

Heidi Juutila
Päivi Koskinen
Soili Puustinen
H290SA

PSYKIATRINEN KUNTOUTUS
oikeuspsykiatrisessa hoitotyössä
-kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö
Hoitotyön koulutusohjelma


Huhtikuu 2013




MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU

Mikkeli University of Applied Sciences

KUVAILULEHTI

 MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU <small>Mikkeli University of Applied Sciences</small>	Opinnäytetyön päivämäärä 9.4.2013				
Tekijä(t) Heidi Juutila, Päivi Koskinen ja Soili Puustinen	Koulutusohjelma ja suuntautuminen Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja				
Nimeke Psykiatrinen kuntoutus oikeuspsykiatrisessa hoitotyössä- kirjallisuuskatsaus					
Tiivistelmä Opinnäytetyömme tarkoituksena on tutkia oikeuspsykiatrista kuntoutusta ja hoitoa Suomessa sekä selvittää hoitoa antavat yksiköt. Opinnäytetyössämme luomme katsauksen oikeuspsykiatrisen hoitotyöhön liittyviin erityispiirteisiin: tahdonvastaiseen psykiatriseen hoitoon, rikosoikeudelliseen oikeuspsykiatriaan sekä mielentilatutkimuksiin. Lisäksi käsittelemme oikeuspsykiatrisen potilaan hoitotyöhön liittyviä asioita, kuten lääkehoitoon liittyviä käytänteitä, potilaiden väkivaltaista käyttäytymistä sekä psykoedukaatiota. Opinnäytetyössämme esitellään oikeuspsykiatrista kuntoutusta antavat yksiköt: Niuvanniemen sairaala, Kellokosken sairaala sekä Vanhan Vaasan sairaala. Työssämme otamme myös esille psykiatriseen kuntoutukseen liittyviä kokonaisuuksia: psykiatrinen kuntoutus, hoitomenetelmät, hoitajan tehtävät ja merkitys toivon ylläpitäjänä sekä kuntoutuksen kokonaisvaltaisuus, ohjaava työote sekä kuntoutusprosessi. Lopuksi käsitellään mielenterveyskuntoutuksen haasteita, kuten potilaalle sopivia kuntoutusmuotoja ja potilaan osallisuutta omaan kuntoutukseensa. Opinnäytetyömme tutkimuskysymyksinä olivat: Missä annetaan oikeuspsykiatrista hoitoa Suomessa? Mitä oikeuspsykiatrisen kuntoutus on? Opinnäytetyömme toteutimme narratiivisena eli kertovana kirjallisuuskatsauksena. Keräsimme tietoa eri lähteistä oikeuspsykiatrisesta kuntoutuksesta ja hoitoyksiköistä. Kokosimme aineiston ensiksi tekstiksi teoriaosuuteen ja sen jälkeen kokosimme lähteistä saamamme tulokset kahteen taulukkoon. Taulukoinnin avulla hahmotimme keskeiseksi tulokseksi oikeuspsykiatrisessa kuntoutuksessa potilaiden moniongelmaisuuden useine liitännäissairauksineen ja sosiaalisine ongelmineen. Myös vihan ja käyttäytymisen hallinta ovat keskeisiä piirteitä oikeuspsykiatrisen potilaan hoitotyössä. Potilaan oma osallistuminen hoitoonsa ja toivon ylläpitäminen kuntoutusprosessin aikana nähdään useassa tutkimuksessa sekä lähdekirjallisuudessa tärkeänä. Arviointi kuntoutusprosessin aikana sekä pienten tavoitteiden ja pitkän aikavälin tavoitteiden asettaminen on myös tärkeää. Käyttämässämme lähteissä on tuotu myös esille hoitajiin kohdistuva väkivalta sekä hoitajien kokemuksia väkivallan kohteeksi joutumisesta. Toivomme, että Mikkelin ammattikorkeakoululle on hyötyä tekemästämme opetusmateriaalista oikeuspsykiatrian kuntoutuksen kokonaisuudesta. Lisäksi pyrimme siihen, että keräämämme tietoa voidaan hyödyntää hoitotyön opiskelijoiden psykiatrisen hoitotyön koulutuksessa sekä muiden asiasta kiinnostuneiden keskuudessa.					
Asiasanat (avainsanat) psykiatrinen kuntoutus, oikeuspsykiatria, oikeuspsykiatrisen sairaala					
Sivumäärä 64s.	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">Kieli</td> <td style="width: 33%;">URN</td> </tr> <tr> <td>suomi</td> <td></td> </tr> </table>	Kieli	URN	suomi	
Kieli	URN				
suomi					
Huomautus (huomautukset liitteistä)					
Ohjaavan opettajan nimi Leena Uosukainen	Opinnäytetyön toimeksiantaja Mikkelin ammattikorkeakoulu Savonniemen kampus				

DESCRIPTION

 <p>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences</p>		Date of the bachelor's thesis 9.4.2013
Author(s) Heidi Juutila, Päivi Koskinen, Soili Puustinen	Degree programme and option Degree Programme in Nursing, Nurse	
Name of the bachelor's thesis Psychiatric rehabilitation in forensic psychiatric nursing - a literature review		
Abstract <p>The aim our thesis is to explore forensic psychiatric rehabilitation and nursing and find the care units in Finland. In the thesis we take a glance at the special features of forensic psychiatric nursing: involuntary psychiatric treatment, forensics in criminal justice system and psychiatric assessments. In addition we discuss the matters dealing with forensic psychiatric nursing such as medical care practices, violent behavior and psycho education. In the thesis we also present the care units of forensic psychiatry in Finland: the Niuvanniemi Hospital, Kellokoski Hospital and Vaasa Hospital.</p> <p>We also discuss the entities considering psychiatric rehabilitation: psychiatric rehabilitation, the nurse's duties and meaning as the preserver of hope as well as the comprehensiveness of rehabilitation, instructive approach to work and rehabilitation process. In the end we discuss the challenges of rehabilitation in mental health care such as the right ways of rehabilitation for the patient them and the patient's inclusion to his or her rehabilitation. The research problems of our thesis were: Where in Finland forensic psychiatric care is given? What is forensic psychiatric rehabilitation?</p> <p>We have implemented our thesis as a narrative literature review. We gathered information from different sources about forensic psychiatric rehabilitation and about care units. We first gathered the material as a text in the theory part and after that gathered the results from the sources into two tables.</p> <p>Through tables we perceived as the main result in forensic psychiatric rehabilitation the patients who have many problems and several accompanying illnesses as well as social problems. Also anger management and behavioral control are key features in the nursing of a forensic psychiatric patient. Patient's participation and preserving the hope under the rehabilitation process are considered important in several researches and in the source literature. Evaluation under the rehabilitation process and setting both short and long term goals is also important. The sources we used also discussed the violence towards the nurses and the experiences of nurses of being the target of violence.</p> <p>We hope the education material we made considering the entity of psychiatric rehabilitation to be useful for the Mikkeli University of Applied Sciences. We also, by the knowledge we gathered, aim to offer valuable material in the education of the nursing students and among others interested in the theme.</p>		
Subject headings, (keywords) Psychiatric rehabilitation, forensic psychiatry, institution of forensic psychiatry		
Pages 64p.	Language Finnish	URN
Remarks, notes on appendices		
Tutor Leena Uosukainen	Bachelor's thesis assigned by Mikkeli University of Applied Sciences	

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO.....	1
2.1 Tahdonvastainen psykiatrinen hoito	4
2.2 Rikosoikeudellinen oikeuspsykiatria ja mielentilatutkimukset.....	5
2.3 Oikeuspsykiatrisen potilaan hoidon erityispiirteitä.....	9
2.3.1 Lääkehoitoon liittyvät käytänteet	10
2.3.2 Väkivaltainen käyttäytyminen	13
3 OIKEUSPSYKIATRISET HOITOUKSIKÖT SUOMESSA	20
3.1 Niuvanniemen sairaala	22
3.2 Vanhan Vaasan sairaala	24
3.3 Kellokosken sairaala	26
4 PSYKIATRINEN KUNTOUTTAVA HOITOTYÖ.....	32
4.1 Mitä on psykiatrinen kuntouttava hoitotyö?	32
4.2 Hoitomenetelmät	33
4.3 Hoitajan tehtävät ja merkitys toivon ylläpitäjänä.....	37
4.4 Psykiatrisen kuntoutuksen kokonaisvaltaisuus	39
4.4.1 Ohjaava työote	40
4.4.2 Kuntoutuksen prosessi	40
5 MIELENTERVEYSKUNTOUTUKSEN HAASTEET	46
5.1 Oikeat potilaat oikeanlaiseen kuntoutukseen	47
5.2 Potilaan osallistuminen omaan hoitoonsa	47
6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	48
7 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄLLISET RATKAISUT.....	49
7.1 Kirjallisuuskatsaus	49
7.2 Luotettavuus ja eettiset kysymykset.....	50
9 TULOKSET	52

1 JOHDANTO

Opinnäytetyössämme käsittelemme oikeuspsykiatrista hoitoa Suomessa sekä psykiatrista kuntoutusta. Opinnäytetyömme olemme toteuttaneet kirjallisuuskatsauksena, jossa tiivistämme oikeuspsykiatrisen kuntouttavan hoitotyön ja oikeuspsykiatrista hoitotyötä tekevät yksiköt. Kiinnostuimme aiheesta, koska oikeuspsykiatrista hoitotyötä tekeviä yksiköitä on Suomessa vähän ja halusimme koota tietoa näistä yksiköistä kirjallisuuskatsauksen muotoon.

Oikeuspsykiatrinen potilas on jätetty tuomitsematta rangaistukseen mielentilansa vuoksi ja näin ollen määrätty mielenterveyslain perusteella tahdosta riippumattomaan psykiatriseen sairaalahoitoon. Potilaista väkivaltarikoksen on tehnyt kaksi kolmasosaa, useilla potilailla tämä väkivaltarikos on ollut henkirikos. Oikeuspsykiatristen potilaiden mielisairaus on vaikea-asteinen ja yleensä avohoidon esteenä on myös sairudentunnottomuus. Hoitoajat ovat usean vuoden mittaisia. Potilaat ovat moniongelmaisia, ihmissuhdetaidot ovat heikkoja, eikä potilailla ole juuri ongelmien käsittely- ja ratkaisukykyä. Hoidon pääpaino on toiminnallisuudessa, jossa kehitetään vastuullisuutta ja sosiaalisia taitoja. (Askola 2011, 8 - 9.) Opinnäytetyössämme käsittelemme pääasiassa rikoksen tehneitä oikeuspsykiatrisia potilaita, jotka ovat syyntakeettomina tuomittu sairaalahoitoon.

Psykiatrisessa kuntouttavassa hoitotyössä päämääränä on arkielämän taitojen ylläpitäminen ja lisääminen, koska ne voivat olla heikentyneet psyykkisen sairauden myötä. Kuntoutuksessa korostetaan potilaan positiivisia voimavaroja. Kuntoutus on tavoitteellista ja suunnitelmallista. Tavoitteiden olisi hyvä olla potilaslähtöisiä. Kuntoutuksessa on hyvä luoda pidemmän aikavälin tavoitteita ja pieniä välitavoitteita. Myös arviointia on hyvä toteuttaa säännöllisesti. (Kuhanen ym. 2012, 100 - 104.)

Psykiatrisen sairauden takia syyntakeettomana tuomitsematta jätetyt henkilöt tarvitsevat psykiatrista sairaalahoitoa. Suomessa valtion mielisairaaloita ovat Niuvanniemen sairaala Kuopiossa sekä Vanhan Vaasan sairaala. Molemmat ovat erityistason sairaanhoidon laitoksia. (Hakola 2002, 300.) Suomen suurin psykiatrinen sairaala on Kellokosken sairaala. Palveluina Kellokosken sairaala tuottaa akuutin psykiatrian, kuntoutuspsykiatrian, oikeuspsykiatrian, nuorisopsykiatrian ja psykogeriatrian palveluita. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2013.)

2 OIKEUSPSYKIATRINEN HOITOTYÖ SUOMESSA

Oikeuspsykiatrisen hoitotyön tarkoituksena on tutkia mielenterveyden häiriöiden vaikutuksia ihmisen käyttäytymiseen, miten psyykkiset ongelmat vaikuttavat muun muassa lakien noudattamiseen sekä miten voidaan hoitaa ja ennaltaehkäistä rikollista ja väkivaltaista käyttäytymistä. Oikeuspsykiatria vaikuttaa tieteellisten tutkimustulosten avulla lainsäädäntöön siten, että saatuja tutkimustuloksia psyykkisten häiriöiden vaikutuksesta lakien noudattamiseen hyödynnetään lakeja säädettäessä ja kehitettäessä. Oikeuspsykiatristen tutkimusten tarkoituksena on kartoittaa kaikkia riskitekijöitä, joilla on vaikutusta rikolliseen ja väkivaltaiseen käyttäytymiseen, kuten koulutukseen, aseiden saatavuuteen sekä hoitoon ohjaamiseen. (Itä-Suomen yliopisto 2013.)

Terveystieteiden käytännön näkökulmasta oikeuspsykiatrian tarkoituksena on vastata psyykkisesti sairastuneen tutkimuksesta ja joissakin tapauksissa myös hoidosta. Oikeuspsykiatrian käytännön tehtävät voidaan jakaa kolmeen osa-alueeseen; 1) rikosoikeudelliset 2) hallinnolliset 3) siviilioikeudelliset tehtävät. Rikosoikeudellinen tehtävä tarkoittaa rikoksesta syytettyjen syyntakeisuuden arviointia mielentilatutkimuksissa. Hallinnollisen oikeuspsykiatrian tehtävänä on mielenterveyslakiin, kehitysvammalakiin sekä päihdehuoltolakiin perustava tahdosta riippumaton hoito. Siviilioikeuspsykiatriaan liittyvät testamenttien tekeminen, vajaavaltaiseksi julistaminen sekä edunvalvojan määräämiseen liittyvä oikeustoimikelpoisuusarvion tekeminen. (Itä-Suomen yliopisto 2013.)

Mielenterveyslaki määrittelee mielenterveystyön tarkoittamaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä samoin kuin mielisairauksien ja muiden mielenterveyden häiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. Lain mukaan mielenterveyspalvelut tulee ensisijaisesti järjestää avopalveluina ja tukemalla oma-aloitteista hoitoon hakeutumista ja itsenäistä suoriutumista. (Heikkinen ym. 2010, 680 - 681.)

Höök (2007, 24-26) lainaa McCourtia (2001, 152-157), jonka mukaan oikeuspsykiatrisen hoitotyö on luonteeltaan vaativaa erikoissairaanhoitoa. Oikeuspsykiatrisessa hoitotyössä toimivien sairaanhoitajien tietojen, eettisyyden ja käytännön hoitotaitojen on oltava korkealla tasolla. Sairaanhoitajilta edellytetään lisäksi muun muassa riskien-

hallintaa, oman persoonan käyttämistä, terapeutista potilaan arvostamista rajoittamisessa, hoidollisia interventioita ja yhteiskunnallisen tasapainon ylläpitämistä hoidossa.

Höök (2007, 24-26) lainaa McCourtia (2001, 152-157), jonka mukaan riskienhallintaan kuuluu jatkuva arviointi potilaan mahdollisesta vaarallisuudesta. Hoitotyön ytimessä on joko terapeutisuus tai vartiointi, tämä riippuu hoitajan omasta persoonasta ja asennoitumisesta, mikä taas johtuu siitä, kuinka hoitaja itse suhtautuu terapiaan tai valvovaan kontrolliin. Sairaanhoitajilla on suuri merkitys siinä, millaiseksi hoitokulttuuri muodostuu ja muovautuu tai muuttuu. Potilaan terapeuttiseen arvostamiseen liittyy oman persoonan positiivinen ja hoidollinen hyödyntäminen. Täten tunnustetaan ja ymmärretään helpommin kontrollin ulkoiset tekijät silloin, kun ne ovat vastakkaisia potilaan yksilöllisille hoidollisille tarpeille. Hoidollisia interventioita oikeuspsykiatriassa hoitotyössä on esitetty kehitettäväksi siten, että niihin liittyvä dokumentointi sisältäisi sairaanhoitajan roolin potilaan asioiden eteenpäin viemisessä sekä vaarallisuuden hallinnan ja terapeuttien menetelmien käytön turvallisuuden ylläpitämisessä. Yhteiskunnallisen tasapainon ylläpitäminen oikeuspsykiatriassa sairaanhoidossa keskittyi aiemmin julkisen yhteisön turvallisuuteen. Nykyisin keskiössä on kuitenkin enemmän yksilö ja enenevässä määrin pyritään vastaamaan potilaan yksilöllisiin hoidollisiin tarpeisiin.

Höök (2007, 24-26) lainaa McCourtia (2001, 152-157), jonka mukaan sairaanhoitajilla perustaidot ovat vaihtuneet potilaiden hoitotyöstä ja omasta henkilökohtaisesta kasvusta, koulutuksen, konsultaation, yhteisöllisten aktiviteettien hallitsemiseen sekä kehittämistyön tekemiseen, tutkimuksiin ja arviointi. Efingerillä (1995) on näkemys, että sairaanhoitajien tiedontarpeet ovat kasvaneet ja se edellyttää lisääntyntä tiedonhankintaa. Hiljainen tiedon osaamisen sisäistäminen on haasteellista ammattikorkeakoulusta valmistuville sairaanhoitajille lyhyiden klinisten jaksojen vuoksi. (Höök 2007, 25.) Höök (2007) muistuttaa, että koulutuksen tarkoituksenaan on vastata työelämän tarpeisiin. Höök (2007) tuo esille myös Räisäsen (2002) tekemän tutkimuksen ja Uotilan (2004) tekemän selvityksen joiden perusteella koulutus vastaa heikosti työelämän tarpeisiin. (Höök 2007, 25.)

Ylihoitaja Helena Tenkanen (2010) Niuvanniemen sairaalasta korostaa oikeuspsykiatrisen hoitotyön vaativuutta ja työhön liittyvää erityisosaamista. Potilaat ovat tahdosta riippumattomassa hoidossa, rikoksista syytettyjä ja väkivaltaisia henkilöitä. Hoitotyön

prosessit ovat pitkäaikaisia ja pitkäjänteisiä. Sairaanhoidajan erityisosaaminen oikeuspsykiatriselle alueelle edesauttaa potilaan sitoutumista hoitoonsa. Tenkanen (2010) tuo Höökin (2007) tavoin esille myös nykyisen koulutuksen puutteellisuutta, joka ei tuo valmiuksia oikeuspsykiatriseen erityisosaamiseen.

McCourtin mukaan (2001, 156 - 157) oikeuspsykiatrisilla sairaanhoitajilla tulisi olla riittävästi tietoa terapeuttisista hoitotyön interventioista, psyykkisten häiriöiden ja potilaan loukkaavan käyttäytymisen yhdistelmästä. Useimmilla oikeuspsykiatrisilla potilailla on empatiakyvyssä puutteita sekä heillä on mahdollisesti vakavia käytöshäiriöitä. (Höök 2007, 26.) Mercerin (1998, 31- 46) mukaan sairaanhoitajilla voi olla vaikeuksia selvittää moraalisuuden, lääkehoidon ja terapeuttisten asenteiden yhteen asettamisessa. Vaarana voi olla rutiininomainen vaikeahoitoisten potilaiden hoitaminen ja hoitosuunnitelmien tarkistaminen. Oikeuspsykiatrisen sairaanhoitajan tehtävänä on myös edistää potilaiden oikeuksia terveydenhuollon ja lainsäädännön vastakkaisessa ympäristössä. Tämän vuoksi oikeuspsykiatrisen hoitotyö edellyttää, että sairaanhoitajalla on tietoa hoitoa koskevista laista ja annetuista asetuksista. (Höök 2007, 20.)

2.1 Tahdonvastainen psykiatrisen hoito

Edellytyksenä tahdonvastaiseen hoitoon lähettämiseksi on lääkärin toteama mielisairaus sekä se, että henkilö on mielisairautensa takia hoidon tarpeessa. Hoidon tarpeella tarkoitetaan sitä, että ilman hoitoon toimittamista henkilön mielisairaus olennaisesti pahenisi ja vaarantaisi vakavasti henkilön omaa tai muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta. Hoidon tarpeen määrittämiseen liittyy myös se, että kaikki muut mielenterveyspalvelut koetaan riittämättömiksi tai tilanteeseen soveltumattomiksi. (Mustajoki ym. 2011, 612.)

Alaikäisen hoitoon toimittamiseen ei tarvita huoltajan suostumusta (Mustajoki ym.2011,69). Hakola ja Tiihonen (2000) selvittävät, että alaikäisten tahdosta riippumattoman hoidon perusteena on vakava mielenterveyshäiriö, kuten psykoosi tai vaikea persoonallisuushäiriö. Alaikäisten tahdosta riippumatonta hoitoa toteutetaan ainoastaan alaikäisille tarkoitetuilla psykiatrisen sairaalan osastoilla. (Penttilä ym. 2000, 316.)

Tahdonvastaiseen hoitoon lähettäminen edellyttää lääkärin tutkimusta, ja se tehdään enintään kolme päivää ennen kuin henkilö lähetetään tarkkailuun. Poliklinikan lääkärin tai päivystävän lääkärin tehtävänä on tehdä päätös henkilön tarkkailuun ottamisesta neljäksi päiväksi tarkkailulähetteen (M1-lähetteen) perustuen. Lääkäri, joka vastaa tarkkailusta tekee viimeistään neljäntenä päivänä tarkkailulausunnon (M2). M2-lausunto pitää sisällään perustellun mielipiteen siihen, onko olemassa perusteita määrätä henkilöä tahdosta riippumattomaan hoitoon. Tarkkailuun otetun henkilön oma mielipide selvitetään ennen hoitoon määräämistä. Ylilääkäri, joka vastaa sairaalan psykiatrisesta hoidosta, tekee päätöksen tahdosta riippumattomasta hoidosta (M3). Päätöksestä kerrotaan potilaalle välittömästi sekä päätös perustellaan potilaalle ja potilaan omaisille. Tahdonvastainen hoitoon lähettäminen pyritään tekemään mahdollisimman hyvässä yhteisymmärryksessä. Omaisille kerrotaan sairaala, jonne potilas lähetetään, sekä annetaan sairaalan yhteystiedot. Omaisille kerrotaan tilanteesta rehellisesti. Tahdonvastaisen hoidon päätös voidaan purkaa, mikäli potilas on halukas olemaan vapaaehtoisesti hoidossa. Päätös voidaan purkaa myös tahdonvastaisen hoidon edellytysten lakatessa. Potilaalla on oikeus valittaa tehdyistä päätöksistä. (Mustajoki ym. 2011, 612.)

2.2 Rikosoikeudellinen oikeuspsykiatria ja mielentilatutkimukset

Hakola (2002) tuo esille, että ajatus siitä, ettei ole oikein tuomita vaikeasti psyykkisesti sairasta rikoksen tehnyttä henkilöä vankilaan, juontaa juurensa jo vuonna 1889 peräisin olevasta Suomen rikoslaista. Mikäli henkilön katsotaan olevan psyykkisen sairauden vuoksi syyntakeeton eli hän ymmärrä rikoksen todellista eikä oikeudellismoraalista luonnetta eikä hänellä ole kykyjä säädellä omaa käyttäytymistään, tuomioistuimien voi harkintansa mukaan jättää hänet tuomitsematta. Mikäli henkilön syyntakeisuus on alentunut, tuomioistuimien voi alentaa määräämäänsä rangaistusta yhdellä neljäsosalla. (Lepola ym. 2002, 296.) Mielentilatutkimus selvittää myös potilaan mielisairaalahoitoa tarvetta. Tarvetta arvioidaan samalla tavalla kuin yleensä potilaan psykiatrisen hoidon tarpeen arviointia tehtäessä. Tahdosta riippumattoman hoidon edellytys on mielisairaus. Mikäli tutkittavalla on taustalla väkivaltarikos, mielenterveyslain edellyttävä vaarallisuusperuste tulee usein täytetyksi. Terveystieteiden oikeusturvakeskus määrittelee potilaan hoitoon määräämisen ja potilaan ottamisen hoitoon valtion mielisairaalaan. Mielentilalausunnossa voidaan ottaa myös kantaa potilaan oikeustoimikelpoisuuteen rikosprosessissa ja edunvalvojan tarpeellisuuteen ja syyttäjän esittä-

essä syytettyä pakkohoitoon arvioidaan myös vaarallisuutta. (Hakola 2002, 298.) Jännetyisen (2011) mukaan syyntakeisuutta voidaan arvioida myös ilman mielentilatutkimusta, esimerkiksi voidaan turvautua jo aiemmin suoritettuun mielentilatutkimukseen rikoksen tekijästä. Mielentilatutkimusta ei tarvitse suorittaa, jos muutoin saadaan riittävä tieto asiasta. Mielentilatutkimusta ei myös suositella tehtäväksi rikoksen ollessa vähäinen tai odotettavissa oleva rangaistuksen ollessa lievä. (Jännetyinen 2011, 52 - 54.) Mielentilatutkimuksen tulee myös olla perusteltua, eli tuomioistuimen tulee tarkkailla tarkkaan pääkäsittelyssä tulleiden asioiden pohjalta, onko tarpeellista tutkia henkilön mielentilaa. Tutkimusta ei myöskään periaatteessa voi määrätä tehtäväksi, jos syytetty on tutkimusta vastaan. Syytetty voidaan kuitenkin määrätä tutkimukseen, jos rikoksesta voisi seurata yli vuoden rangaistus tai jos syytetty on vangittu rikoksen johdosta. (Merilä 2009, 34.)

Mielentilatutkimuksia tehdään vuosittain 250 - 300 kappaletta. Tärkeimpiä tutkimusyksiköitä ovat valtion mielisairaalat Niuvanniemen sairaala ja Vanhan Vaasan sairaala. Tutkimuksia tehdään myös HYKS:n psykiatrian klinikan (Lapinlahden sairaalan) tutkimusyksikössä sekä osittain OYS:n ja TAYS:n psykiatrian klinikoissa sekä vankienhoidon psykiatrisissa yksiköissä. (Lepola ym. 2002, 297.) Lisäksi tutkimuksia tehdään Kellokosken sairaalassa oikeuspsykiatrisen ja vaikeahoitoisten potilaiden osastoryhmän osastoilla. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri). Aikaa tutkimukseen varataan kaksi kuukautta. Tutkimukseen tutkittavat henkilöt saapuvat pääasiassa vankilasta, mutta on mahdollista, että he tulevat myös siviilistä ja hoitolaitosten kautta. (Vanhan Vaasan sairaala 2013.)

Rikosoikeudellinen mielentilatutkimus on perusteellinen tutkimus, jonka perusteella selvitetään syytetyn kannalta tärkeitä asioita. Potilaan aikaisemmat elämänvaiheet selvitetään hankkimalla laajoja asiakirjatietoja: aikaisempia sairauskertomuksia, rikosrekisterin ja keskusvankirekisterin merkinnät sekä hankitaan tietoa sosiaaliviranomaisilta, koululta sekä puolustusvoimilta. Kyselylomakkeet lähetetään potilaan omaisille sekä työnantajalle. Tutkija käyttää myös oikeuden asiakirjoja sekä poliisi-kuulustelupöytäkirjoja tutkimuksensa pohjana. Tutkija haastattelee potilaalta esitiedot sekä kirjaa omia havaintojaan sekä hoitohenkilökunnan lausuntoja, joiden perusteella hän määrittelee psykiatrisen statuksen eli tilan. Melkein aina tutkimuksessa on apuna psykologin tutkimukset ja kliiniset psykologiset testit, joista tärkeimpiä ovat WAIS, Wechlerin Memory Scale, Benton, Rorschah, Wartegg, TAT ja MMPI. Mielentilan

selvittelyyn liittyvät myös somaattiset testit, yleisen sekä neurologisen kliinisen tutkimuksen lisäksi EEG- ja laboratoriotutkimukset. Erikoistutkimuksista tärkeimpiä ovat tietokonetomografia (TT) sekä kromosomitutkimukset. (Hakola 2002, 297.)

Hakola (2002) tuo myös esille, että mielentilatutkimusta tehtäessä huomioidaan tutkitavan teeskentelyn mahdollisuus. Monesti potilaat eivät kuitenkaan ole perillä psykiatristen sairauksien oireista ja sairauden kuvasta tulee epätyypillinen. Toisaalta potilaat ovat myös yrittäneet peittää sairauden oireita. Oikeuspsykiatriassa on arvioitu, että näiden tapausten osuus on pientä, se jää alle prosentin. (Hakola 2002, 298.)

Mielentilatutkimuksilla pyritään vastaamaan siihen, onko potilaalla jokin psykiatrinen sairaus. Sairauksien diagnosoimisessa käytetään kansainvälistä tautiluokitusta. Potilaan diagnoosin määrittämisen jälkeen pohditaan rikollisen teon hetkellä esiintyneen sairauden vaikuttavista tekijöistä psyykkiseen toimintakykyyn ja syyntakeisuuteen, kykyä ymmärtää tekonsa seuraukset sekä hallita käyttäytymistään. Lisäksi pohditaan teon seuraussuhdetta sairauden kuvaan ja oireisiin. (Hakola 2002, 298.) Tutkivan lääkärin tehtävänä on antaa perusteltu lausunto tutkitavan mielentilasta syytteenalaisen teon tapahtumahetkellä. Tutkimuksen päätyttyä lausunto sekä oikeuden asiakirjat lähetetään TEO:n oikeuspsykiatristen asioiden lautakunnan käsiteltäväksi. (Vanhan Vaasan sairaala 2013.)

Hakolan (2002) mukaan tutkimuksessa kiinnitetään huomiota myös siihen, miten tutkimuksen kohteena oleva henkilö asennoituu tutkimukseen tai tutkijaan. Myös käyttäytymiseen ja yleiseen olemukseen, psyykkiseen oirekuvaan, sairaudentuntoon ja ongelmien oivaltamiskykyyn sekä muiden ihmisten asemaan asettumista tarkkaillaan. (Hakola 2002, 298.) Merilän (2009) mukaan tutkiva lääkäri ei voi luoda lääkäripotilas-suhdetta tutkittavaan, koska hänen tehtävänsä on antaa tuomioistuimelle sen pyytämä lausunto siitä mielentilasta, mikä tutkittavalla on ollut rikosta tehdessä. Merilä (2009,44) kuitenkin toteaa, että mielentilatutkimus voi tosin olla sinällään tutkittavalle terapeutista hoitoa.

Merilän (2009) mukaan vuosina 2002 - 2008 mielentilatutkimuksista suurin osa kohdistui henkirikoksiin ja väkivaltarikoksiin. Tutkittavista suurin osa oli miehiä. Mielentilatutkituista vain pieni osa eli parisuhteessa, ja suurella osalla oli alhainen koulutus-

taso. Päihtymys oli myös hyvin yleistä rikoksen tekohetkellä, ja iso osa mielentilatutkituista oli rikoksen uusijoita. (Merilä 2009, 37 - 38.) Hakola (2002) yhtyy Merilän (2009) näkemyksiin oikeuspsykiatristen potilaiden rikostaustasta. Oikeuspsykiatristen potilaiden tekemät rikokset ovat vakavia. Oikeuspsykiatrisilla potilailla on yleiseen rikostilaston jakaumaan verrattuna henkirikoksissa 500-kertainen, tuhopoltoissa 100-kertainen, seksuaalirikoksissa 10-kertainen ja muissa väkivaltarikoksissa kahdeksankertainen yliedustus. Oikeuspsykiatrisista potilaista noin kolmasosalla on syyte henkirikoksesta, toinen kolmasosa väkivaltarikoksesta, kuudesosa tuhopoltoista ja loput lievemmistä rikoksista. (Hakola 2002, 300.)

Haapasalo (2008) määrittelee syyntakeettomaksi ne rikosentekijät, joilla on vaikeus ymmärtää omien tekojensa seurausta tai säädellä omaa käyttäytymistään. Hän antaa esimerkkejä syyntakeettomien ryhmästä. Syyntakeettomia voivat olla vaikeasti tai keskivaikeasti kehitysvammaiset, avoimen harhaiset sekä kroonisesti mielisairaant tai dementoituneet henkilöt. Haapasalo (2008) mainitsee vielä syyntakeettomuutta käsitellessään tilapäisiä häiriöitä, jotka johtavat syyntakeettomuuteen. Näitä voivat olla esimerkiksi hämärätilat johtuen jostain infektiosta tai epileptisestä kohtauksesta, unohtamatta myrkytyksien tai deliriumtilojen mahdollisuutta. (Haapasalo 2008, 156 - 157.)

Lepolan ym. (2002) mukaan syyntakeisuus voidaan jakaa kolmeen eri osa-alueeseen: 1) täydessä ymmärryksessä (syyntakeellinen) 2) täyttä ymmärrystä vailla (alentuneesti syyntakeinen) ja 3) ymmärrystä vailla (syyntakeeton) (Lepola ym. 2002, 298). Syyntakeellisten ryhmään kuuluvat monet usein vaikeatkin persoonallisuushäiriöt (narsistinen tai huomiohakuinen persoonallisuus), alkoholisminkaan ei katsota alentavan syyntakeisuutta. Alentuneesti syyntakeisten ryhmässä ei rikoksen tekijä ole syyntakeeton, mutta hänellä on alentunut kyky ymmärtää tekonsa merkitystä tai oman käyttäytymisen säätely on vaikeaa esimerkiksi kehitysvammaisuuden tai mielisairauden vuoksi. Yleensä alkoholismi tai tavallinen persoonallisuushäiriö eivät syyntakeisuutta alenna, mutta psykoosiin tai epäluuloinen persoonallisuushäiriö voi olla peruste alentuneeseen syyntakeisuuteen tai jopa syyntakeettomuuteen. Tuomitsematta myös jätetään sellaiset henkilöt, joilla on kohtalainen, keskivaikea tai syvä älyllinen kehitysvammaisuus tai älykkyyssikä vastaa alle yhdeksää ikävuotta.

Hakola (2002) erittelee vielä impulssikontrollihäiriöitä kuten pyromanian ja kleptomanian, jotka voivat vaikuttaa syytetyn rangaistukseen alentavasti. Hakolan (2009) mukaan syytetyn päihtymistila ei ole syy syytetyn tuomitsematta jättämiseen tai ran-

gaistuksen alentamiseen, vaikka hän olisi teon tapahtumahetkellä täysin muistamattomassa tilassa. (Hakola 2002, 298 - 299.) Hakola (2009) jatkaa edelleen syyntakeettomuuden käsittelyä. Kehitysvammaisille, jotka ovat tekemästään rikoksesta jätetty syyntakeettomana tuomitsematta, voidaan terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen määräyksellä antaa kehitysvammaisten erityishuoltoa tahdosta riippumatta. Kehitysvammaisten henkilöiden osuus vakavimpien rikoksien tekijänä on huomattavasti vähentynyt viime vuosikymmeninä. Merkittävänä tekijänä Hakola (2002,300 – 301)) mainitsee kehitysvammahuollon tehostamisen yhteiskunnassamme.

2.3 Oikeuspsykiatrisen potilaan hoidon erityispiirteitä

Askola (2011) käsittelee pro gradussaan oikeuspsykiatrisen potilaan hoitoa ja siihen liittyviä erityispiirteitä. Hänen mukaansa oikeuspsykiatristen potilaiden elämänhallintataidot ovat varsin puutteelliset. Sosiaalisten verkostojen vajavaisuus, heikko vastuunottaminen, päihteiden käyttö ja rikolliseen elämäntapaan turvautuminen ovat yhteisiä tekijöitä potilaiden elämässä.

Askola(2011) toteaa, että oikeuspsykiatrisilla potilailla on monia ongelmia. Useilla heistä on taustalla neurologisia ongelmia ja aktiivisuuden tai tarkkaavaisuuden häiriö. Askolan (2011) mukaan skitsofreniaa esiintyy 90 prosentilla potilaista, pääosin paranoidista skitsofrenian muotoa. Ahdistus ja masennusoireet ovat yleisiä oikeuspsykiatristen potilaiden keskuudessa, samoin runsas päihteidenkäyttö. Askola (2011) myös mainitsee, että oikeuspsykiatrisella potilaalla on alttius saada posttraumaattisen stressireaktion oireita, koska syyllisyyden tunne omaa tekoa kohtaan alkaa kehittyä hoidon aikana, mikä omalta osaltaan myös hankaloittaa hoitoa. Oikeuspsykiatrisen potilaan hoitotyöhön liittyy Askolan (2011) mukaan myös vihan tunteen käsittelyä ja hallitsemista, itsetuhoisen käytöksen sekä päihderiippuvuuden hoitamista. Lisäksi oikeuspsykiatrisessa hoitotyössä pyritään turvallisuusnäkökulmien sekä tutkimus ja hoitomallien kehittämiseen.

Askolan (2011) mukaan oikeuspsykiatriset potilaat ovat sairaudentunnottomia ja hoitokielteisiä. Yleensä se ilmenee oikeuspsykiatrisen potilaan hoitotyössä siten, että potilas ei hyväksy omaa sairauttaan, hän ei tunnista sairautensa oireita eikä koe tarvitsevänsä hoitoa. Tämä nostaa omalta osaltaan riskiä ennenaikaiseen kuolemaan, etenkin itsemurhien kautta.

Askola (2011) kertoo pro gradussaan, että oikeuspsykiatrinen potilas usein ymmärtää sairautensa antaman leiman. Potilaalle voi tulla häpeän tunteita sekä epämukavuutta vuorovaikutussuhteissa, mikä johtaa eristäytymiseen. Askola (2011) tuo esille, että oikeuspsykiatrisen potilaan leima voi olla yksi uusintarikollisuuden riskitekijöistä. Skitsofreniaa sairastavista potilaista osalla sairauden oireet kroonistuvat ja hoitovaste on huono. Askola (2011) mainitseekin toivottomuuden yhdeksi kroonistumista edistäväksi tekijäksi. Toivottomuuden tunteeseen Askolan (2011) mukaan johtaa se, kun potilas alkaa ymmärtää oman sairauden vakavuuden sekä sen merkityksen omalle elämälleen. Toivottomuuden tunne aiheuttaa oikeuspsykiatriselle potilaalle sosiaalista vetäytymistä sekä masentuneisuutta. Kuitenkin masentuneisuus ja toivottomuus on osattava erottaa toisistaan. (Askola 2011, 13 - 16.)

2.3.1 Lääkehoitoon liittyvät käytänteet

Oikeuspsykiatristen potilaiden hoidossa lääkehoito on merkittävä tekijä. Psykkiset sairaudet ovat laadultaan vakavia: skitsofreniaa potilaista sairastaa 80 % ja niin sanottuja orgaanisia psykooseja noin viisi prosenttia. Lääkehoidossa käytetään motorisesti rauhoittavia neurolepteja, kuten klorpomatsiinia, kloprotikseenia, tsuklopentiksolia, klotsapiinia sekä haloperidolia. Aggressiivisten potilaiden lääkehoidossa käytetään myös serotoniinin takaisinoton estäjiä, litiumia sekä karbamatsepiinia. Hoidon tukena käytetään psykoterapiaa, toimintaterapiaa sekä sosiaalisten taitojen harjoittelemista. Jokaisella potilaalla on omahoitaja, joka tukee myös potilaan kuntoutumista. (Hakola 2012, 300.)

Rissanen ym. (2008, 208) tuovat esille, että skitsofrenian lääkehoidon keskeisinä tavoitteina pidetään välittömien psykoosioireiden lievittymistä sekä toisaalta uusiutuvien sairastumisjaksojen eli relapsien ehkäisemisen. Perinteiset neuroleptit ovat osoittautuneet tehokkaiksi positiivisten sairauden oireiden, esim. aistinharhojen sekä harhaluulojen ehkäisemisessä. Käypä hoito -suosituksessa skitsofrenian hoidossa pidetään tärkeänä osana psykoosilääkitystä, jossa pyritään pienimpään tehokkaaseen annokseen ja haittavaikutusten minimoimiseen. (Käypä Hoito)

Kuhanen ym. (2008) tuovat Rissanen ym. (2008) ja Hakolan ym. (2012) tapaan esille skitsofrenian Käypä hoito -suosituksen mukaisesti lääkehoidon yhtenä tärkeänä osana

psykoosien ja skitsofrenian hoitoa. Kuhasen ym. (2008) mukaan suositusten mukaisesti hoito jaetaan kahteen osa-alueeseen: akuuttivaiheeseen ja pitkäaikaishoitoon. Akuuttivaiheen hoito voi tapahtua avo- tai sairaalahoidossa, jolloin potilas on sairastunut ensikertaa tai uudelleen. Pitkäaikaishoito voi toteutua avo- tai sairaalahoidossa, ja hoidon tavoitteena on ehkäistä potilaan sairastuminen uudestaan. (Kuhanen ym. 2008, 261.)

Psykoosin hoidossa ensi kertaa sairastuneen potilaan hoidossa antipsykoottisen lääkkeen annokset ovat pienempiä kuin toistamiseen sairastuneen potilaan. Akuuttivaiheessa psykoosilääkettä voidaan antaa suuremmalla annoksella, minkä jälkeen lääkitystä mahdollisesti vähennetään. Antipsykoottisista lääkkeistä tulee vaste 2 - 4 viikon kuluttua lääkityksen aloittamisesta. Lääkityksen vaihtamista tulisi harkita, mikäli vastetta ei ole havaittavissa 4 - 6 viikon kuluttua lääkityksen aloittamisesta. Lääkehoidossa kuitenkin tulisi pyrkiä pienimpään tehokkaaseen vuorokausiannokseen. (Kuhanen ym. 2008, 262.)

Lääkkeitä on saatavissa eri muodoissa: sulavina tai kovina tabletteina, nestemäisinä lääkkeinä sekä lyhyt, tai pitkävaikutteisina injektioina. Akuuttivaiheessa potilaan huonontunut yhteiskyky ja puutteellinen motivaatio lääkehoitoon voivat aiheuttaa hankaluuksia tablettimuotoisen lääkityksen käytössä, joten nestemäinen tai injektioimuotoinen lääkitys voivat olla suositeltavia vaihtoehtoja. Lääkitystä tulisi käyttää 2 - 5 vuotta hoitovasteen saavuttamisesta. Lääkehoidon tärkeimpänä tavoitteena on minimoida uusiutuvan psykoosin riski. (Kuhanen ym. 2000, 264.)

Osalle skitsofreniapotilaista lääkehoidosta ei saada tarvittavaa vastetta. Kuhasen (2000) mukaan tällöin puhutaan lääkeresistentistä skitsofreniasta. Lääkeresistentistä skitsofreniasta voidaan puhua, kun potilaalle on kokeiltu kahta eri psykoosilääkettä vähintään kuuden viikon aikana ilman vastetta. Sitä esiintyy 5 – 25 prosentilla skitsofreniapotilaista. Ensisijaisena lääkkeenä oireiden hallinnassa käytetään tuolloin klot-sapiinia. Sähköhoidosta voi olla myös hyötyä oireiden hallinnassa. Muiden hoitomuotojen yhdistämistä lääkehoitoon voidaan kokeilla potilaan oireiden ja voinnin lievittämisessä. (Kuhanen ym. 2000, 264.)

Hyvä yhteistyö potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä on tärkeä tekijä lääkehoidon aloittamisessa sekä sen käyttöön motivoitaessa. Yhteiset havainnot lääkityksen sopi-

vuudesta tai mahdollisista haittavaikutuksista ovat arvokasta tietoa yhteistyön ja potilaan hoitomyöntyvyyden aikaansaamiseksi. Monesti potilaan ennakkoluulot lääkitystä kohtaan tuovat hankaluuksia lääkehoidon toteuttamiseen. Avoin keskustelu lääkehoidon hyödyistä ja haitoista luovat motivaatiota lääkehoitoon sekä tuovat myönteisyyttä hoitoa kohtaan. Tärkeänä kulmakivenä lääkehoidon onnistumisessa ovat hoitohenkilökunnan sekä potilaan läheisten havainnot lääkehoidosta, luottamuksellinen suhde potilaaseen sekä potilaan kuunteleminen ja kunnioitus. (Kuhanen ym. 2000, 264.)

Antipsykootteja käytetään psykoottisten häiriöiden, harhaluuloisuushäiriön, skitsofrenian, psykoottisen masennuksen, manian ja aivotoiminnan häiriöistä johtuvien sekavuustilojen hoidossa. Antipsykootit jaotellaan klassisiin ja uudempiin antipsykootteihin. Klassiset antipsykootit vaikuttavat dopamiinijärjestelmään sekä autonomiseen hermojärjestelmään. Yleisesti vallalla olevan käsityksen mukaan dopamiinijärjestelmän säätely keskushermostossa ja dopamiinireseptoreiden salpaaminen lievittävät psykoottisia oireita. Nykyisin ajatellaan myös, että psyykenlääkitys vaikuttaa myös hermosolujen välisiin yhteyksiin ja tiedon käsittelyyn aivoissa ja kykyyn ehkäistä hermosolujen välisiä viestejä, jotka liittyvät ajatustoimintaan, tunteisiin, koordinaatioon ja liikumiskykyyn. Uudemmat antipsykootit ovat toiminnaltaan valikoivampia ja sen lisäksi, että ne salpaavat dopamiinireseptoreja ne liittyvät myös serotoniiniaineenvaihduntaan keskushermostossa. Niiden käyttöön myös liittyy vähemmän hormonaalisia ja neurologisia haittavaikutuksia. (Kuhanen ym. 2010, 253 - 292.)

Antidepressantteja eli masennuslääkkeitä käytetään masennustiloihin, kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoitoon sekä ahdistuneisuus-, paniikki-, syömis- ja pakko-oireisiin häiriöihin. Masennuksen hoidon suunnittelussa on olennaista tunnistaa masennus ja arvioida sen vaikeusaste, jonka perusteella määritellään tarve lääkitykselle. Lievät ja keskivaikeat masennustilat eivät välttämättä vaadi lääkehoitoa vaan psykoterapia voi riittää. Vaikeissa masennustiloissa suositeltavinta ja tehokkainta on lääkitys yhdistettynä psykoterapiaan. Olennainen osa hoitoa on myös psykososiaalinen tuki. Masennuksen hoitoa on aina seurattava tiiviisti ja säännöllisesti. (Kuhanen ym. 253 - 292.)

Manialääkkeinä käytetään litiumia, epilepsialääkkeitä ja antipsykootteja. Anksiolyytit ovat rauhoittavia lääkkeitä, joiden käyttöä suositellaan päivystystilanteissa ja lyhytaikaisesti ahdistuneisuuden, levottomuuden, unettomuuden ja tuskaisuuden hoitoon.

Rauhoittavia lääkkeitä voidaan käyttää lyhytaikaisesti ja tilapäisesti muiden psykenlääkkeiden rinnalla, kun odotellaan, että masennus- ja psykoosilääkkeille saadaan vastetta ja tehoa. Nämä lääkkeet kuitenkin addiktoivat eli aiheuttavat riippuvuutta niin fyysisesti kuin psyykkisesti, joten pitkäkestoinen ja säännöllinen käyttö ei ole suositeltavaa. Hypnootteja ja sedatiiveja käytetään uni- ja nukahtamislääkkeinä. Ne ovat voimakkaasti addiktoivia ja niihin liittyy toleranssin kasvu, eli teho laskee pitkään käytettäessä. Alkoholilla ja huumeriippuvuuden hoitoon voidaan käyttää myös psykenlääkkeitä. (Kuhanen ym. 2010, 253 - 292.)

Mielenterveystyön tukena käytettävässä lääkehoidossa on olennaista, että potilaan kanssa yhdessä keskustellaan kaikista lääkitykseen liittyvistä asioista ja pyritään yhdessä potilaan kanssa löytämään sopivin mahdollinen lääke. Olennainen osa lääkityksen onnistumisesta on se, että potilas itse ottaa vastuun lääkkeiden ottamisesta ja niihin liittyvien vaikutusten seuraamisesta ja niistä raportoinnista hoitohenkilökunnalle. Myös hoitohenkilökunnalla on tärkeä rooli lääkityksen vaikutusten seuraamisessa. Esimerkiksi hoitajien potilaasta huomattu väsymys, verenpaineen lasku, sydämen tiheälyöntisyys ja lihasjännitykset ovat tärkeitä tietoja lääkärille raportoitavaksi mahdollisia hoitomuutoksia varten. On myös välitettävä eteenpäin potilaan omia kokemuksia ja tuntemuksia sekä myönteisyyttä tai kielteisyyttä lääkitykseen liittyen. (Kuhanen ym. 2010, 253 - 292.)

2.3.2 Väkivaltainen käyttäytyminen

Psykiatrisessa hoitotyössä väkivalta ei ole uusi asia. Potilaan ollessa käytökseltään avoimesti uhkaileva osastolla hoitohenkilökunnan täytyy lähestyä häntä mahdollisimman neutraalisti, pyrkiä selvittämään käytökseen liittyvät syyt sekä varautua siihen, että henkilökuntaa on riittävästi paikalla fyysisen ylivoiman turvaamiseksi. Potilaan kanssa keskustellaan käytökseen johtaneista tekijöistä sekä hänelle tehdään selväksi, ettei muiden uhkailua tai väkivaltaista käyttäytymistä osastolla suvaita. Mikäli tilanne ei selviä keskustelemalla, potilaalle kerrotaan myös mahdollisesta eristyksestä oman ja toisten turvallisuuden vuoksi. Väkivallan määrää voidaan vähentää sairaaloissa puutumalla jo ennaltaehkäisevästi väkivallan ennusmerkkeihin, esimerkiksi uhkailuihin. Mikäli eristäminen ja lepositeisiin laittaminen on välttämätöntä, enää ei jäädä neuvottelemaan potilaan kanssa tilanteesta, vaan toimenpiteet tulee tehdä päättäväisesti.

Voimatoimien käyttöä vältetään kuitenkin mahdollisuuksien mukaan. (Tiihonen & Hakola 2002, 333.)

Eristämiseen ja lepositeiden käyttöön on aina oltava lääketieteelliset indikaatiot. Mikäli potilaan eristämisen syynä on esimerkiksi vahva aggressio osaston muita potilaita kohtaan, häntä on turha laittaa lepositeisiin, koska hän on eristyshuoneessa muista potilaista erillään ja tämä tuo jo riittävän turvan. Lisäksi potilaan hoidossa huomioidaan henkilön itsensä vahingoittamisriskit tai taipumus käyttäytyä aggressiivisesti henkilökuntaa kohtaan. (Tiihonen & Hakola 2002, 333.)

Potilas voi haluta olla myös eristämisen aikana yksin, ja tätä toivetta tulisi kuulla mahdollisuuksien mukaan, mutta toisaalta potilaalle on annettava mahdollisuus vuorovaikutukseen. Potilaalle lepositeet on kokemuksena traumaattinen tapahtuma, jonka käyttöä ei voida perustella sillä, että tämä mahdollistaa hoitajan kanssa vuorovaikutuksen. Hoitohenkilökunnan resursseissa on huomioitava, että potilaan luona voidaan olla ilman, että potilas on kiinnitettynä lepositeilla. Hoitajan ei koskaan tule mennä leposidepotilaan luokse yksin. (Tiihonen & Hakola 2000, 333.)

Eristyshuoneessa potilaalle annetaan vaatteet sekä vuodevaatteet. Ne ovat valmistettu sellaisesta materiaalista, joita ei voi repiä rikki itsetuhoaikeita varten. Huoneen sisustuksessa huomioidaan turvallisuustekijöitä, jotta potilaalle ei aiheutuisi vaaratilanteita. Potilasta on käytävä tapaamassa vähintään puolen tunnin väliajoin, vaikka valvonnan apuna käytettäisiinkin valvontakameroita. Leposide-eristyksessä olevalla potilaalla on oltava jatkuvasti valvoja samassa tilassa potilaan kanssa. Potilaalle tulee aina selvittää, mitä hänelle tehdään ja miksi, vaikka hän olisikin kommunikoimaton. Aggressiivisen ja psykoottisen potilaan hoidon akuuttivaiheessa voidaan käyttää 50 mg zyklopentiksoliasetaattia lihakseen. Tämä lääkitys kerta-annoksena vaikuttaa potilaaseen rauhoittavasti 1 - 2 vuorokautta. Tarvittaessa voi neuroleptien lisäksi antaa bentsodiatsepiineja. (Tiihonen & Hakola 2000, 333 - 334.)

Askolan (2001) mukaan oikeuspsykiatrisilla potilaista suurella osalla on impulssikontrollin häiriöitä sekä väkivaltaista käyttäytymistä. Askolan mielestä potilaan väkivaltaista käyttäytymistä voivat lisätä käskävät ja kehoittavat kuuloharhat. Aistiharhat herättävät potilaassa tunteita, koska niiden sisältö voi olla potilaalle todella ahdistava. Potilaalla voi olla häpeän tunteita syytteenalaiseen tekoon liittyen. Potilaan vihan hal-

lintaa vaikeuttavat muun muassa häpeän tunteet, ja hän voi ulkoistaa oman vihan tunteensa toisiin ihmisiin. Askola (2011) toteaa, että potilaan aggressio on reaktio turhautumisen tunteeseen, mutta samalla se on haaste hoitajalle. Hoitajan olisi hyvä tiedostaa syyt, jotka johtavat väkivaltaiseen käyttäytymiseen, potilaan aggressiivisuus tulee myös osata tunnistaa ja sitä pitää kyetä hallitsemaan. Aggressiiviseen käyttäytymiseen vastataan varhaisella puuttumisella verbaalisten ja ei-verbaalisten tekniikoiden avulla. Yhteys potilaan sairauden oireiden ja väkivaltaisen käyttäytymisen välillä osoitetaan potilaalle.

Oikeuspsykiatristen potilaiden hoitoajat osastoilla ovat pitkiä, jopa useita vuosia. Askola (2011) korostaa oikeuspsykiatristen potilaiden hoitotyön haastavuudesta. Hän kertoo, että tutkimusten mukaan persoonallisuushäiriöisten potilaiden hoito on koettu vaativimmaksi oikeuspsykiatristen potilaiden hoitotyössä. Persoonallisuushäiriöistä kärsivät potilaat ovat taitavia manipuloimaan ja jakamaan henkilökuntaa ”hyviin” ja ”huonoihin”, mikä vaikeuttaa henkilökunnan tiimityötä. Toiseksi isoksi haasteeksi oikeuspsykiatrisessa hoitotyössä Askola (2011, 17 - 19) listaa väkivallan ja aggression hallinnan.

Kirsi Tiihonen (2005) on tuonut esille pro gradu -tutkielmassaan Niuvanniemen oikeuspsykiatrisen sairaalan hoitohenkilökunnan kokemuksia väkivallasta. Tutkimusjoukkona on ollut Niuvanniemen sairaalasta osastonhoitajat, apulaisosastonhoitajat, sairaanhoitajat, mielisairaanhoitajat ja laitoshuoltajat. Tutkimukseen haluttiin osallistuvan sellaisia henkilöitä, jotka ovat päivittäin vuorovaikutuksessa oikeuspsykiatristen potilaiden kanssa. Tutkimusjoukko oli yhteensä 405 henkilöä. Tutkimusaineisto kerättiin Kevin Mc- Kennan laatimalla kyselylomakeella ”Survey of Violence Experienced by Staff. Kyselyyn vastasi 222 henkilöä. Aineiston analysointiin käytettiin SPSS 11,5 for Windows -tilasto-ohjelmaa. Aineiston kuvaamiseen on käytetty frekvenssejä, prosenttijakaumia, keskihajontaa ja ristiintaulukointia. Tilastollista merkitsevyyttä haettiin Khiin-neliö -testin avulla. Avoimia kysymyksiä käsiteltiin sisällön analyysillä, ryhmiteltynä luokkiin sekä ne esitettiin määrällisesti.

Anneli Pitkänen (2003) on tutkinut väkivaltaa psykiatrisessa hoitotyössä avohoidossa sekä sairaalassa. Tutkimuksessa on kerätty hoitajien kokemuksia väkivallasta, tilanteiden ennaltaehkäisystä sekä jälkikäsitteystä. Dosentti, psykiatrian ja oikeuspsykiatrian erikoislääkäri Eila Tiihonen Niuvanniemen sairaalasta käsittelee Työterveyslääkäri-

lehden artikkelissa mielisairauksien ja väkivaltaisen käyttäytymisen yhteyksiä. Artikkelissa hän kertoo mielisairauden akuuttiin vaiheeseen liittyvän usein väkivaltaa. Ennen psykiatriseen sairaalan tulemista potilaista 40 % :lla on ollut väkivaltaista käyttäytymistä. Väkivaltaan puuttumiseen rajoittavana tekijänä hän kokee osittain Suomen lainsäädännön, koska tahdosta riippumaton hoito edellyttää ajankohtaisia mielisairausten oireita, vaikka väkivaltaisen käyttäytymisen riskit olisivatkin olemassa. (Tiihonen 2004.) Tiihosen (2004) mukaan sairaalaolosuhteissa väkivaltaista käyttäytymistä on helpompi hallita kuin sairaalan ulkopuolella. Tiihonen toteaa, ettei väkivalta ole uusi ja harvinainen ilmiö psykiatrisessa hoitotyössä. Tähän vaikuttaa se, että psykiatrisia sairaalapaikkoja on vähennetty, mikä näkyy potilaiden voinnissa. Sairaalaan tullessa potilaat ovat entistä huonokuntoisempia, aiempaa väkivaltaisempia sekä potilaiden oireet ovat entistä vaikeammin hoidettavissa.

Dosentti Kirsi Tiihonen (2004) nostaa esille vakavia mielenterveyshäiriöitä, jotka lisäävät huomattavasti riskiä väkivaltaiseen käyttäytymiseen. Näitä ovat skitsofrenia, maanisdepressiivisyys sekä älyllinen kehitysvammaisuus. Näiden sairastamisen on todettu nostavan väkivaltaisuudenriskiä 4 - 5-kertaiseksi. Näistä häiriöistä skitsofrenia aiheuttaa eniten väkivaltaista käyttäytymistä. Skitsofreniaa sairastavien miesten väkivaltarikosten riski on todettu 5 – 10 kertaa suuremmaksi yleisväestöön verrattuna. Mikäli skitsofreniaa sairastava käyttää päihteitä, väkivaltaisuuden riskin on todettu kohoavan jopa 25-kertaiseksi.

Tiihonen (2005) tuo tutkimuksessaan esille, että oikeuspsykiatrisessa sairaalassa työskentelevistä 89 % on kokenut työssään sanallista häirintää, uhkailua 67 % ja fyysistä väkivaltaa 71 %. Lähes kaikissa tilanteissa potilas oli väkivallan aiheuttajana. Kirsi Tiihonen tuo gradussaan esille, että suurin osa väkivaltatilanteista tapahtui potilaan itsemääräämisoikeutta rajoitettaessa. Päivittäisten hoitotehtävien aikana muun muassa pesujen ja ruokailujen yhteydessä potilaat uhkailivat ja häiritsivät sanallisesti hoitajia. (Tiihonen 2005, 41 - 42.) Sairaalan potilaissa oli herättänyt ärtymystä myös sovitusta säännöistä ja rajoista kiinnipitäminen. Fyysistä väkivaltaa hoitajat olivat kokeneet potilaan rajoittamistilanteissa, potilasta tarkkailtaessa ja hoitotoimenpiteitä suorittaessa. (Tiihonen 2005, 43.) Anneli Pitkänen (2003) tuo pro gradussaan samantyyppisiä tuloksia kuin Kirsi Tiihonenkin (2005). Pitkänen (2003) toteaa väkivallan liittyvän erityisesti tulotilanteisiin, etenkin jos potilas joutuu tahdosta riippumattomaan psykiatriseen hoitoon. Väkivaltatilanteen voi laukaista potilaan vastentahtoiset hoitotoimenpi-

teet kuten lääkitseminen, riisuminen, eristäminen tai potilaan rajoittaminen sanallisesti.

Tiihosen (2005) tutkimuksen mukaan eniten väkivaltakokemuksia oli miespuolisilla 41 - 50-vuotiailla henkilöillä. Työkokemusta heillä oli yli 15 vuotta, ja ammatiltaan he olivat mielisairaanhoitajia. Väkivallan raportoinnissa havaittiin tutkimuksen mukaan puutteita. Syyksi vastaajat ilmoittivat usein tapahtuvan väkivallan. Väkivalta ei ollut vastaajien mukaan vakavaa, raportointiin koettiin kuluvan liian paljon aikaa ja raportointi ei johtanut mihinkään jatkotoimenpiteisiin. Tiihonen (2004, 73.) kuitenkin korostaa, raportoinnin merkittävyyttä oikeuspsykiatrisessa hoitotyössä. Hän toteaa, että oikeuspsykiatriseen hoitotyöhön liittyy usein väkivaltaisuutta, enemmän kuin somaattisten sairauksien hoitamiseen. Monesti sanallinen uhkailu ja häiritseminen ennakoivat fyysisen väkivallan ilmenemistä, ja siksi raportointi pitäisi ottaa yhdeksi tärkeäksi hoitotyön osa-alueeksi.

Työyhteisössä väkivallan kohteeksi joutuminen koettiin tunteen tasolla vähintäänkin lievänä ahdistuksena. Väkivallan kohteeksi joutuminen aiheutti 8 %:lla henkilöistä työstä poissaoloa. Ajallisesti pisin työstä poissaoloaika oli yksi työpäivä. Vastaajat ilmoittivat saavansa suurimman tuen työkavereiltaan väkivaltatilanteiden jälkeen, esimiehen ja perheen tuki nousi myös vastaajien mielipiteistä esille. Väkivaltakoulutusta oli saanut vastaajista 89 %. Voimankäytön peruskurssi oli koulutuksista yleisin. Kaikkien kyselyyn vastanneiden kesken väkivallan hallintataitojen harjoittelu oli tärkeä osa-alue nykyisen työn kannalta. Vastaajista kaksi viidesosaa koki omat väkivallanhallintataitonsa varmaksi. (Tiihonen 2005, 2.)

2.3.3 Psykoedukaatio

Termille psykoedukaatio ei vielä ole yleisesti käytössä olevaa ja yhteisesti hyväksyttyä suomenkielistä nimeä. Sana psykoedukaatio on johdettu englanninkielisestä sanasta psychoeducation, jossa education tarkoittaa kasvatusta, ohjaamista tai opettamista. (Berg 2009, 151.) Kuhanen ja Oittinen (2010) mainitsevat, että psykoedukaatiiviseen työskentelyyn liitetään kirjallisuudessa seuraavia termejä: koulutuksellinen työskentely, koulutuksellinen perhetyö, potilas- ja omaisopetus ja uusiutumisen ehkäisy. Alun alkaen psykoedukaatiivinen työskentely kehitettiin psykoottisen tai skitsofreniaa sairastavan potilaan ja hänen perheensä kanssa käytettäväksi opetukselliseksi menetelmäksi.

