

PSYKIATRINEN HOITOTOIVEENI

Nimi: _____

Henkilötunnus: _____

Olen laatinut tämän psykiatrisen hoitotoiveen siltä varalta, että olen toimintakykyäni heikentävän psykiatrisen sairauden vuoksi kykenemätön ymmärtämään ja tekemään päätöksiä psykiatrista hoitoani ja hoivaani koskevissa asioissa.

Tällä lomakkeella osoitan toiveeni koskien tulevaa psykiatrista hoitoa. Ymmärrän, että psykiatrisen hoitotoiveeni huomioidaan silloin, kun olen itse kyvytön tekemään psykiatriseen hoitooni liittyviä päätöksiä. Psykiatrisen hoitotoiveeni on voimassa ainoastaan kyvyttömyyteni ajan.

Suostun, että hoitotoive skannataan sairauskertomustietoihin

Psykiatrisen hoitotoiveen tekijän allekirjoitus

Paikka, päivämäärä ja allekirjoitus

1. SITOVAT TAHDONILMAUKSENI

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

Huom! Jos nimeät läheisen henkilön, varmista että hän ymmärtää toiveesi.

Edustajan nimeäminen

Nimeän seuraavan henkilön/henkilöt, jolle/joille voidaan antaa tietoa sairaudestani ja kuulla tärkeiden hoitopäätöksien tekemiseksi silloin, kun en itse kykene osallistumaan hoitoon.

(kysymykseen tulee omainen, läheinen tai ystävä, johon luotan ja jonka kanssa olen keskustellut hoitotoiveistani)

Nimeämäni henkilöä/henkilöitä tulisi kuulla silloin, kun tahtoni ei selkeästi ilmene tästä asiakirjasta.

2. HOITOA JA HOIVAA KOSKEVIA TOIVEITANI

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

2. Toivon, että mahdollisessa tahdosta riippumattomassa hoidossani huomioidaan seuraavia toiveitani (lääkehoito, eristys, sitominen ja liikkuminen).

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

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

Henkilökohtainen kriisisuunnitelma

Seuraavat asiat saavat oloni tuntumaan paremmalta:
<input type="checkbox"/> hiljainen hetki huoneessani
<input type="checkbox"/> hiljainen hetki hiljaisessa huoneessa
<input type="checkbox"/> hiljakseen istuminen hoitajan kanssa
<input type="checkbox"/> keskustelu toisen potilaan kanssa
<input type="checkbox"/> keskustelu hoitohenkilökunnan kanssa
<input type="checkbox"/> päiväkirjan kirjoittaminen
<input type="checkbox"/> syvään hengitys harjoitukset
<input type="checkbox"/> kävelylle meneminen hoitajan kanssa
<input type="checkbox"/> lämpimään suihkuun meneminen
<input type="checkbox"/> musiikin kuuntelu
<input type="checkbox"/> kirjan tai lehden lukeminen
<input type="checkbox"/> television katseleminen
<input type="checkbox"/> ystävälle tai perheenjäsenelle soittaminen
<input type="checkbox"/> liikunta
<input type="checkbox"/> lämmin juoma tai välipalan syöminen
<input type="checkbox"/> muu, mikä?

Seuraavat asiat saavat oloni tuntumaan huonommalta:
<input type="checkbox"/> kosketetuksi tuleminen
<input type="checkbox"/> huoneen oven sulkeminen
<input type="checkbox"/> kovat äänet
<input type="checkbox"/> televisio
<input type="checkbox"/> joku tietty aika päivästä (milloin?)
<input type="checkbox"/> joku tietty aika vuodesta (milloin?)
<input type="checkbox"/> eristetyksi tuleminen
<input type="checkbox"/> virkapuvuissa olevat ihmiset
<input type="checkbox"/> huutaminen
<input type="checkbox"/> muu, mikä?

Mikäli vaikeassa tilanteessa potilaan käyttäytymiseen liittyy suuria riskejä, eivätkä edellä kerrotut muut menetelmät ole auttaneet, **saatetaan joutua turvautumaan** mielenterveystlain 4a luvun mukaisiin potilaan perusoikeuksien rajoitukseen (tarkkailujakson tai tahdosta riippumattoman hoidon aikana). Näissä tilanteissa lääkäri määrää rajoitukset keskusteltuaan henkilökunnan ja potilaan kanssa vaihtoehtoista. Mikäli minun hoidossani tarvitaan itsemääräämisoikeuden rajoituksia, toivon ensisijaisesti seuraavaa: