akuuttiajan hoitajalta
<input type="checkbox"/> Muu:	

Jos tarvitsen lähettämistä sairaalahoitoon, miten toivon toimittavan?

Sairaalahoitoa koskevia toiveitani

Ymmärrän, että omasta tilanteestani tai ajankohdasta riippuen kaikkia kertomiani keinoja ei välttämättä voida toteuttaa.

Toivon, että seuraavassa esittämiäni elämänarvojeni kunnioitetaan ja minua kuullaan minulle tärkeissä asioissa niiden mahdollisuuksien puitteissa kuin sairaalassa on mahdollista. *(Esimerkiksi suhteeni uskoon ja sen tapoihin, ruokavalioni, yksityisyyteni suojaan liittyvät näkemykseni sekä asiat joista pidän tai en pidä.)*

Toivon, että mahdollisessa tahdosta riippumattomassa hoidossani huomioidaan seuraavia toiveitani *(lääkehoito, eristys, sitominen, liikkuminen, katso myös seuraava kohta):*



Psykiatrinen toiminta-alue

4 (4)

Henkilökohtainen kriisisuunnitelmani

Mikäli ahdistun lähes toimintakyvyttömäksi, menetän malttini, kiihdyn tai en muuten pysty kontrolloimaan käyttäytymistäni, toivon, että tämä tekemäni henkilökohtainen kriisisuunnitelma otetaan huomioon.

Seuraavat asiat saavat oloni tuntumaan paremmalta:

<input type="checkbox"/> Hiljainen hetki itsekseen	<input type="checkbox"/> Television katseleminen
<input type="checkbox"/> Hiljakseen istuminen toisen kanssasa	<input type="checkbox"/> Päiväkirjan kirjoittaminen
<input type="checkbox"/> Musiikin kuuntelu	<input type="checkbox"/> Raskas liikunta
<input type="checkbox"/> Kirjan tai lehden lukeminen	<input type="checkbox"/> Kevyt liikunta / ulkoilu
<input type="checkbox"/> Keskustelu	<input type="checkbox"/> Lämmin juoma tai välipalan syöminen
<input type="checkbox"/> Ystävälle / perheenjäsenelle / työntekijälle soittaminen	<input type="checkbox"/> Lämpö- tai kylmäpussin käyttäminen
<input type="checkbox"/> Rentoutuskeinot (esim. syvään hengittäminen)	<input type="checkbox"/> Lämpimään tai viileään suihkuun meneminen
<input type="checkbox"/> Muu:	

Seuraavat asiat saavat oloni tuntumaan entistä huonommalta:

<input type="checkbox"/> Kovat äänet / hälinä	<input type="checkbox"/> Odottaminen
<input type="checkbox"/> Nälkä / jano / väsymys	<input type="checkbox"/> Kosketetuksi tuleminen
<input type="checkbox"/> Yksin jääminen	<input type="checkbox"/> Rajoitetuksi tuleminen
<input type="checkbox"/> Suuri ihmismäärä	<input type="checkbox"/> Tietty aika päivästä:
<input type="checkbox"/> En tule kuulluksi / ymmärretyksi	<input type="checkbox"/> Tietty aika vuodessa:
<input type="checkbox"/> Muu:	

Mikäli edellä kerrotut toivomasi menetelmät eivät vaikeassa tilanteessa ole auttaneet, saatetaan joutua turvautumaan mielenterveyslain 4a luvun mukaisiin potilaan perusoikeuksien rajoituksiin (tarkkailujakson tai tahdosta riippumattoman hoidon aikana). Näissä tilanteissa lääkäri määrää rajoitukset keskusteltuaan henkilökunnan ja potilaan kanssa vaihtoehdoista. Mikäli minun hoidossani tarvitaan itsemääräämisoikeuden rajoituksia, toivon ensisijaisesti seuraavaa:

<input type="checkbox"/> Yhteydenpidon rajoittaminen	<input type="checkbox"/> Omaisuuden haltuunotto
<input type="checkbox"/> Kiinnipito	<input type="checkbox"/> Lihakseen annettava injektiohoito
<input type="checkbox"/> Eristäminen	<input type="checkbox"/> Sitominen ns. lepositeisiin
<input type="checkbox"/> 100% valvonta (vierihoito)	<input type="checkbox"/> Ei suositusta / valintaa