Nykyisin sitä käytetään myös muiden potilasryhmien kuin psykoosi- ja skitsofreniapotilaiden kanssa. (Kuhanen. 2010, 90 - 93.)

Huolimatta koulutukseen viittavasta nimestään psykoedukatiivinen toiminta ei kuitenkaan ole yksisuuntaista (jollaisena koulutus usein nähdään) siten, että hoitaja opettaisi potilasta tai perhettä. Kyseessä on pikemminkin jaettu asiantuntijuus hoitavan tahon ja potilaan ja hänen perheensä välillä. Pyrkimyksenä on etsiä yhdessä ratkaisua potilaan ja perheen tilanteeseen tai ongelmiin. Lähtökohtana ovat potilaan ja perheenjäsenten yksilölliset kokemukset, joita hoitajan tulisi kunnioittaa. Hänen pitäisi myös kyetä liittämään hoitotyön ja lääketieteen ajankohtainen tieto niihin kokemuksiin. (Kuhanen 2010, 90 - 93.)

Tausta-ajatuksena psykoedukatiivisessa työskentelyssä on, että sairauden kulkuun voidaan vaikuttaa työskentelemällä yhdessä potilaan ja perheenjäsenten kanssa. Painopiste on menneisyyden ja syiden etsimisen sijaan nykyajassa ja tulevaisuudessa. Ajatellaan, että perheellä ei ole osuutta potilaan sairauden synnyssä, mutta perhe voi vaikuttaa sairauden kulkuun. Perhetyön taustalla ovat havainnot psykoosipotilaiden perheissä siitä, että tunneilmapiiri perheessä voi vaikuttaa potilaan sairauden ennusteeseen. Sairaus uusiutui todennäköisemmin perheissä, joissa oli kriittinen, ylihuolehtivainen tai vihamielinen ilmapiiri. Psykoedukatiivista lähestymistapaa käytetään nykyisin paljon mielenterveytyöissä. Sen vaikuttavuudesta on tutkimuksellista tietoa ja näyttöä, joten käyttö on perusteltua. Menetelmää voivat käyttää kaikki terveydenhuollon ammattiryhmät. (Kuhanen 2010, 90 - 93.)

Psykoedukatiivinen työskentely voidaan toteuttaa hoitajan ja potilaan välillä tai perhetyöskentelynä, ryhmä- ja kurssimuotoisena tai ryhmätyönä usean perheen välillä. Vertaistuki on merkittävä osa ryhmätyöskentelyä ja ryhmässä voidaan jakaa tietoa ja kokemuksia samasta sairaudesta ja sen kanssa elämisestä. Psykoedukatiivinen perhetyöskentely huomioi myös perheen lapset. Olisi tärkeää, että lasten kokemukset ja heidän vanhemman sairaudelle antamat merkitykset jaettaisiin ja lapsia kuultaisiin. Lapsille tulisi antaa heidän kehitysvaiheilleen sopivaa tietoa, että he ymmärtäisivät vanhemmassaan mahdollisesti ilmeneviä muutoksia käytöksessä ja mielialassa. (Kuhanen 2010, 90 - 93.)

Psykoedukatiivisen työskentelyn aikana potilas, perhe ja läheiset saavat tietoa sairaudesta, oireista, selviytymistavoista, toipumisesta ja toipumistavoista. Merkittävässä asemassa on myös varhaisten varoitusmerkkien tunnistamaan oppiminen, jolloin potilas voi seurata sairauden mahdollista uusiutumista. Varoitusmerkit korostuvat erityisesti psykoosisairauksien ja kaksisuuntaisen mielialahäiriön kyseessä ollessa. Lönnqvist ym. (2011) toteavat psykoedukaation merkittävyyden esimerkiksi skitsofreniapotilaiden hoidossa. He toteavat, että sairauteen liittyvän ohjauksen ja neuvonnan on todettu vähentävän skitsofreniapotilaiden akuuttivaiheen uusiutumisriskiä sekä lisäävän lääkemyöntyvyyttä potilaan sairauden hoidossa. (Lönnqvist ym. 2011, 123.)

Psykoedukaatiossa potilaiden kanssa harjoitellaan myös kommunikaatio- ja ongelmanratkaisutaitoja, sillä ne edesauttavat selviytymistä. Näitä taitoja voidaan harjoitella myös potilaan perheen kanssa, jolloin vähennetään stressiä ja kuormitusta sekä potilaan elämässä että perheen kesken. On kannattavaa tehdä myös kriisi- ja toimintasuunnitelma tulevaisuutta ajatellen, sillä potilas voi ahdistua, mikäli kohtaa sairauden varoitusmerkkejä, mutta ei ole olemassa valmiina suunnitelmaa selviytymiskeinoiksi. (Kuhanen 2010, 90 - 93.)

Osalle skitsofreniapotilaista tulee pitkäaikaisia oireita asianmukaisesta lääkityksestä ja hoidosta riippumatta. Tärkeää olisi selvittää, mitkä ovat potilaan tyypillisiä pysyviä oireita ja miten niiden kanssa olisi mahdollista elää mahdollisimman normaalia elämää. Näiden potilaiden sekä läheisten ihmisten olisi hyvä opetella sairauden uusimisesta varoittavien ennakkomerkkien tunnistaminen sekä hallitseminen ja sen lisäksi pysyväisoireiden kanssa toimeen tulemistä sekä niiden erottamista sairauden ennakkooireista. Alkoholien ja huumeiden välttäminen on osa oireidenhallintaa; näitä toimintoja potilaat harjoittelevat psykoedukaatiossa esimerkiksi erilaisten rooliharjoitusten avulla. (Lönnqvist ym. 2011, 24.)

Oleellinen osa psykoedukaation onnistumisesta on potilaan sitoutuminen hoitoon, kuten mielenterveytyksessä yleisestikin. Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat ympäristötekijät, kuten vuorovaikutus, ohjaus, konkreettinen ja tiedollinen tuki sekä potilaasta johtuvat tekijät tiedot, tiedot ja asioiden ymmärtäminen. Tiedot auttavat potilasta ymmärtämään tilannettaan ja hoidon merkityksen ja näiden avulla hyväksymään sairautensa. Asioiden ymmärtäminen taas antaa potilaalle välineen soveltaa tietoja uusissa tilanteissa sekä ratkaisemaan eteen tulevia ongelmia. Yksi merkittävimmistä hoitoon

sitoutumista estävistä tekijöistä onkin tutkitusti ymmärrettävän tiedon puute. (Kynäs & Hentinen 2009, 26.)

Psykoedukatiivinen työskentely on ennen kaikkea vuorovaikutuksellista keskustelua, jonka avulla tarkastellaan potilaan tilannetta, vaihdetaan kokemuksia ja havaintoja ja etsitään mielekästä selitystä ja ymmärrystä tilanteeseen. Työskentelyssä pyritään säilyttämään ja vahvistamaan potilaan ja perheen omaa toimijuutta. Hoitajan tulisi muistaa pitää vuorovaikutus tasavertaisena ja välttää autoritatiivista toimintatapaa. Menetelmän ollessa tulevaisuusorientoitunut on myös tärkeää ylläpitää toivoa koko työskentelyn ajan. (Kuhanen 2010, 90 - 93.)

3 OIKEUSPSYKIATRISET HOITOYKSIKÖT SUOMESSA

Terveystieteiden lain (136/2010) 45§:n nojalla valtioneuvosto on antanut asetuksen erityistason sairaanhoidon järjestämisestä ja keskittämisestä psykiatrisessa hoidossa. Asetuksessa on otettu esille harvinaisten sairauksien, erikoissairaanhoidon vaatavuus tai erikoissairaanhoidon järjestäminen erityisten vaatimusten perusteella. (Lönqvist ym. 2011, 758.)

- 1) Alueellisesti keskitetty erityistason sairaanhoito tarkoittaa erityisvastuualueella yliopistollista sairaalaa tai erityissairaanhoitoa, joka keskitetään muuhun samantasoiseen sairaalaan.
- 2) Valtakunnallisesti keskitetty erityistason sairaanhoito tarkoittaa harvempaa kuin viiteen yliopistolliseen sairaalaan tai vastaavaan yksikköön järjestettyä terveydenhoitoa.

Erityistason sairaanhoidon tutkimukset, toimenpiteet ja hoito tehdään keskitetysti viidessä yliopistollisessa sairaalassa alueellisesti tai vastaavissa toimintayksiköissä tai valtakunnallisesti harvemmissä kuin viiden yliopistollisen sairaalan tai vastaavanlaisessa yksikössä. Valtakunnallisiin erityistason toimintoihin kuuluvat toiminnot, jotka ovat harvinaisia, edellyttävät vaatimustasoltaan korkeatasoista lääketieteellistä osaamista tai välineistöä, vaativaa monialaista hoitoa sekä välitöntä lääkinnällistä kuntoutusta. (Lönqvist ym. 2011, 758.)

Alueellisesti keskitetystä hoidossa jokaisella viidellä yliopistollisella sairaalalla on erityisvastuualueellaan sairaaloiden ja sairaanhoitopiirien keskinäiset sopimukset hoitojen keskittämisestä. Keskittäminen pohjautuu yhteneväisiin hoidon perusteisiin, potilasturvallisuuteen, hoidon laatuun, henkilöstön saatavuuteen ja riittävään osaamiseen. Erityisesti huomioidaan tutkimukset, toimenpiteet ja hoidot, joissa hoidetaan harvinaisia sairauksia, hoito on vaativaa tai toteuttaminen vaatii erityistä järjestelyä. Erityisvastuualueen sairaanhoitopiireillä tulee olla alueellisista, keskitetyistä tutkimuksista, toimenpiteistä sekä hoidoista yhteinen erikoisalakohtainen luettelo sekä heidän tehtävään on myös luettelon ylläpitäminen ja päivitys. (Lönnqvist 2011, 758.)

Valtakunnallisesti keskitetty hoito järjestetään seuraavissa paikoissa (Lönnqvist 2011, 758.):

- 1) Helsingin seudun yliopistollinen keskussairaala: Oikeuspsykiatriset erityistutkimukset, mielentilatutkimukset, transseksuaalisten henkilöiden psykiatriset tutkimukset sekä hoidon aloittaminen.
- 2) Tampereen yliopistollinen sairaala: Oikeuspsykiatriset erityistutkimukset, mielentilatutkimukset, transseksuaalisten henkilöiden psykiatrisia tutkimukset ja hoito, vaarallisten ja vaikeahoitoisten lasten ja nuorten psykiatrinen hoito.
- 3) Oulun yliopistollinen sairaala: Oikeuspsykiatriset erityistutkimukset ja mielentilatutkimukset.
- 4) Vanhan Vaasan sairaala: Oikeuspsykiatriset erityistutkimukset ja mielentilatutkimukset.
- 5) Niuvanniemen sairaala: Oikeuspsykiatriset erityistutkimukset, mielentilatutkimukset sekä vaarallisten ja vaikeahoitoisten lasten ja nuorten psykiatrinen hoito.

Erityisvastuun sairaanhoitopiirien on annettava vuosittain kesäkuun loppuun mennessä sosiaali- ja terveysministeriölle erikoisalakohtainen luettelo, jossa alueellisesti keskitetty tutkimus, hoito ja toimenpiteet. Yliopistollisten sairaanhoitopiirien on annettava selvitys keskittämistoimien toteutumisesta ja annettujen asetusten toimeenpanosta

vuosittain kesäkuun loppuun mennessä sosiaali- ja terveysministeriölle. (Lönnqvist ym. 2011, 758.)

Psykiatrisen sairauden takia syyntakeettomana tuomitsematta jätetyt henkilöt tarvitsevat psykiatrista sairaalahoitoa. Monesti hoito on vastentahtoista, sillä monet potilaista ovat sairaudentunnottomia. Päätöksen hoidosta tekee terveyden ja hyvinvointilaitos. Näitä potilaita kutsutaan oikeuspsykiatrisiksi potilaiksi ja heitä hoidetaan erityisesti valtion mielisairaaloissa. (Hakola 2002, 300.) Suomen suurin psykiatrisen sairaala on Kellokosken sairaala. Kellokosken sairaala tuottaa akuutin psykiatrian, kuntoutuspsykiatrian, nuorisopsykiatrian, oikeuspsykiatrian ja psykogeriatrian palveluita. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2013.) Suomessa on myös kaksi muuta valtion mielisairaala: Niuvanniemen sairaala Kuopiossa sekä Vanhan Vaasan sairaala. Molemmat ovat erityistason sairaanhoidon laitoksia. Laitosten ylilääkäreiltä vaaditaan oikeuspsykiatrian erikoisalan koulutusta. (Hakola 2002, 300.)

3.1 Niuvanniemen sairaala

Niuvanniemen sairaala on Kuopiossa sijaitseva **oikeuspsykiatrisen sairaala**, joka tarjoaa **erityistason sairaanhoidon palveluita**. Sairaalassa tehdään mielentilatutkimuksia, sekä sairaala tarjoaa myös työpaikka- ja kehittämiskoulutusta oikeuspsykiatrista hoitotyötä tekeväälle henkilöstölle. Yhteistyötä tehdään myös Itä-Suomen yliopiston kanssa, tällöin sairaala toimii oikeuspsykiatrian klinikkana, josta on mahdollisuus saada perus-, jatko- ja täydennyskoulutusta. Sairaalassa tehdään myös terveystieteellistä tutkimusta. (Niuvanniemen sairaala 2009.) Niuvanniemen sairaalaa arvostetaan kansainvälisesti sekä tutkimustoiminnan että vahvasti tutkimukseen ja näyttöön perustuvien hoitokäytänteiden ansiosta. (Niuvanniemen sairaala 2012.)

Osastot ja potilaat

Niuvanniemen sairaalaan potilaat tulevat joko hoitoa tai tutkimusta varten. Tutkimuksella tarkoitetaan oikeuden määräämää mielentilatutkimusta. Niuvanniemen sairaalassa on yhteensä 14 osastoa. Osastoista 13 on tarkoitettu aikuisille ja yksi alaikäisille. Osastoista 7 on miehille, 1 naisille, 5 sekaosastoa sekä 1 sekaosasto alaikäisille. Sairaansijoja Niuvanniemessä on yhteensä 296. (Niuvanniemen sairaala 2012.)

Sairaalassa hoitotyötä tehdään moniammatillisesti. Henkilökunta koostuu muun muassa lääkäreistä, sairaanhoitajista, osastonhoitajista, mielisairaanhoitajista, laitoshuoltajista, psykiatreista, osastosihteereistä, ylihoitajista, sosiaalityöntekijöistä sekä toimintaterapeuteista. Lisäksi osastot tekevät myös yhteistyötä liikunnanohjaajan, fysioterapian, työ- ja toiminnallisen terapian ja erilaisten tukipalveluyksiköiden kanssa. Hoitohenkilökuntaa on aikuisosastoilla suhteessa potilasainekseen 0,67 - 1,53 hoitajaa/sairaansija, alaikäisten osastolla 3,17 hoitajaa/sairaansija. (Niuvanniemen sairaala 2009.)

Niuvanniemen oikeuspsykiatriseen sairaalaan tulevat mielentilatutkimuspotilaat ovat pääasiassa tutkintavankeja, jotka ovat syytteessä vakavista henkeen ja terveyteen kohdistuvista rikoksista. Sairaalassa tehtiin mielentilatutkimuksia viime vuosina 45 - 50 kappaletta, joka oli kysyntää vastaava määrä. Vuonna 2010 mielentilapotilaita oli seitsemän samanaikaisesti tutkittavana. Tutkimusaika on enintään kaksi kuukautta, Niuvanniemessä mielentilatutkimukset tehdään keskimäärin 56 vuorokaudessa. (Niuvanniemen sairaala 2012.)

Oikeuspsykiatrisen potilaan hoito vaatii erityisosaamista ja riittäviä valmiuksia potilaan hoitamiseksi. Niuvanniemen sairaala on valtion mielisairaala, jonne voidaan ottaa mielisairaita ja muita mielenterveydenhäiriöistä kärsiviä potilaita, joiden hoitaminen on erityisen vaikeaa ja vaativaa. (Mielenterveyslaki 1116/1990 6 §) Niuvanniemen sairaalaan ottamisesta päätöksen tekee sairaalan ylilääkäri. Vuoden 2010 lopussa syyntakeettomia potilaita oli 146 eli 51% Niuvanniemen potilaista. Samana vuonna uloskirjoitettujen potilaiden hoitoaika oli seitsemän vuotta ja neljä kuukautta. Joulukuussa 2010 syyntakeettomien potilaiden hoitoaika oli kahdeksan vuotta ja kahdeksan kuukautta. Niuvanniemen potilaista vaarallisia ja/tai vaikeahoitoisia oli vuoden 2010 lopussa 132 kappaletta (46,2 %) sairaalan potilaista. Vuonna 2010 uloskirjoitettujen vaarallisten ja/tai vaikeahoitoisten potilaiden hoitoaika oli keskimääräisesti neljä vuotta. Kunnallisista sairaaloista tulevat potilaat olivat useimmiten päihteiden väärinkäyttäjiä, jotka tulivat Niuvanniemeen psykoosin akuutissa vaiheessa. Vaarallisten ja/tai vaikeahoitoisten potilaiden hoitoaika oli joulukuussa 2010 viisi vuotta ja kolme kuukautta. (Niuvanniemen sairaala 2009.)

Niuvanniemen sairaalassa on erityisen vaikeahoitoisten alaikäisten tutkimus- ja hoito-osasto eli NEVA. Osaston tarkoituksena on toimia kunnallisten terveydenhoitopalve-

lujen lisänä, mikäli lastensuojelun ja erityissairaanhoidon palvelut eivät riitä turvaamaan lapsen ja muiden ihmisten terveyttä ja hyvinvointia. Neva-osastolla hoitajaksot voivat kestää kuukausista vuoteen riippuen psyykkisten oireiden vaikeudesta. Osastojaksolla mietitään potilaan omaisten kanssa jatkohoitopaikkaa, jotta hoidossa saavutetut tulokset kestäisivät sairaalan ulkopuolellakin. (Niuvanniemen sairaala 2009.)

Alaikäisten osaston potilaista suurin osa, eli 59 % on otettu sairaalaan hoitoon vaarallisuuden ja/tai vaikeahoitoisuuden vuoksi sairaanhoitopiirin läheteillä (Niuvanniemen sairaala 2012). Alaikäiset tulevat osastolle kiireellisyysarvion mukaan. Lähettävä lääkäri laittaa osaston ylilääkärille lähetteen, jossa on myös tieto maksusitoumuksen kestosta. Alaikäisellä tulee myös olla M3-päätös eli hoitoon sulkeva päätös. Neva-osastolla vaarallisuus ja vaikeahoitoisuus tarkoittavat lapsen tai nuoren kohdalla impulsiivisuutta tai väkivaltaista käyttäytymistä. Lapsilla tai nuorilla voi olla myös päihdeongelmia, antisosiaalisuutta, vakavaa ja toistuvaa itsetuhoisuutta tai vaikea-asteista mielisairautta, kuten psykooseja, skitsofreniaa, kaksisuuntaista mielialahäiriötä tai mielisairausasteista masennusta. Osastolla tehdään vaativia diagnostisia arvioita, hoidetaan terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämiä potilaita sekä tehdään alaikäisen potilaan mielentilatutkimuksia. (Niuvanniemen sairaala 2009.)

3.2 Vanhan Vaasan sairaala

Yksi oikeuspsykiatrisia **erityistason palveluita tuottava mielisairaala** Suomessa on Vanhan Vaasan sairaala. Palveluita tuotetaan sairaanhoitopiirien kanssa yhteistyössä. Ensisijaisesti Vanhan Vaasan sairaalassa hoidetaan oikeuspsykiatrisia potilaita. Useimmiten hoidettava on syyllistynyt väkivaltarikokseen, jonka jälkeen mielentilatutkimus on todennut hänet syyntakeettomaksi ja tuomioistuin jättänyt tuomitsematta. Tämän jälkeen potilas on määrätty Terveiden- ja hyvinvoinnin laitoksen puolesta tahdosta riippumattomaan hoitoon mielenterveyslain nojalla. Vanhan Vaasan sairaalassa hoidetaan vaikeahoitoisia potilaita ja myös erittäin vaikeahoitoisia psykiatrisia potilaita. Sairaalassa tehdään mielentilatutkimuksia sekä annetaan lausuntoja oikeuslaitokselle. Sairaalan toimintaan kuuluu myös tieteellisen tutkimustyön tekeminen. Tämän tutkimustyön painopiste on kehittää hoidon laatua ja sisältöä sekä oikeuspsykiatrisia hoitokäytäntöjä. Sairaala antaa myös erikoislääkäriskoulutusta psykiatrisia ja oikeus-

psykiatriaan perehtyville sekä toimii hoitoalan opiskelijoiden käytännönharjoittelu- paikkana. (Vanhan Vaasan sairaala 2013.)

Vanhan Vaasan sairaalan arvoihin kuuluvat potilaslähtöisyys, ammatillisuus, yhteistyö, kokonaistaloudellisuus, ihmisarvon kunnioittaminen, oikeudenmukaisuus sekä tasa-arvo ja yhdenvertaisuus. Keskeistä toiminnassa on huolehtia hoidon laadusta ja potilaiden sekä tutkittavien oikeusturvasta. Potilaita hoidetaan kokonaisvaltaisesti. Hoidon perustana ovat käypä hoito -suositukset, lainsäädäntö, sairaalan arvot sekä kansalliset hoito- ja laatusuositukset. Sairaalassa potilaspaikkoja on 152 ja virkoja 210. Hoitajaksot ovat yleensä pidempiaikaisia, useamman vuoden mittaisia. (Vanhan Vaasan sairaala 2013.)

Osastot ja potilaat

Ensisijaisesti sairaala toimii oikeuspsykiatristen potilaiden hoidon aloituspaikkana sekä on yksi osa oikeuspsykiatristen potilaiden kokonaisuhoitoa. Vaikeahoitoisten psykiatristen potilaiden hoito toteutuu Vanhan Vaasan sairaalassa, jos heidän hoitonsa ei muussa sairaanhoitopiirien sairaalassa ole tarkoituksenmukaista. Potilaiden hoito on moniammatillisista. Tärkeä osa hoitoa on toiminnallinen kuntoutus, joka alkaa heti vastaanotto-osastolla ja monipuolistuu hoidon jatkuessa. Vanhan Vaasan sairaalassa on kaksi vastaanotto- ja mielentilatutkimusosastoa miehille; nämä osastot toimivat miesten suljettuina vastaanotto-osastoina. Näiden osastojen päätehtävänä ovat mielentilatutkimusten tekeminen. Yksi osastojen tehtävistä on myös hoitaa oikeuspsykiatrisia potilaita sekä vaikeahoitoisia ja vaarallisia psykoosipotilaita, jotka ovat tuomittuja hoitoon mielentilatutkimuksen perusteella. (Vanhan Vaasan sairaala 2013.)

Yksi sairaalan osastoista on naisten vastaanotto-, mielentilatutkimus- ja hoito-osasto, joka toimii sairaalan tulevien naispotilaiden vastaanotto-osastona ja jossa myös aloitetaan heidän hoitonsa. Päätehtävä osastolla on mielentilatutkimusten tekeminen sekä oikeuspsykiatristen potilaiden hoitaminen ja kuntouttaminen. Tällä osastolla hoitetaan myös niitä psykoosipotilaita, joiden hoitamista ei ole voitu turvallisesti toteuttaa erikoissairaanhoidon puolella väkivaltaisuuden tai vaikeahoitoisuuden vuoksi. Osastolla pyritään luomaan hyvä perusta hoidolle ja hyvät edellytyksen toipumisille. (Vanhan Vaasan sairaala 2013.)

Vanhan Vaasan sairaalassa on myös hoito- ja kuntoutusosasto mies- sekä naispotilaille. Tällä osastolla hoidetaan potilaita, jotka ovat kuntoutumisen eri vaiheissa. Lähtökohta toiminnalle on tarjota kuntouttavaa ja yhteisöllistä hoitoa, joka aktivoi potilasta. Hoidossa korostuu moniammatillisuuden lisäksi yksilöllinen hoitosuhde. (Vanhan Vaasan sairaala 2013.)

Miesten kuntoutus- ja hoito-osastolla puolestaan hoidetaan ja kuntoutetaan vastaanotto-osastoilta siirtyneitä. Tämä osasto pyrkii vahvistamaan potilaiden hoitomyönteisyyttä ja omaa osallisuutta kuntoutumiseen. Osastolla potilaiden kuntoutumista tuetaan muun muassa ryhmätoimintojen ja työterapian avulla. Sairaalassa on myös toinen miesten kuntoutus- ja hoito-osasto, jossa potilaan hoidon tavoite on luoda valmiuksia ja tukea potilasta jokapäiväisestä elämästä selviytymiseen sairaalassa ja myös sairaalan ulkopuolella. Ensisjaisena kuntoutusmuotona toimii työterapia. (Vanhan Vaasan sairaala 2013.)

Miehille on myös oma avoin kuntoutusosasto. Tämän osaston tavoite on vahvistaa potilaan omaa aktiivisuutta omassa kuntoutumisessa. Toinen sairaalan avoin kuntoutusosasto on sekä mies- että naispotilaille. Perustana kuntoutumiselle ovat potilaan omat yksilölliset kuntoutumistarpeet. Keskeisimpinä tavoitteina tällä osastolla on auttaa potilaita tunnistamaan ja hyväksymään oma sairaus, potilaiden osallistuminen toiminnalliseen terapiaan ja arkielämän toiminnoista selviytyminen. (Vanhan Vaasan sairaala 2013.)

3.3 Kellokosken sairaala

Suomen suurin psykiatrinen sairaala on Kellokosken sairaala. Kellokosken sairaalassa on 290 sairaansijaa, henkilökuntaan kuuluu 613 työntekijää, mistä hoitohenkilökuntaan kuuluu yli 450 työntekijää ja lääkäreitä on noin 40. Palveluina Kellokosken sairaala tuottaa akuutin psykiatrian, kuntoutuspsykiatrian, oikeuspsykiatrian, nuorisopsykiatrian ja psykogeriatrian palveluita. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2013.)

Kellokosken sairaalan osastot ovat luokiteltu osastoryhmittäin. Osastoryhmiä on mielialahäiriöille, psykooseille, nuorisopsykiatrialle, oikeuspsykiatrialle ja vaikeahoitoi-

sille sekä psykogeriallalle ja neuropsykiatralle. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2013.)

Mielialahäiriöiden osastoryhmä

Yksi mielialahäiriöiden osastoryhmän kokonaisuuksista on **akuuttipsykiatria**. Ensimmäinen akuutin psykiatrian osastoista on suljettu vastaanotto-osasto, joka pitää sisällään 18 potilaspaikkaa. Tämän osaston vastuualueena on sairaalaan tulevien aikuispotilaiden hoidon aloittaminen, asioiden selvittäminen ja psykiatrinen tutkimus. Osaston hoitoajat ovat lyhyitä. Tavoitteena on rauhoittaa kriisitilanne, lievittää sairauden oireita ja järjestää jatkohoito. Toinen akuutinpsykiatrian osasto on 19- paikkainen osasto, jonne potilaat saapuvat Hyvinkään sairaanhoitoalueelta sekä Peijaksen sairaalasta. Tämän osaston erikoisosaaminen on mielialahäiriöiden erikoissairaanhoito. Keskimääräinen hoitoaika osastolla on 41 vuorokautta. Kolmannelle akuutin psykiatrian osastolle potilaat tulevat Kellokosken sairaalan vastaanotto-osastolta ja Peijaksen sairaalasta, osastolle voi hakeutua myös läheteellä avoterveydenhuollosta. Tämä osasto on suljettu osasto, jolla on 18 potilaspaikkaa. Neljäs akuutin psykiatrian osastoista on psykiatrian poliklinikka, jonka kohderyhmään kuuluvat vaikeahoitoiset psykiatriset potilaat. Hoitodiagnooseina poliklinikan asiakkailta on yleensä toistuva tai vaikea masennus, kaksisuuntainen mielialahäiriö, skitsofrenia tai muu psykoosi. Poliklinikan hoitoon tullaan läheteellä työterveyshuollosta, terveyskeskuksesta, yksityisestä terveydenhuollosta tai Kellokosken sairaalasta. Hoito on määräaikaista, ja jatkohoito tapahtuu perusterveydenhuollossa. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2013.)

Mielialapoliklinikka on mielialahäiriöiden osastoryhmän toinen ryhmä. Mielialapoliklinikalla on useita palvelupisteitä (Mäntsälä, Järvenpää ja Tuusula) alueiden aikuisväestölle. Mielialapoliklinikan potilaat tulevat hoitoon lääkärin läheteellä. Poliklinikan toiminta pitää sisällään tutkimuksen, hoidon ja kuntoutusmahdollisuuksien arvioinnin. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2013.)

Kolmas mielialahäiriöiden osastoryhmän kokonaisuus pitää sisällään **avohoidon akuuttiyksiköt**. Ensimmäinen avohoidon akuuttiyksikkö on yleissairaalapsykiatrinen poliklinikka Hyvinkään sairaanhoitoalueella Hyvinkään sairaalan tiloissa. Poliklinikka tarjoaa konsultaatiota Hyvinkään sairaalassa tutkimuksessa ja hoidossa oleville potilaille. Työryhmän tehtävä on vastata somaattisen hoitotahon esittämiin konsultaa-

tiopyyntöihin. Keskeisiä tehtäviä ovat psykiatrisen hoidon tarpeen arvio, arvio lääkityksestä ja diagnoosista sekä jatkohoidon järjestämisestä. Poliklinikka antaa kriisihoitoa ruumiillisen sairauden tai vamman aiheuttamaan psyykkiseen kriisiin ja sopeutumiseen. Kriisihoito tapahtuu poliklinikalla ja vuodeosastolla. Avohoidon akuuttityksiköihin kuuluvat myös Hyvinkään ja Järvenpään päiväosastot. Hyvinkään päiväosasto toimii polikliinisen hoidon tukena. Osastolla on 15 potilaspaikkaa. Päiväosaston toiminnasta hyötyvät eniten masentuneet, ahdistus- ja persoonallisuushäiriöistä kärsivät sekä kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusvaiheen potilaat. Hyvinkään päiväosasto on tutkimus- ja hoitoyksikkö. Hoitoon hakeudutaan hoitavan henkilön suosituksesta läheteellä. Potilas saa hoidonsuunnitteluaajan, jolloin hän tapaa lääkärin ja omahoitajan tai toimintaterapeutin. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2013.)

Psykoosien osastoryhmä

Psykoosien osastoryhmään kuuluu **kuntoutuspsykiatria**. Kaksi kuntoutuspsykiatria osastoista on avo-osastoja. Ensimmäisellä osastolla on 16 potilaspaikkaa. Tämä osasto tarjoaa kuntoutusjaksoja potilaille, jotka ovat kotiutumassa ja joiden hoitopaikkaa ja tukien tarvetta tahdotaan arvioida. Toinen avo-osasto on 12-paikkainen ja toimii viikko-osastona potilaille, jotka tarvitsevat lyhytaikaista kuntoutusta. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2013.)

Yksi kuntoutuspsykiatrian osastoista on suljettu kuntoutusosasto, osastolla on 21 potilaspaikkaa. Osaston perustehtävä on kuntouttaa potilaita, joilla on mielialahäiriöön liittymättömiä psykooseja ja näitä muistuttavia persoonallisuushäiriöitä. Tavoite hoidolle on potilaan mahdollisimman itsenäinen selviytyminen jatkohoitopaikassa. Kuntoutus perustuu kuntoutussuunnitelmaan. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2013.)

Neljäs kuntoutuspsykiatrian osasto on 16-paikkainen osasto, joka jakautuu kahteen eri yksikköön. Tämän kuntoutusosaston tehtävä on hoitaa ja kuntouttaa moniongelmaisista potilaita sekä skitsofreniaa sairastavia potilaita. Hoito ja kuntoutus tapahtuvat sairauden akuutin vaiheen jälkeen, ennen kuin potilaat siirtyvät avohoitoon. Yksi osaston perustehtävistä on myös yhteistyö avohoidon, perusterveydenhuollon ja muiden yhteistyökumppaneiden kanssa. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2013.)

Viides kuntoutuspsykiatrian osasto on varhaisen psykoosin hoitoyksikkö, johon kuuluu vuodeosasto ja liikkuva työryhmä. Tämä yksikkö toimii tutkimus-, hoito- ja varhaiskuntoutusyksikkönä ensi- ja varhaisen vaiheen psykoosipotilaille. Tämän yksikön potilaat ovat nuoria aikuisia. Potilaat, jotka ovat liikkuvan työryhmän hoidossa, tavaan kotikäynneillä, potilaan omassa hoitoympäristössä. Tapaamisia voidaan järjestää myös eri avohoitoyksiköiden tiloissa. Tämän yksikön tavoitteena on sairauden oireiden lievittäminen ja psykoosien uusiutumisen ehkäiseminen sekä potilaan toimintakyvyn ylläpitäminen ja elämän laadun lisääntyminen. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2013.)

Perhehoito on osa kuntoutuspsykiatriaa. Tämä yksikkö tarjoaa psykoosipotilaille kuntoutusta pienissä, kodinomaisissa perhekotiyksiköissä. Yksiköllä on seitsemän asukaspaiikkaa kahdessa perhekodissa. Perhekodin asukkaat saavat tukea ympärivuorokautisesti, heillä on mahdollisuus kuntoutua ja asua perheenomaisessa yhteisössä. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2013.)

Yksi kuntoutuspsykiatrian osastoista on 19-paikkainen osasto, jonka perustehtäviin kuuluu hoitaa psykoosiin sairastuneiden potilaiden kuntoutus. Tämän osaston hoitajat ovat kuukaudesta muutamaan kuukauteen. Tämän kuntoutusosaston tavoitteena on parantaa potilaan sairauden oireiden hallintakykyä sekä antaa potilaalle sosiaalisia taitoja, jotta hän selviytyisi jatkohoitopaikassa. Viimeinen kuntoutuspsykiatrian osasto on nimeltään Nurmijärven psykiatrinen kuntoutuskeskus. Kuntoutuspsykiatrian osaston tavoitteena on edistää potilaiden toimintakykyä ja itsenäistä selviytymistä heidän omassa elinympäristössään. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2013.)

Kuntoutuspoliklinikka on yksi osa psykoosien osastoryhmää. Kuntoutuspoliklinikka on psykoosisairauksien avohoidon tutkimus-, hoito- ja kuntoutusyksikkö kuntien aikuisväestölle. Poliklinikan palvelut ovat Järvenpäässä, Mäntsälässä ja Tuusulassa. Hoitoon hakeutuminen tapahtuu lääkärin läheteellä. Psykoosien osastoryhmän yksi osa on **toiminnallinen kuntoutus**. Toiminnallisen kuntoutuksen vastualueeseen kuuluu tuottaa kuntoutuspalveluita koko psykiatrian tulosyksikölle sekä sairaalassa että avohoidossa. Tavoitteita toiminnallisessa kuntoutuksessa on herättää toivo ja motivaatio, potilaan tulee itse olla aktiivinen toimija toiminnallisessa kuntoutuksessa. Toiminnallinen kuntoutus vahvistaa potilaan voimavaroja ja jäsentää identiteettiä, myös puut-

teelliset taidot ja valmiudet kehittyvät. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2013.)

Nuorisopsykiatrian osastoryhmä

Nuorisopsykiatrian poliklinikat Hyvinkään sairaanhoitoalueella tarjoavat palveluita 13–18-vuotiaille nuorille. Toiminta perustuu avohoitoon sekä tarvittaessa osastohoitoon ja kuntoutukseen. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2013.)

Nuorisopsykiatrian avohoitoon kuuluu nuorisopsykiatrian poliklinikka Järvenpään, Mäntsälän ja Tuusulan alueella palvelee 13–18-vuotiaita nuoria, jotka hakeutuvat nuorisopsykiatriseen arvioon. Keskeinen tavoite toiminnalle on tukea nuoren kasvua ja kehitystä. Hoito alkaa tutkimusjaksolla, jonka jälkeen laaditaan yksilöllinen hoitosuunnitelma. Samalla toiminta-ajatuksella toimii myös poliklinikka Hyvinkäällä ja Nurmijärvellä. Avohoitoon kuuluu myös nuorisopsykiatrian päivä kuntoutusyksikkö. Yksikössä tuetaan nuoren itsetuntoa, itsenäistymistä, vuorovaikutustaitoja ja arjen hallintaa sekä koulunkäyntiä. Kuntoutus koostuu aamu- ja iltapäiväryhmistä. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2013.)

Nuorisopsykiatrian osastot tarjoavat palveluita Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin jäsenkuntien 13–17-vuotiaille nuorille. Osastoja on neljä, joista yksi on kriisi- ja vastaanotto-osasto, kaksi osastoa on tutkimus- ja hoito-osastoja ja lisäksi on vielä kuntoutusosasto. Yksikössä toimii myös Kalliomaan koulu. Osastot ovat 8-9-potilaspaikkaisia. Potilaan hoito ja kuntoutus suunnitellaan sekä toteutetaan yksilöllähtöisesti, mutta myös nuorelle tärkeän lähipiirin kanssa perhelähtöisesti. Yhteistyötä voidaan tehdä myös viranomaisverkoston kanssa. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2013.)

Oikeuspsykiatrian ja vaikeahoitoisten osastoryhmä

Oikeuspsykiatrian 17-paikkainen **akuuttiosasto** on yksi osasto oikeuspsykiatrian ja vaikeahoitoisten osastoryhmää. Tämän osaston perustehtävä on hoitaa oikeuspsykiatrisia potilaita, jotka tarvitsevat hoitoa vaikeahoitoisuutensa vuoksi oikeuspsykiatrisella osastolla. Osastolla tehdään myös mielentilatutkimuksia. Tällä osastolla hoidetaan sekä mies- että naispotilaita. Tavoitteena hoidolle on psyykkisen sairauden oireiden

lievittyminen sekä toimintakyvyn ja ihmissuhdetaitojen parantaminen. Osastolla pyritään myös aggressiivisen käytöksen tunnistamiseen ja hallitsemiseen. Toinen osastoryhmän osasto on **tehostetun psykiatrisen hoidon suljettu osasto**, osastolla on 18 potilaspaikkaa. Tällä osastolla hoidetaan miehiä ja naisia, jotka ovat vaikeahoitoisesta mielisairaudesta kärsiviä potilaita. Osaston henkilökunta on perehtynyt vaikeahoitoisten potilaiden hoitoon ja osastolla on myös turvalliset, strukturoidut puitteet hoidon toteuttamiselle. Kolmas osastoryhmän osasto on **oikeuspsykiatrinen kuntoutusosasto**, jossa on 18 potilaspaikkaa. Tällä osastolla tehdään mielentilatutkimuksia ja pyritään vastaamaan oikeuspsykiatristen potilaiden jatkohoito- ja kuntoutumistarpeisiin. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2013.)

Oikeuspsykiatrian ja vaikeahoitoisten osastoryhmän kuuluvat myös **poliklinikat** Helsingissä ja Kellokoskella. Nämä poliklinikat hoitavat oikeuspsykiatrisia ja vaikeahoitoisia potilaita, jotka ovat mahdollisesti impulsiivisen väkivaltaisia. Näiden potilaiden vastaanottokäynnit tapahtuvat pääasiassa Helsingin poliklinikalla. Helsingin ja Kellokosken poliklinikat hoitavat niitä potilaita, jotka ovat siirtyneet kuntoutuspsykiatrisille osastoille oikeuspsykiatrian yksiköistä. Yksikön palveluihin kuuluu myös työnohjauksellisen tuen tarjoaminen sairaanhoitoalueen psykiatrian poliklinikoille ja terveyskeskuksille. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2013.)

Psykogeriatrian ja neuropsykiatrian osastoryhmä

Toinen psykogeriatrian ja neuropsykiatrian osastoryhmän osastoista on **suljettu neuropsykiatrian osasto** Kellokosken sairaalassa. Osastolla oli 17 potilaspaikkaa. Tällä osastolla tutkitaan ja hoidetaan neuropsykiatrista erityisosaamista tarvitsevia potilaita. Osaston fyysinen ympäristö on selkeä ja se tukee potilaiden toiminnallista ohjausta. Hoitajien työnkuvaan kuuluu neuropsykiatristen potilaiden ongelmien selvittely, niiden hoito ja jatkohoidon järjestäminen. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2013.)

Toinen osastoryhmän osastoista on **akuutti psykogeriatristen potilaiden tutkimus- ja hoito-osasto**. Tällä osastolla on 18 potilaspaikkaa. Keskeinen tehtävä osastolla on vanhusten psykiatristen häiriöiden ja neurologisten sairauksien psyykkisten oireiden tutkiminen ja hoitaminen. Aktiivisella ja kuntouttavalla työotteella pyritään ehkäise-

mään sairauden pitkittymistä ja kroonistumista. Potilaan omatoimista selviytymistä tuetaan. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2013.)

4 PSYKIATRINEN KUNTOUTTAVA HOITOTYÖ

Kuntoutuksen sekä mielenterveyskuntoutuksen käsite on laaja ja osittain epäselvä. Mielenterveysongelmat sekä niiden hoito on muuttunut paljon viime vuosikymmenien aikana. Sitä mukaa, kun tietomme näistä asioista lisääntyy, muuttuu mielenterveysongelmien luonne sekä kuntoutukselle asetettavat haasteet. Mielenterveys-kuntoutuksen käsite muuttuu koko ajan kulttuurin ja yhteiskunnan mukana. (Koskisuus 2004, 10.)

4.1 Mitä on psykiatrinen kuntouttava hoitotyö?

Psykiatrinen kuntouttava hoitotyö on pitkäjännitteistä. Tavoitteena tälle hoitosuhde-työskentelylle on tukea kuntoutujan arkielämän taitoja sekä parantaa kuntoutujan elämänlaatua. Usein mielenterveyskuntoutuja on skitsofreniaa sairastava potilas, joka on ollut jo kauan psykiatrisessa sairaalassa. Skitsofreniapotilaalla korostuvat ajatteluun, havaitsemiseen, kieleen sekä tunteiden ilmaisemiseen ja kokemiseen liittyvät häiriöt. Psykiatrisen kuntouttavan hoitotyön tavoite on, että kuntoutuja oppii päivittäisessä elämässä tarvittavia taitoja, kuten esimerkiksi ruoanlaittoa sekä pankissa asioimista. Kuntoutuja opettelee myös itsetuntemusta sekä tunnistamaan omassa psyykkisessä tilassa tapahtuvia muutoksia. Päämäärä kuntouttavalla psykiatrisella hoitotyöllä on auttaa kuntoutujaa saavuttamaan oma yksilöllinen optimaalinen sosiaalinen, psyykkinen, fyysinen ja taloudellinen toimintakyky ja riippumattomuus. Kuntoutujaa pyritään auttamaan selviämään hänen kasvuaan estävistä tekijöistä, jotta hän pystyisi kohtaamaan ja käsittelemään niitä ja kehittymään mahdollisimman paljon, huomioon ottaen omat resurssit. (Lehtimäki 2005, 6 - 7.)

Psykiatrinen kuntoutus aloitetaan arviointiprosessilla. Arviointiprosessissa arvioidaan henkilön omaa tarvetta kuntoutumiseen eli kuntoutumisvalmiutta. Samalla tehdään erilaisia kuntoutustutkimuksia kuten psykologisia ja neurologisia tutkimuksia. Nuorilla henkilöillä tehdään myös iän mukaisen kehitysasteen ja itsenäistymisen tilanteen arviointi. Arvioinnista ja tutkimuksista tieto kootaan moniammatilliseen yhteenve-
toon, josta sitä voidaan hyödyntää kuntoutussuunnitelmaa tehdessä tai kuntoutuspro-

sessin myöhemmissä vaiheissa. Tieto käydään läpi kuntoutujan kanssa, sillä kysymys on hänen kuntoutumisestaan. Kokonaisarvioinnissa pyritään kartoittamaan myös kuntoutujan vahvuudet, erityisosaaminen, kiinnostuksen kohteet sekä muut kuntoutujaa tukevat voimavarat ja ihmissuhteet. (Rissanen ym. 2008, 199.) Myös Bergdahlin (2009) mukaan potilaan hoitoprosessin tulee olla tavoitteellista ja sisältää jatkuvasti tapahtuvaa arviointia. Sovittujen tavoitteiden ja arvioinnin pohjalta tapahtuu toiminta ja asioihin puuttuminen potilaan kanssa työskennellessä. Arviointia tehdään koko ajan. Potilaan selviytymistä jokapäiväisistä toiminnoista arvioidaan myös. Hoidon tarpeen arvioinnissa tulee huomioida myös potilaan somaattiset sairaudet sekä se miten potilas pystyy somaattisesta terveydestään huolehtimaan. Tällöin hoito on kokonaisvaltaista.

Kuhanen ym. (2012, 100) korostavat, että mielenterveyshoitotyössä potilas tai kuntoutuja nähdään aktiivisena tekijänä ja oman elämänsä ja sairautensa asiantuntijana. Kuntoutuja pyrkii suunnittelemaan ja tulkitsemaan omaa elämäänsä ja kantamaan vastuuta tekemisistään päätöksistä. Kuntoutuksessa korostuu kuntoutujan positiivisten voimavarojen korostaminen. Kuntouttavan työtteen elementteinä korostuvat kuntoutujan voimavarat, toimintakyky sekä elämänhallinnan tunteet. Päämääränä kuntouttavassa toiminnassa nähdään arkielämän taitojen ylläpitäminen ja lisääminen, koska ne voivat heiketä psyykkisen sairauden myötä. Tätä kutsutaan kuntoutuskeskeiseksi lähestymistavaksi.

Kuntouttavassa mielenterveyshoito-työssä lähtökohtana on kuntoutujalähtöisyys, jolloin kuntoutujan omat tavoitteet ohjaavat kuntoutusprosessia. Hoitajan roolina on tässä prosessissa olla kuntoutumisen mahdollistaja sekä yhteistyökumppani, jolla on ammatillista osaamista sekä taitoa tukea kuntoutujan päätöksentekoa taitoja. Kuntoutuminen lähtee kuntoutujasta itsestään, mutta hän voi tarvita kuntoutusprosessin aikana tukea läheisiltä, ammattiauttajilta sekä samassa tilanteessa olevilta henkilöiltä eli toisilta kuntoutujilta. (Kuhanen ym. 2012, 101.)

4.2 Hoitomenetelmät

Valtion mielisairaalan tarkoituksena on tuottaa valtakunnallisia oikeuspsykiatrisia erityistason sairaanhoidollisia palveluita yhteistyössä sairaanhoitopiirien kanssa. Hoidossa käytetään pohjana käypä hoito -suosituksia, mutta toisinaan potilaan hoidossa

joudutaan käyttämään ja soveltamaan erilaisia yksilöllisiä ratkaisuja. Sairaalan potilaista suurimmalla osalla on diagnoosina skitsofrenia. Lisäksi potilailla ilmenee väkivaltaisuutta ja aggressiivisuutta sekä monella heistä on ongelmana päihteiden väärinkäyttö. Useimmilla on takanaan useita hoitajaksoja monissa eri sairaaloissa. Nämä asiat vaativat erityistä huomiota hoitoa ja kuntoutusta laadittaessa, tutkittaessa ja kehitettäessä. Näiden lähtökohtana on moniammatillinen työskentely ja potilaslähtöisyys. Potilas voi alusta asti olla mukana suunnittelemassa omaa hoitoaan. Potilas nähdään biopsykososiaalisena olentona. Hoidon suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin pohjana on tietojärjestelmä, jossa on sairaalan oma hoitosuunnitelmalomake ja potilaan voinnin arviointilomake. Potilailta kerätään tietoa kyselytutkimuksilla ja palautejärjestelmillä hoidon laadusta, tyytyväisyydestä saamaansa hoitoon ja kokemuksistaan kehitettäessä hoitotyötä entistä potilaslähtöisempään suuntaan. Sairaalassa on myös laadunhallintajärjestelmä, jonka on tarkoituksena kehittää hoidon laatua laadunhallintajärjestelmän mukaisesti. (Niuvanniemen sairaala 2009.)

Potilaan hoito aloitetaan useimmiten suljetuimmilla osastoilla sairauden vaikeusasteen ja väkivaltaisuuden vuoksi. Hoidollisen kontaktin luomisen pohjana on lääkehoito, joka mahdollistaa vuorovaikutuksellisten hoitomenetelmien aloittamisen potilaan hoidossa. Potilas siirtyy enemmän vastuuta ja vapautta tarjoaville osastoille sairauden oireiden ja väkivaltaisuuden ollessa hallinnassa. Ennen sairaalasta poistumista potilas harjoittelee oman elämän hallintaa kuntouttavilla osastoilla. Sieltä käsin potilas opettelee lomilla käymistä kuntoutuskodissa, perheen, sukulaisten luona sekä mahdollisessa jatkohoitopaikassa sairaalassa. (Niuvanniemen sairaala 2009.)

Lääkehoito

Lääkehoidon pohjana käytetään valtakunnallisia käypä hoito -suosituksia. Monet sairaalan potilaista sairastavat skitsofreniaa, jonka lisäksi voimakas aggressio tai alttius lääkkeiden haittavaikutuksille, aiheuttavat omia haasteita lääkehoidon toteutukselle. Lääkehoitoa suunniteltaessa huomioidaan hyvän hoitokäytännön periaatteet sekä huomioidaan yksilöllisesti potilaan hyödyt, haitat ja vaste. Monesti lääkehoito mahdollistaa myös hoidollisten vuorovaikutusmenetelmien käyttöön ottamisen potilaan hoitoprosessissa. (Niuvanniemen sairaala 2009.)

Lääkitys on yksi osa mielenterveystyön hoidollista kokonaisuutta. Psykkisten sairauksien hoidossa on olemassa selkeää näyttöä siitä, että lääkitys yhdessä terapioiden ja psykososiaalisten hoitomuotojen kanssa lisäävät positiivisen ennusteen mahdollisuutta ja lievittävät oireita sekä ehkäisevät ennalta sairauksien ja oireiden uusiutumista. Lääkkeiden aloitus ja niiden käyttö pohjaavat aina yhteistyöhön potilaan ja hoitotahojen kanssa. (Kuhanen ym. 2010.)

Potilaan hoitomyönteisyyttä luodaan motivoimalla lääkkeen käyttöön kertomalla sen vaikutuksista sairauden ennusteeseen ja siitä toipumiseen ja keskustelemalla myös potilaan lähipiirin kanssa lääkkeen käytöstä ja sen merkityksestä. Lääkehoito auttaa lievittämään muun muassa ahdistusta, pelkotiloja, alavireisyyttä, unettomuutta, psykoottisuutta ja mielialanvaihteluita. Lääkkeen tehoon ja vasteeseen vaikuttavia tekijöitä ovat potilaan somaattinen tila, ikä ja paino sekä yhteistyö potilaan ja hoitotahon välillä sekä potilaan hoitomyönteisyys. Potilaiden yksilöllisyys on avainasemassa kun punnitaan lääkkeiden haittoja ja hyötyjä. (Kuhanen, Oittinen et al. 2010, 253-)

Psykykenlääkkeet jaotellaan Pharmaca Fennicassa seuraavasti: psykoosilääkkeet eli antipsykootit, masennus- eli depressiolääkkeet, manialääkkeet eli lääkkeet kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön, anksiolyytit eli ahdistuneisuuden hoitoon käytetyt lääkkeet, hypnootit ja sedatiivit, keskushermostoa stimuloivat lääkkeet, tupakoinnin lopettamisen tukena käytetyt lääkkeet ja alkoholi ja huumevieroituslääkkeet. Lisäksi käytetään mielialan-tasaajia tiettyjen psykkisten sairauksien ja oireiden hoidossa. (Kuhanen 2010, 253.)

Hoitosuhtedetyöskentely

Omahoitajakeskustelu on kaiken psykiatrisen hoitotyön ydin. Omahoitaja on yleensä sairaanhoitaja. Myös lähihoitaja, mielenterveyshoitaja tai perushoitaja voi toimia omahoitajana. Omahoitajan tehtävänä on toimia potilaan, tämän läheisten, lääkärin ja muun hoitotiimin jäsenten kanssa. Omahoitajan tehtäviin myös kuuluu koordinoita ja toteuttaa potilaan hoitoa. Omahoitajan lisäksi muutkin henkilökuntaan kuuluvat ovat potilaan ja hänen läheistensä käytössä. Omahoitajan ollessa pidempään poissa potilaalle valitaan korvaava hoitaja. (Iivanainen & Syväoja 2012, 435.)

Jokaisella potilaalla on omahoitaja, joka toimii potilaan tukena koko hoitoprosessin ajan. Potilas voi myös itse valita omahoitajansa. Omahoitaja on turvallinen ja luotettava henkilö, joka auttaa potilasta käsittelemään omia ajatuksia ja tunteitaan. Hän myös kuuntelee sekä kuulee potilasta. Tärkeitä asioita kuuntelemisessa ja kuulemisessa on pyrkiä ymmärtämään potilaan tunteita ja sitä, mitä hän oikeasti tarkoittaa. Hoitajan tulee myös keskittyä käsittelyssä olevaan aiheeseen ja osoittaa luottamusta potilaalle. Potilas tulee hyväksyä juuri sellaisena kuin hän on, sekä auttaa häntä löytämään ratkaisut ja tekemään päätökset. Potilaalle tulee antaa tarpeeksi aikaa keskusteluun. (Hietaharju & Nuutila 2010, 86 - 89.)

Oikeuspsykiatrisessa hoitotyössä on pääasiassa terapeuttiset osa-alueet, jotka auttavat potilasta tiedostamaan, saamaan hallintaan ja käsittelemään väkivaltaista sekä aggressiivista käyttäytymistä. Työnohjaus on tärkeä tukimuoto oikeuspsykiatrisessa hoitotyötä tekeväille, sillä hoitosuhteet ovat pitkiä jopa vuosikausia kestäviä hoitosuhteita. (Niuvanniemen sairaala 2009.)

Yhteisöhoito

Psykiatriassa on hoidon ja kuntoutuksen apukeinona ryhmätoiminta. Se voi auttaa helpottamaan potilaan sosiaalista eristyneisyyttä, tukea elämänhallintaa kompensoimalla menetyksiä ja tukea sisäistä kasvua sekä mukautumista. (Iivanainen & Syväoja 2010, 435.) Oikeuspsykiatrisessa hoitotyössä korostuu yhteisöllisyyden ja ryhmätoiminnan merkitykset. Hoitoyhteisöllä on tässä tärkeä rooli, sillä se toimii säilytyspaikkana potilaan kokemuksille. Yhteisökokouksia pidetään yhdestä kahteen kertaan viikossa. Päivittäiset tehtävät yhteisön sisällä, kuten osaston ja sen ympäristön puhtaanapito, luovat keskeiset rajat yhteisöhoiton toteuttamiselle. Yhteisökokouksissa potilaat voivat jakaa tunteita, keskustella yhteisön ajankohtaisista asioista, suunnitella osaston tulevaa toimintaa sekä pitää alustuskokouksia potilasta koskettavista asioista, kuten lääkehoidosta ja väkivaltaisuudesta. (Niuvanniemen sairaala 2009.)

Osastolla toimivat myös pienryhmät, jotka tekevät jaettuja tehtäviä vuorollaan. Ryhmien tarkoituksena on tukea potilaan tervettä käyttäytymistä, joka tukee sosiaalisten toimintamallien paranemista ja häiriökäyttäytymisen paranemista. Yhteisökokousten ilmapiiriä ja tunnelmaa tarkkaillaan erityisesti kuntouttavilla hoito-osastoilla, näin

ollen saadaan arvokasta tietoa yhteisöhoidon kehittämiseksi. (Niuvanniemen sairaala 2009.)

4.3 Hoitajan tehtävät ja merkitys toivon ylläpitäjänä

Hoitajan tehtävänä on tukea kuntoutujan itsetuntoa ja auttaa näkemään kuntoutujan saavuttamia kehitysaskeleita sekä tukea häntä näiden askelten saavuttamisessa. Kuhanen ym. (2012) mukaan toivon merkitys korostuu erityisesti, kun ajatellaan mielenterveyshoitotyötä ja kuntoutusta ajallisesti. Hoitajan tehtävänä on myös toivon ylläpitäminen sekä sen välittäminen kuntoutujalle yhteistyösuhteen aikana.

Usko ja toivo ovatkin merkittäviä motivaation ylläpitämiseksi. Tällaisessa hoitosuhteessa toivo on merkittävä sekä potilaalle että hoitajalle. Yleensä psykiatrista kuntoutusta tarvitsevan potilaan ongelmat liittyvät ihmissuhteisiin, mistä syystä vuorovaikutussuhde onkin merkittävä osa psykiatrista hoito- ja kuntoutustyötä. Hoitosuhteessa myös potilaiden mielestä on merkityksellistä, että heille välittyy toivon tunne, koska toivon vahvistuminen auttaa kuntoutumistavoitteiden saavuttamisessa, jolloin kuntoutuja pystyy paremmin selviytymään arkielämän haasteista sekä elämään itsenäisemmin. Myös turvallisuuden tunteen tulisi välittyä potilaalle niin, että hoitosuhteessa olisi mahdollista ilmaista tunteitaan ja ajatuksiaan. (Lehtimäki 2005, 7 - 8.)

Hoitajan tulee myös osata päästää irti kuntoutujasta silloin, kun kuntoutuja uskoo riittävästi omiin kykyihinsä. Myönteisiä kokemuksia kuntoutuja saa onnistumisen kokemuksista, mikä edistää tämän hyvinvointia. Hoitaja voi myös kannustaa ja tukea kuntoutujaa eri tavoin elämään oman sairautensa kanssa. Kuntoutujan oma motivaatio vaikuttaa tämän kuntoutumisvalmiuteen sekä haluun ottaa vastuuta itse omasta elämästään ja myös tekemistään valinnoista. (Kuhanen 2010, 102–104.)

Yksi toivon ominaispiirteistä on tämän tunteen välttämättömyys ihmisen elämässä ja myös toivon dynaamisuus. Toivon dynaamisessa prosessissa on erotettavissa viisi ulottuvuutta. Ensimmäinen on affektiivinen ulottuvuus, joka pitää sisällään erilaisia tunnekokemuksia, esimerkiksi luottamus ja rauha, suru, epävarmuus ja varmuus. Toisessa ulottuvuudessa, joka on toiminnallinen ulottuvuus, liittyy toivoon luova sekä aktiivinen toiminta, jotta tavoitteet saavutettaisiin. Kolmas eli kontekstuaalinen ulottuvuus pitää sisällään elämäntilanteita ja olosuhteita, jotka vaikuttavat yksilön toi-

voon sekä ovat yksi osa sitä. Neljäs ulottuvuus on ajallinen ulottuvuus, joku pitää sisällään henkilön menneisyyden mutta myös nykyisyyden ja tulevaisuuden ajallisen kokemuksen suhteessa toivoon. Viides ulottuvuus, suhdeulottuvuus, pitää sisällään vuorovaikutussuhteet. Vuorovaikutussuhde voi olla suhde omaan elämään ja itseen tai toiseen ihmiseen, myös Jumalaan tai muuhun korkeampaan voimaan. Toivo onkin merkittävä asia ihmisen elämässä, niin sairaudessa kuin terveydessä, mutta myös hoitamisessa. Toivoon liitetään yleisesti ominaisuuksia, kuten esimerkiksi se, että toivo on elämän perusta, se on myös vuorovaikutuksellista ja tämän hetken ylittävää. Toivoa voidaan kuvata olemisen, tulemisen ja toiminnan tasolla. Toiminnan tasolla tämä tarkoittaa sitä, että yksilöllä on toivoa, joka konkretisoituu käyttäytymisessä muun muassa selviytymiskeinoina. Olemisen tasolla toivo tarkoittaa tilaa, joka pitää sisällään luottamuksen ”johonkin muuhun”. Tulemisen tasolla toivo pitää sisällään rajojen ylittämistä. Syvin olemus toivossa onkin rajojen ylittämisen tunne, mutta myös pinnallisilla tasoilla toivo pitää sisällään kyvyn nähdä uusia teitä. (Lehtimäki 2005, 10 - 11.)

Hoitotyössä toivo ja sen dynamiikka yhdistetään terveyden edistämiseen. Toivon dynamiikassa on tärkeää ihmisen suhteen omaan jo elettyyn elämäänsä. Tällöin toivon aikaan saaminen edellyttää hoitajan perehtymistä autettavan aikaisempiin elämäntilanteisiin. Terveyden edistäminen ja valinnat terveyden edistämiseksi edellyttävät toivoa, jotta yksilö pystyy sitoutumaan tehtyihin valintoihin. Pitkäaikaista sairautta sairastavalle toivo merkitsee mahdollisuutta parantua uudestaan sekä henkistä tasapainoa. Tutkimuksen mukaan toivoa lisäsivät tieto sairaudesta, nopea hoitoon pääseminen sekä läheisten ihmisten ja hoitohenkilökunnan tuki. Keskeinen merkitys toivon kokemiseen hoitotyön auttamismenetelmänä on läsnäolo. Läsnäolon puute aiheuttaa toivottomuutta, mutta läsnäolo edistää vakavastikin sairaiden toivon kokemista. Toivo voi jopa edistää paranemista sekä sairaudesta toipumista. Myös hoitajille toivo on motivoiva voima. Hoitajille toivon kokemuksia antoivat muun muassa aikaansaaminen, jolla on ollut vaikutusta potilaiden ja heidän läheisten elämään fyysisellä, emotionaalilla tai henkisellä tasolla. Hoitajat kokivat toivoa myös vuorovaikutussuhteissa eli suhteissa työyhteisöön ja potilaisiin sekä heidän perheissä. Tunnustusten saaminen työ-yhteisöltä ja potilailta antoivat myös toivoa. Toivottomuuden kokemuksia aiheuttivat taas liian suuri potilas määrä ja liian pieni henkilökuntakapasiteetti. Paperityöt ja yhteistyön puute kollegoiden tai esimiehen kesken aiheuttivat myös toivottomuutta. Toivottomuutta kokevat hoitajat kokivat myös loppuunpalamista, ja näin ollen he hoitivat potilaita mekaanisesti. (Lehtimäki 2005, 13 - 18.)

Kuntouttavassa psykiatrisessa hoitotyössä toivo olisi syytä identifioida yhtenä merkittävänä hoitajan terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavana tekijänä. Toivo on kuntouttavaa psykiatrista hoitotyötä tekevän työntekijän yksi merkittävä voimavara, se auttaa hoitajaa luomaan uutta sekä näkemään mahdollisuuksia myös vaikeissa työtilanteissa. (Lehtimäki 2005, 45 - 46.)

4.4 Psykiatrisen kuntoutuksen kokonaisvaltaisuus

Rissanen ym. (2008, 191) tuovat esille, että psykiatrinen kuntoutus kohdistuu pääasiallisesti mielisairauksien kahteen kokonaisuuteen: varsinaisten psykoosien eli skitsofreniaryhmän sairauksiin sekä kaksisuuntaisen etenkin mielialahäiriöiden eli pitkäkestoisien hoitoresistenttien psykoottisen masennuksen kuntoutukseen. Rissanen ym. (2008, 199) kuvaavat kuntoutusta pitkäaikaisena prosessina, jonka tarkoituksena on potilaan hyvinvoinnin parantuminen ja itsetunnon vahvistuminen, psyykkisen ja fyysisen tilan sekä ammatillisten valmiuksien vahvistuminen. Kuntoutuksen onnistumisen tärkeänä tekijänä nähdään kokonaisvaltainen ote, jossa huomioidaan myös kuntoutettavan vuorovaikutussuhteet. Järvikoski ja Härkäpää (2011, 33) toteavat, ettei kuntoutus ole vain johonkin tiettyyn ihmisryhmään kohdennettua palvelua tai tiettyyn ongelman vuoksi käynnistytävä toimenpide. Sairauden tai vamman tuomien haittojen lisäksi kuntoutus vaikuttaa myös työttömyyteen, syrjäytymiseen, huono-osaisuuteen tai köyhyyteen liittyvien ongelmien hallitsemisessa.

Koskisu (2004, 11) tuo esille, että tyypillisesti mielenterveystyössä tulee esille diagnosoilähtöinen näkökulma, jolloin puhutaan sairaudesta, kuten masennuksen tai skitsofrenian kuntoutuksesta. Kirjallisuudessa puhutaan tällöin psykiatrisesta kuntoutuksesta. Hän näkee toisaalta kuntoutuksen laajana toimintana, jolla on vaikutusta yksilöön ja hänen ympäristöönsä. Tällöin tarkoituksena on kartoittaa mahdollisia ongelmia, joita ovat esimerkiksi sairaudesta tai oireilusta aiheutuvan hallinnan puuttuminen, toimintakyvyn vajavaisuudet ja erilaiset ongelmat. Tärkeää on löytää mielenterveyteen positiivisesti vaikuttavia tekijöitä.

4.4.1 Ohjaava työote

Kuntoutuksesta tai kuntouttamisesta mielenterveystyössä voidaan puhua myös niin sanottuna ohjaavana työotteena. Ohjaustyötä voidaan pitää terapian ja neuvonnan välimuotona, jonka ytimessä on muutoksenäkökulma. Sen avulla voidaan hahmottaa hyvin myös kuntoutumista ja luoda edellytyksiä kuntoutumiselle. (Narumo 2006, 17.) Narumo (2006, 17) lainaa Spangaria (2000), jonka mukaan ohjauksessa on kyseessä neuvotteluprosessi. Siinä sekä ohjattavalla että ohjaajalla on omat merkittävät roolinsa, joissa molemmat omaa asiantuntemustaan hyödyntäen käyvät keskustelua ja koettavat selkeyttää asioita yhteistyössä. Narumo (2006, 17) lainaa Onnismaata (1998), jonka mukaan ohjausta on myös kuunteleminen ja sen avulla voidaan etsiä asiakkaan omaa ääntä. Narumo (2006, 17) lainaa Mönkköstä (2002), jonka mukaan useilla aloilla asiakaslähtöinen toimintatapa on korvannut asiantuntijalähtöisen ja tällä dialogisuudella asiakas-asiantuntijasuhteessa nähdään olevan hyvät mahdollisuudet edistää asiakkaan hyvinvointia.

4.4.2 Kuntoutuksen prosessi

Psykiatrisen kuntoutustoimenpiteiden aloittamien onnistuu, kun arvioidaan kuntoutujan ajankohtainen kuntoutumisen prosessin vaihe ja siihen soveltuvat toimintamuodot (Rissanen ym. 2012, 201). Kuntoutusprosessi voidaan jakaa useampiin eri vaiheisiin: kuntoutustarpeiden ja voimavarojen arviointi, kuntoutussuunnitelman tekeminen, toteutus ja arviointi. Vaiheita ei voi erikseen arvioida, sillä ne toteutuvat kuntoutuksen aikana päällekkäin ja limittäin. (Kuhanen ym. 2012, 102.)

Potilaan kuntoutusta ja hoitoa on myös vaikea erotella toisistaan, koska voidaan ajatella, että potilaan ensimmäisestä yhteydenotosta esim. avohuoltoon alkaa kuntoutusprosessi. Pitkään sairastuneen hoidossa kuntouttavat elementit voivat olla erilaiset kuin ensimmäistä kertaa sairastuneen. Kyse on kuitenkin kuntoutusprosessista. (Kuhanen ym. 2012, 102.)

Kuntoutumisessa täytyy nähdä kuntoutuja kokonaisvaltaisesti. Tämän tarkoituksena on ehkäistä kuntoutujan syrjäytymistä ja tukea yhteiskunnassa selviytymistä. Kuntoutuksen tarkoituksena on esimerkiksi auttaa potilasta asumis- ja raha-asioden hoitami-

nessa, virastoissa asioimisessa sekä helpottaa opiskelemaan ja työhön pääsemistä. Toimintakyvyn laskun vaikutuksesta myös arkielämän taidot vaativat harjoittelua ja vahvistamista. Kuntoutuskodeissa ja palvelukodeissa näiden taitojen harjoittelu on keskeisessä asemassa. Siellä voidaan harjoitella muun muassa ruoanlaittoa, vaatehuoltoa, siivousta, oman hygienian hoitamista sekä kaupassa käymistä. (Kuhanen ym. 2012, 102.)

Kuhasen (2012) mukaan kuntoutusprosessissa huomioidaan myös kuntoutujan sosiaalisten vuorovaikutussuhteiden tukeminen, hänen sairautensa ymmärtäminen sekä selviytymiskeinojen läpikäyminen tulevaisuutta varten. Kuntoutujan kaikki elämänosat huomioidaan. Usein kuntoutus onkin moniammatillista ja verkostokeskeistä työtä. Kuntoutumisen tukeminen on monesti arjen tilanteissa tukemista ja tapahtuu sosiaalisessa vuorovaikutuksessa. Kuntouttavassa toiminnassa korostuu hoitajan ja muiden ihmisten kanssa tekeminen ja ryhmiä pidetäänkin yhdestä parhaimmista kuntoutusmuodoista.

Järvikoski ja Härkäpää (2011, 33) ovat huomioineet verkostokeskeisen näkökulman, jossa kuntoutukseen liitetään myös toiminnan monialaisuus ja ammatillisuus. Kuntoutusprosessissa on erilaisia toimenpiteitä, joissa hyödynnetään eri ammattikuntien edustajien asiantuntemusta. Kuntoutuksen osa-alueina on hoidollisia, ohjaavia, valmentavia, sopeuttavia ja opettavia toimenpiteitä. Siihen liittyy myös toimintaympäristöön ja sosiaaliseen yhteisöön vaikuttaminen, työolosuhteiden muuttaminen, elinympäristön esteiden poistaminen, työyhteisön kehittäminen ja asenteiden muuttamiseen liittyvät toiminnot ovat keskeinen osa kuntoutustoimintaa.

Yhteisöllisyys on yksi keino tukea kuntoutumista. Tärkeitä toimintamuotoja ovat tutkimusten mukaan erilaiset päivä-, työ- ja toimintakeskukset sekä sosiaaliset klubit. Vapaaehtoisuus ja monipuolinen tekeminen auttavat kuntoutusprosessin etenemistä. Erityyppiset retket, matkat ja tutustumiskäynnit olisivat myös tarpeellisia yhteisöllisyyden tukemiseksi ja syrjäytymisen ehkäisemiseksi. (Kuhanen 2012, 102.) Jari Koskisu (2003, 34) korostaa, että kuntoutumisessa on ensijaisesti kysymyksessä kuntoutujan oman vastuun, tahdon, tavoitteiden löytämisestä ja vaalimisesta. Kuntoutumisen aikana, opetellaan tahtomaan, etsimään omaa tietä, tekemään omia valintoja sekä toimimaan itse. Tällä ei tarkoiteta yksinäisyydessä tai yksin kuntoutusprosessissa olemista, vaan toisten tuella oman näköisen elämän rakentamista. Kuhanen (2012) on huo-

mioinut, että hoitajan tehtävänä on olla kuntoutujan rinnalla ja auttaa sekä kannatella tätä kuntoutusprosessin aikana. Hoitajan on myös osattava päästää irti, kun kuntoutuja alkaa luottaa omiin kykyihinsä. Keskeisin ajatus koko kuntoutusprosessissa on, että potilas oppii elämään ja selviämään arjessa sairautensa kanssa. Kuntoutujan kuntoutusvalmiuteen vaikuttavat motivaatio, halu vastata elämästään ja omista valinnoistaan.

Narumo (2006, 17 - 18) lainaa Vileniä ym. (2002, 23) todeten, että ohjauksen tarkoitus on tarjota vuorovaikutukselle aikaa ja tilaa omien asioiden käsittelemiseen ja luoda tasa-arvoinen asetelma asiakkaan omaehtoisuutta tukevan keskustelun syntymiseen. Asiakkaan tehtävä on tuoda omia asioitaan yhteiseen pohdintaan ja ottaa itse vastuu omasta toiminnastaan tai toiminnasta pidättäytymisestään ohjauskeskustelujen pohjalta. Keskusteluista tehdään yhdessä asiakkaan kanssa johtopäätöksiä mutta ei syvällisiä tulkintoja tai analyyskejä kuten terapiassa. Keskeisessä roolissa on asiakkaalla jo olevien voimavarojen tukeminen, arjen ongelmien ratkaisussa auttaminen ja voimaantumisen kokemuksen tuottaminen. Yhdessä kokeminen ja kokemusten jakaminen on myös olennainen osa ohjausprosessia.

Kuhanen ym. (2012, 104) korostavat, että hoitajan on tärkeää tunnistaa omat arvonsa kuntoutusprosessin aikana, sillä potilaan arvot voivat olla erilaiset. Hoitajan hyvä ei ole välttämättä potilaan hyvä. Potilas ei välttämättä ole sen kuntoinen sairautensa tai heikontuneen toimintakykynsä vuoksi, että kykenisi arvioimaan omaa hyvänsä. Tärkeintä on keskustella avoimesti asiasta, ja hoitajan tehtävänä on tarjota potilaalle ammattitaitonsa avulla mahdollisuuksia ja tukea, josta hän ei ehkä aikaisemmin tiennyt. Muutos voi tuntua osalle kuntoutuvista potilaista pelottavalta, koska se vaatii työskentelyä oman sisimpänsä kanssa. Tällöin hoitajan tehtävänä olisi olla tukeva rinnalla kulkija, jotta potilas uskaltaisi ottaa uuden askeleen kuntoutuksen polulla.

Narumon (2006, 18) mukaan ohjaavan ja hoitavan työtteen erottaa siitä, että psykiatrisessa hoidossa keskitytään psyykkisten oireiden helpottamiseen ja selvitetään oireiden alkuperä ja niitä ylläpitävät tekijät, kun taas kuntouttavassa ohjauksessa olennaista on tunnistaa kuntoutumisen mahdollisuudet ja yhteiskunnan palvelujen hyödyntämien kuntoutumisen tukikeinona. Ohjaus ei ole myöskään opettamista tai neuvontaa, sillä ohjaajalla ei yleensä ole valmiita vastauksia tai tietoa, jota asiakas tarvitsisi, vaan niitä etsitään yhdessä ohjauksen aikana. Olennaista ovat asiakkaan omat näkökulmat ja

käsitys omasta kuntoutumisesta ja rohkaiseminen tekemään omia valintoja. (Narumo 2006, 20.)

Kuntoutusprosessin sisältö

Kuntoutusprosessi etenee Lähteenlahden (2008, 203) mukaan seuraavasti:

1. Kuntoutusvalmiuden herättämisen eli sitoutumisen vaiheen aikana kiinnitytään kuntoutukseen eli motivoitutaan muutokseen, oma tarpeita ja sitoudutaan työskentelyyn.
2. Aktiivisen työskentelyn vaiheessa oivalletaan kuntoutusprosessi ja se mihin kuntoutumisessa kannattaa keskittyä tässä vaiheessa; mihin valmentaudutaan nyt (sairauden hallintaan, arkielämän valmiuksiin, opintoihin, töihin) ja mihin seuraavaksi suuntaudutaan. Tämä vaihe koostuu määräämiskäytännöistä, jotka auttavat turvaamaan tavoitteen säilyttämisen muistissa.
3. Seurantaan siirtymisen vaiheessa säännöllisesti arvioidaan, milloin on riittävästi valmiuksia siirtyä kevyemmän tuen piiriin (sairauden hallinta, elämäntaidot ja sosiaalinen verkosto ovat olemassa) Huomioidaan kuntoutusyksikön ulkopuoliset tukitoimet, joihin kuntoutujan tulisi valmentautua.
4. Seurannan vaiheessa eli kuntalaisena elämisen vaiheessa huolehditaan riittävästä tuesta, jotta kuntoutuja tulee toimeen peruspalveluissa (lääkehoidon toteutuminen, valmiudet toimia muuttuvissa elämäntilanteissa, kriisinhallintakeinot).

Kuntoutussuunnitelma

Järvikosken ja Kuhasen (2004) mukaan tavoitteellisuus on tyypillistä kuntoutumisessa. Tavoitteena on ihmisten elämäntilanteen muutos ja selviytymiskyvyn paraneminen omassa toimintaympäristössä tai arkielämässä selviytymisessä. Kuhanen (2012) näkee kuntoutuksen tavoitteellisena ja suunnitelmallisena toimintana, jossa kuntoutuja ja hoitaja miettivät yhteistyössä tavoitteita sekä keinoja tavoitteiden saavuttamiseksi. Rissanen ym. (2004, 199) korostavat kuntoutussuunnitelman tärkeyttä kuntoutusinterventiona, jonka avulla kuntoutuja kykenee hahmottamaan omaa tilannettaan. Kuntoutussuunnitelmassa hahmotetaan kokonaisvaltaisesti sekä kattavasti kuntoutujan nyky-

tila sekä voimavarat. Sen tarkoituksena on myös huomioida sairauden aiheuttamat erityisvaikeudet tavoitteen saavuttamisessa, samoin kuntoutujan kyvyt, vahvuudet, erityisvalmiudet ja muut voimavarat. Kollanen (2007) kirjoittaa, että mielenterveys-työssä on tärkeää tunnistaa tekijät, jotka vaikuttavat potilaan elämänlaatuun. Elämänlaatuun voidaan sisällyttää potilaan käsitys itsestä, tyytyväisyys elämään, sosioekonomiset tekijät sekä terveys ja toimintakyky. Potilaat toivovat enemmän aikaa hoitajilta sekä yhteistä tekemistä. Tutkimusten mukaan olisi tärkeää selvittää, miten hoitotyöntekijät kokevat omat valmiutensa tukea ja miten he vahvistavat mielenterveyspotilaan kuntoutumista.

Kuntoutumisessa saadaan parempia tuloksia, mikäli kuntoutuja on mukana elämäänsä koskevien päätösten suunnittelussa sekä tekemisessä. Tavoitteiden tulisi olla kuntoutujalähtöisiä ja mielekkäitä, kuntoutuja olisi valmis työskentelemään näiden saavuttamiseksi ja vahvistuisi positiivisten kokemusten ja onnistumisen kautta. Kuntoutustavoitteiden tulisi olla konkreettisia, pidemmän aikavälin tavoitteita sekä pienempiä välitavoitteita, joiden avulla onnistumista on helpompi arvioida. (Kuhanen ym. 2012, 104.)

Arvioinnin tulisi tapahtua säännöllisin väliajoin. Pienempiä välitavoitteita voi arvioida hoitajan kanssa ja suurempia pitkän aikavälin tavoitteita verkostossa. Tavoitteita peilataan kuntoutussuunnitelman sisältöön, joka ohjaa kuntoutumista ja on mukana arvioinnissa. Kuntoutussuunnitelma pitää olla myös kuntoutujalla itsellään ja viikko-ohjelmassa näkyvillä, sillä välttämättä kuntoutuja ei muista viikkoja sitten tehtyjä tavoitteita. Hoitajan on myös hyvä käydä läpi kuntoutujan omia toiveita kuntoutumisen suhteen, sillä välttämättä verkoston läsnä ollessa kuntoutuja ei kykene tuomaan omia toiveitaan esille, vaikka haluaisikin. (Kuhanen 2012, 106.)

Työ ja toiminnallinen terapia ja kuntoutus

Toiminnallinen kuntoutus on yksi osa potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Päämäärä toiminnallisella kuntoutuksella on tukea sekä kannustaa potilasta omien voimavarojen hyödyntämiseen sekä uusien taitojen oppimiseen. Tavoitteena on ylläpitää toimintakykyä, tukea itseluottamusta ja edistää sosiaalisia taitoja. Potilaille pyritään antamaan positiivisia kokemuksia. Toiminta tukee myös säännöllisen vuorokausirytmien hallintaa

ja on potilaslähtöisesti suunniteltua. Potilaan kehittyessä työtoiminnassa on hänellä mahdollisuus edetä vaativimpiin tehtäviin. (Vanha Vaasan sairaala 2013.)

Toimintaterapia toteutetaan toimintaterapeutin ohjaamana. Toimintaterapiassa toimintaa käytetään kuntoutumisen apuvälineenä tavoitteellisesti ja suunnitellusti. Keskeistä on tukea potilaan omatoimisuutta ja voimavaroja. Keskitytään potilaalle tärkeisiin asioihin ja toimintoihin. Pyritään löytämään yhteistyössä potilaan kanssa ratkaisuja jokapäiväisiin haasteisiin niin, että potilas pystyisi huolehtimaan itsestään, käymään töissä tai opiskelemaan ja viettämään vapaa-aikaa rajoituksistaan huolimatta. (Vanha Vaasa 2013.)

Taideterapiaa käytetään kuntoutus- ja hoitomuotona, jossa käytetään hyväksi taiteen eri muotoja, kuten tanssia, musiikkia, kuvaa ja kirjallisuutta. Näitä käytetään vuorovaikutuksen parantamiseksi ja potilaan yksilöllisten tavoitteiden saavuttamiseksi. Terapiaa voidaan toteuttaa yksilöllisesti tai ryhmässä potilaan voimavarojen ja tarpeiden mukaisesti. Terapian tavoitteena on antaa potilaalle erilaisia väyliä ja keinoja itsensä ilmaisuun ja kehittämiseen, itsetunnon vahvistamiseen sekä kasvamaan vuorovaikutussuhteissa. (Niuvanniemen sairaala 2009.)

Fysioterapialla on oma osansa potilaan kokonaisuhoiton onnistumisessa. Se on tavoitteellista ja suunnitelmallista toimintaa ryhmässä tai yksilöterapiana. Yksilöterapiaan potilas tarvitsee lähetteen. Ryhmätoiminta tapahtuu osaston sisällä ja kaikilla potilailla on mahdollisuus osallistua siihen. Ryhmässä venytellään, tehdään rentoutumisharjoituksia ja jumpataan. Fysioterapia tuo työkaluja siihen, miten potilas onnistuisi hahmottamaan oman kehonsa ja pystyisi käyttämään sitä hyödyksi ehjän minäkuvan rakentamisessa. Lisäksi terapiaan kuuluu somaattisten vaivojen kuntoutus ja ergonomian ohjaus. (Niuvanniemen sairaala 2009.)

Toimintaterapeutin työtehtäviin kuuluu myös toimintakyvyn arviointien tekeminen. Lääkäri tekee lähetteen toimintaterapeutille toimintakyvyn arviointiin, joka perustuu työryhmän pohdintaan ja hoitosuunnitelmaan. Lähetepyyntöissä käy ilmi myös arvioinnin laajuus. Arvioinnin tarkoituksena on kartoittaa laajasti niitä tekijöitä, jotka vaikuttavat potilaan toimintakykyyn tai siinä voidaan keskittyä tarkkailemaan yhtä osaa aluetta, esimerkiksi ajankäyttöä tai päivittäistä selviytymistä. Toimintakyvyn arvioinnissa kuvataan, miten psyykinen häiriö vaikuttaa potilaan toimintaan tai päivittäisiin

asioihin. Arvioinnissa potilas saa palautetta oman toiminnan onnistumisesta, ja se käydään läpi yhdessä potilaan ja hoitavan työryhmän kanssa. (Niuvanniemen sairaala 2009.)

Niuvanniemen sairaalassa on tarjolla useita toimintaterapiamuotoja, niin liikunnallisia kuin taiteellisia. Potilailla on mahdollisuus säännölliseen ja suunniteltuun liikuntaan sairaalan omissa tiloissa. Liikunta tuo potilaalle mielihyvää ja pitää yllä potilaan psyykkistä ja fyysistä toimintakykyä. Liikunta on mahdollista toteuttaa ryhmässä, ja tarvittaessa on mahdollisuus toimia myös yksilöllisesti. Sairaalassa on myös puutarhaterapiaryhmä sekä terapiatalo, jossa toimii kolme työterapiapistettä: kudonta, askartelu ja tekninen työ. (Niuvanniemen sairaala 2009.)

Vanhan Vaasan sairaalassa toimintaterapia toteutuu yksilö- ja ryhmämuotoisena. Toiminnallinen kuntoutus pitää sisällään esimerkiksi käsitöitä, askartelua, pihatöitä, puutöitä ja remonttiryhmä. Myös liikunnallista kuntoutusta on tarjolla. (Vanha Vaasa 2013.)

Kellokosken sairaalassa psykoosien osastoryhmä vastaa toiminnallisesta kuntoutuksesta sairaalassa ja avohoidossa oleville. Tavoitteena on toivon ja motivaation herättäminen sekä toiminnallisen identiteetin jäsentyminen. Potilaan voimavaroja pyritään vahvistamaan ja puutteellisia taitoja sekä valmiuksia kehitetään. Potilaan tulisi itse olla aktiivinen toimija. Toiminnallinen kuntoutus pitää sisällään liikuntaterapiaa, fysioterapiaa, toimintaterapiaa, kuntoutusohjausta, ohjaustoimintaa, musiikkiterapiaa, kuvataideterapiaa ja työtoimintaa. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2013.)

5 MIELENTERVEYSKUNTOUTUKSEN HAASTEET

Mielenterveyskuntoutus kaipaa selkeää profiilin kirkastamista, ettei se jäisi paisuvan hoidon tarpeen ja hoitoon suunnattavien voimavarojen jalkoihin. Kehittyvä mielenterveyskuntoutus ehkäisee sairauden uusiutumista, mikä parhaimmillaan ehkäisee ja ylläpitää sellaista toimintakykyä sekä tuotteliaisuutta, joka ehkäisee elämästä syrjäytymistä sekä säästää kansanterveyskuluja. (Laukkanen ym. 2006, 252.)

5.1 Oikeat potilaat oikeanlaiseen kuntoutukseen

Mielenterveyskuntoutukseen ohjaaminen ja toimivien hoitoketjujen löytyminen ovat yksi suurimmista tulevaisuuden haasteista. Voimavarojen ollessa rajalliset olisi tärkeää, että mahdollisimman varhaisessa vaiheessa pystytään ohjaamaan oikeat potilaat. Oikeaan heille soveltuvaan kuntoutukseen. (Rissanen ym. 2008, 181.) Toimenpiteiden tehostaminen on tärkeää jo nuoruusiässä, koska silloin voidaan tavoitella yhä enemmän parempaa toimintakykyisyyttä ja jopa täyttää toipumista myös vakavimmissa mielenterveyshäiriöissä. Uusi lisääntyvä tutkimustieto on saatava hyötykäyttöön esimerkiksi neuropsykologisen kuntoutuksen menetelmät, sekä mielenterveyskuntoutuksen vaikuttavuudesta on käynnistettävä tutkimuksia. (Laukkanen ym. 2006, 252.)

Eskola ja Karila (2007) kirjoittavat kirjassaan Mielenterveydenhäiriöt ja työkyvyttömyys. Salmisen mukaan työkyvyttömyyseläkkeelle johtavat useimmin mielialahäiriöt mielenterveyshäiriöistä, eivät psykoosit. Mielialahäiriöiden lisäksi sairauspäiväraha-kausia aiheuttivat stressihäiriöt ja neuroosit. Työelämän haasteellisuuden sekä vaatimuksen lisääntyessä ja jatkuessa pitkään voi yksilö uupua ja jopa masentua. Eläkkeiden ja sairauslomien taustalla voi mielenterveydenhäiriöiden lisäksi olla myös yhteiskunnallisia tekijöitä. Kilpailuyhteiskunta aiheuttaa lisääntyvässä määrin stressiä, eikä se kykene hyödyntämään kaikkien tarjoamaa työpanosta. Salminen suosittelee perusterveydenhuoltoa tarjoamaan lisää kriisiluonteisia neuvontapalveluita sekä psykoterapiapalveluita; näihin palveluihin tulisi olla helppoa hakeutua. Salminen pitää tärkeänä, että mielenterveyden häiriöiden hoito ei muuttuisi pätkäterapiamuotoiseksi, joka palvelisivat tuotantovoimien tarvetta.

Tärkeää olisi myös sopia kuntoutuksen työnjaosta, porrasteisuudesta, koordinaatio-, suunnittelu ja ohjausvastuusta eri toimijoiden kanssa (perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoito, Kela ja kolmas sektori) sekä saada toimenpiteisiin riittäviä varoja ja tarpeeksi henkilökuntaa. (Laukkanen ym. 2006, 252.)

5.2 Potilaan osallistuminen omaan hoitoonsa

Latvala (1998, 61 - 62) on tutkinut pro gradu -tutkielmassaan sitä, mitä laitosympäristössä tapahtuva psykiatrinen hoitotyö on. Ydinkategoriaksi psykiatrisessa hoitotyössä hän kuvaa psykiatrisen potilaan selviytymistä arjessa. Tämä arjessa selviytyminen on yhteydessä tavoitteiden määrittelyn ja hoitotyön tarpeen kanssa sekä liittyy käytettyihin auttamismenetelmiin. Latvala kuvaa erilaisia hoitotyön tyyppejä psykiatrisessa hoitotyössä. Nämä hoitotyön tyypit nimettiin varmistavaksi, kasvattaviksi tai yhteistoiminnallisiksi. Varmistava psykiatrinen hoitotyö pitää sisällään kontrolloinnin ja auktoriteeteista riippuvaisuuden, potilaan tarpeiden määrittäminen perustuu autoritaariseen malliin. Ideaalimallin mukainen toiminta on keskeistä kasvattavassa psykiatrisessa hoitotyössä eli hoitotyötä toteutetaan asiantuntijan valitseman mallin mukaan. Ideaalimalli ohjaa hoitotyön tarpeiden valintaa. Yhteistoiminnallisessa mallissa potilaan tarpeet ja tilanne sekä hänen näkemyksensä niistä ovat keskeisiä, kun määriteltiin hoitotyön tarpeita. Potilaan todellisuuden kohtaaminen on keskeistä yhteistoiminnallisessa psykiatrisessa hoitotyössä. Latvalan (1998, 71) mukaan psykiatrisen potilaan arjessa selviytyminen on tiiviisti yhteydessä potilaan osallistumiseen sekä omien mahdollisuuksien ja resurssien käyttöön hoidossa. Tutkimuksen aineiston mukaan laitosympäristössä potilas osallistuu kuitenkin harvoin aktiivisesti omaan hoitoonsa. Hoitotyötä toteutetaan perinteisesti, jolloin on potilas ottaa passiivisesti hoidon vastaan.

Lehtimäen (2005, 15) mukaan läsnäolo on yksi keskeinen tekijä hoitotyön auttamismenetelmänä. Läsnäolo edistää potilaiden toivon kokemista, ja läsnäolon puute herättää puolestaan toivottomuutta. Keskeinen haaste hoitotyöllä onkin toivoa luovan ja ylläpitävän hoitosuhteen aikaansaaminen.

6 OPINNÄYTETYÖN TEHTÄVÄ

Opinnäytetyömme **tarkoitus** on selvittää, miten oikeuspsykiatrian alueella tehty tutkimus kuvaa psykiatrista kuntoutusta. Perehdymme aihealueeseen myös muun kirjallisuuden avulla. Lisäksi tarkoituksena on selvittää, missä oikeuspsykiatrista hoitotyötä on Suomessa? **Tavoitteena** on tehdä opetusaineistoa mielenterveystyön opetukseen Mikkelin ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutukseen.

Tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

- Missä oikeuspsykiatrista hoitoa annetaan Suomessa?
- Mitä oikeuspsykiatrinen kuntoutus on?

7 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄLLISET RATKAISUT

7.1 Kirjallisuuskatsaus

Johansson ym. (2007) lainaavat Leino- Kilpeä (2007) määritellessään tieteellistä tietoa. Tieteellistä tietoa on vain silloin, mikäli tieto on julkista; kaikkien on mahdollista arvioida ja käyttää sitä. Kirjallisuuskatsaus tehdään siten, että siihen tulee koottua tietoa joltakin tietyltä rajatulta alueelta. Usein kirjallisuuskatsaus tehdään siten, että valmis työ vastaa johonkin kysymykseen eli tutkimusongelmaan. Kirjallisuuskatsaukset edellyttävät, että aihetta on tutkittu aikaisemmin.

Pudas-Tähkä ja Axelin (2007) lainaavat Lippiä (2003), jonka mukaan kirjallisuuskatsauksessa vastausten löytämisen ehtona on tutkimuskysymyksen asettaminen. Tutkimussuunnitelmasta on myös hyötyä aiheen valinnan taustoittamisessa. Pudas-Tähkä ja Axelin (2007, 50) lainaavat Magareytä (2001), joka pitää tiedon hakustrategian huolellista dokumentointia tärkeänä, jotta prosessia voitaisiin pitää kirjallisuuskatsauksen prosessin mukaisena ja tieteellisesti validina. Huolellisen dokumentoinnin toinen hyöty on se, että joku toinen tutkija voi myöhemmin toistaa kirjallisuuskatsauksen.

Tiedonhakuprosessimme aloitimme ensin etsimällä tietoa kuntouttavasta psykiatrisesta hoitotyöstä. Opinnäytetyön aiheemme hieman tarkentuessa laajensimme tiedonhakuprosessimme koskemaan myös oikeuspsykiatriaa ja etenkin syyntakeettomia rikoksen tehneitä henkilöitä. Olemme pyrkineet laajasti etsimään tietoa näistä aihealueista, olemme pyrkineet käyttämään myös vieraskielisiä lähteitä. Myös yliopistojen opin- näytteitä, olemme etsineet eri kirjastojen avulla.

Meidän tutkimuksessamme tutkimusten ja muiden lähteiden etsinnässä käytettiin hakusanoina sanoja oikeuspsykiatria, rött psykiatrisk, lääkehoito, psykoedukaatio sekä mielenterveystyö. Oikeuspsykiatria ja psykoedukaatio sanat katkaistiin käyttämällä kysymysmerkkiä, joita käytetään katkaisumerkinä käyttämässämme eri kirjastojen

tieto-kannoissa Helka, Jokunen, Nelli ja Josku. Hakuihin tehtiin rajaus vuosille 2003–2013. Haku suoritettiin syyskuusta 2012 maaliskuuhun 2013, joten mukana ovat siihen mennessä julkaistut aiheeseen liittyvät tutkimukset, artikkelit ja muut julkaisut. Elektronisia artikkeleita etsittiin myös ARTO-artikkelitietokannasta.

Pudas-Tähkä ja Axelin (2007, 54) lainaavat Jeffersonia ja Zarraa (2007) todetessaan, että systemaattisia kirjallisuuskatsauksia tehdään nykyisin runsaasti ja niiden tekeminen on suosittua. Kirjallisuuskatsauksien suuri määrä voi aiheuttaa myös ongelmia, mikäli tutkijat tekevät niitä ja julkaisevat uudelleen vanhoja tuloksia vain saadakseen lisää julkaisuja itselleen.

Kirjallisuuskatsauksesta saamamme vastaukset tutkimuskysymyksiin on tiivistetty taulukoihin, jotka on kuvattu raportin tuloksina. Taulukot muodostuvat tutkimuskysymystemme mukaisesti: 1. Missä oikeuspsykiatriasta hoitoa Suomessa annetaan? 2. Mitä oikeuspsykiatrinen kuntoutus on?

Kirjallisuuskatsauksemme on kertovaa eli narratiivista. Salmisen (2011) mukaan se on kirjallisuuskatsauksien muodoista kevein ja mahdollistaa aiheen laajan, esimerkiksi historiallisen tai kehityskulkua kuvaavan käsittelyn. Narratiivisen kirjallisuuskatsauksen tutkimusaineistoa ei ole välttämättä seulottu systemaattisesti. Sitä on käytetty paljon muun muassa opetusalaissa, sillä sen avulla voidaan saada ajantasaista tutkimustietoa, josta opiskelijat voivat hyötyä. (Salminen 7, 2011.)

Narratiiviset katsaukset voidaan jakaa toimituksellisiin, kommentoiviin ja yleiskatsauksiin. Toimituksellinen katsaus on julkaisun päätoimittajan tai vierailevan kirjoittajan tekemä suppeahko kirjallisuuskatsaus joka nojaa artikkelin tai lehden teemaan. Kommentoivien katsauksien tarkoituksena taas on keskustelun herättäminen, eikä katsauksen tarvitse olla objektiivinen. Yleiskatsaus on toteuttamistavoista laajin ja useimmin käytetty. Sen tavoitteena on aiempien tutkimusten tiivistäminen. Analyysi on muodoltaan kuvaileva ja yhteenvedo ytimekäs ja looginen. (Salminen 7, 2011.) Me käytämme sitä, koska halusimme tehdä yhteenvedon psykiatrisesta kuntoutuksesta oikeuspsykiatrisessa hoitotyössä.

7.2 Luotettavuus ja eettiset kysymykset

Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa voi käyttää erilaisia tapoja. Reliabiliteetti tarkoittaa tutkimuksen mittaustulosten toistettavuutta, joka voidaan todeta monella eri tavalla, esimerkiksi jos kaksi tutkijaa päätyy samaan tulokseen tai samaa henkilöä tutkittaessa eri tutkimuskerroilla saadaan sama tulos. Toinen tapa arvioida tutkimuksen luotettavuutta on validius eli pätevyys eli mittarin kyky mitata juuri sitä asiaa, mitä oli tarkoitus mitata. Tutkija käsittelee kuitenkin tutkimustuloksia oman ajatusmallinsa mukaisesti. Näin ollen tuloksia ei voida pitää pätevinä. (Hirsijärvi ym. 2004, 216 - 217.)

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen eri vaiheet pitää alistaa kriittiselle arvioinnille, että voidaan arvioida, miten luotettavaa katsauksen avulla saatu tieto oikeasti on. Katsauksen tekemisen vaiheet ovat täten samanlaiset empiirisen tutkimusprosessin kanssa. Kun arvioidaan haun onnistumista, tulisi kiinnittää huomiota ainakin siihen, miten edustavasti aiheeseen liittyvää tietoa on kartoitettu. Kaikki prosessin aikana tehty työ tulee kirjata huolellisesti, että katsauksen lukijat pystyvät seuraamaan katsauksen tekijöiden työskentelyprosessia ja omalta osaltaan arvioimaan, kuinka luotettavia saadut tulokset ovat. (Pudas - Tähkä & Axelin 2007, 53.)

Olemme omassa tutkimuksessamme varmistaneet luotettavuutta. Olemme kuvanneet tiedonhakuprosessia ja olemme valinneet työhömmme luotettavia lähteitä. Lähteet on myös rajattu viimeisimpiin tutkimuksiin.

Eettisyys alkaa tutkimuskohteen tai -ongelman valinnasta. Täytyy tietää, kenen ehdoilla valitaan tutkimusaihe ja miksi ryhdytään tutkimukseen. Tutkimustyössä välteetään epärehellisyyttä koko tutkimuksen ajan. Tähän periaatteeseen sisältyy se, että muiden tekstiä ei plagioida. Jos toisten tekstiä tarvitsee lainata, täytyy olla näkyvillä asianmukaiset lähdemerkinnät. Ei pidä myöskään vähätellä muiden tutkijoiden osuutta. Jos tutkimukseen on osallistunut useampi henkilö, ei kukaan voi ottaa tutkimusta omiin nimiinsä. Myös tuloksiin tulee suhtautua epäilevästi, niitä tulee kritisoida, kaunistelua tulee välttää. Tutkimuksessa käytetyt menetelmät tulee myös kertoa tarkasti. (Hirsijärvi ym. 2004, 25 - 28.) Omassa opinnäytetyössämme eettisyys on varmistettu siten, että emme ole plagioineet toisten tekstiä. Olemme kuvanneet tarkasti tekemämme kirjallisuuskatsauksen.

9 TULOKSET

Opinnäytetyössämme haimme vastauksia kysymykseen missä oikeuspsykiatrasta hoitoa tarjotaan suomessa ja mitä oikeuspsykiatrinen hoito on. Näihin kysymyksiin olemme vastanneet kirjallisuuskatsauksessamme. Kirjallisuuskatsauksen tiivistämme tähän lukuun tuloksiksi, jotka esitämme taulukko muodossa, (taulukko 1 ja taulukko 2).

TAULUKKO 1

Missä oikeuspsykiatrasta hoitoa Suomessa annetaan?

Seuraavassa on kuvaus osastoista ja potilasryhmistä Suomen kolmesta oikeuspsykiatrasta hoitoa tarjoavista sairaaloista: **Kellokosken sairaala** (Kellokosken sairaalan www-sivut.) **Niuvanniemen sairaala** (Niuvanniemen sairaalan www-sivut.)

Vanhan Vaasan sairaala (Vanhan Vaasan sairaalan www-sivut).

Osastot	Potilasryhmät
<p>Kellokosken sairaalassa: Mielialahäiriöiden osastoryhmä pitää sisällään:</p> <ul style="list-style-type: none"> - akuuttipsykiatrian - mielialapoliklinikan (Järvenpään, Mäntsälän ja Tuusulan alueella) - avohoidon akuuttiyksikön (johon kuuluu Hyvinkään sairaalan tiloissa oleva yleissairaalapyykiatrian poliklinikka ja Hyvinkäällä sekä Järvenpäässä päiväosastot) <p>Psykoosien osastoryhmä pitää sisällään:</p> <ul style="list-style-type: none"> - kuntoutuspsykiatrian - kuntoutuspoliklinikan (Järvenpään, Mäntsälän ja Tuusulan alueella) - toiminnallisen kuntoutuksen <p>Nuorisopsykiatrian osastoryhmä pitää sisällään:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nuorisopsykiatrisen avohoidon - nuorisopsykiatrian osastohoidon <p>Oikeuspsykiatrian ja vaikeahoitois-</p>	<p>Mielialahäiriöiden osastoryhmän:</p> <ul style="list-style-type: none"> - akuutilla osastolla hoitoajat ovat lyhyitä - potilaan jatkohoidon tarve ja jatkohoito paikka kartoitetaan - poliklinikan hoitoon kuuluvat vaikeahoitoiset potilaan, joilla on diagnooseina muun muassa toistuva tai vaikea masennus, kaksisuuntainen mielialahäiriö, skitsofrenia tai muu psykoosi <p>Mielialahäiriöiden osastoryhmän potilaat :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masentuneita - ahdistus- tai persoonallisuushäiriöistä kärsiviä - kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusvaiheen potilaita <p>Psykoosien osastoryhmän kuntoutuspsykiatrian avo-osastojen potilaat:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pääosin kotiutumassa olevia potilaita, joiden hoitopaikkaa ja tukien tarvetta arvioidaan kuntoutusjaksolla - kuntoutuspsykiatrian osastoista on suljettu kuntoutusosasto. Osaston perustehtävä on

<p>ten osastoryhmä pitää sisällään:</p> <ul style="list-style-type: none"> - akuuttiosaston - tehostetun psykiatrisen hoidon suljetun osaston - oikeuspsykiatrisen kuntoutusosaston - poliklinikat Kellokoskella ja Helsingissä <p>Psykogeriatrian ja neuropsykiatrian osastoryhmä pitää sisällään:</p> <ul style="list-style-type: none"> - suljetun neuropsykiatrian osaston - akuutin psykogeriatristen potilaiden tutkimus- ja hoito-osaston 	<p>kuntouttaa potilaita, joilla on mielialahäiriöön liittymättömiä psykooseja ja näitä muistuttavia persoonallisuushäiriöitä.</p> <p>Nuorisopsykiatrian osastoryhmän potilaat:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 13–18-vuotiaita nuoria, jotka hakeutuvat nuorisopsykiatriseen arvioon <p>Oikeuspsykiatrian ja vaikeahoitoisten osastoryhmän potilaat:</p> <ul style="list-style-type: none"> - oikeuspsykiatrisia potilaita, jotka tarvitsevat hoitoa vaikeahoitoisuutensa vuoksi oikeuspsykiatrisella osastolla - näiden potilaiden hoitaminen ei muualla onnistu - poliklinikoiden potilaat ovat oikeuspsykiatrisia ja vaikeahoitoisia potilaita ja mahdollisesti impulsiivisen väkivaltaisia <p>Psykogeriatrian ja neuropsykiatrian osastoryhmän potilaat:</p> <ul style="list-style-type: none"> - neuropsykiatrian osastolla hoidetaan potilaita, jotka tarvitsevat neuropsykiatrista erityisosaamista - psykogeriatrian osastolla hoidetaan vanhuksia, joilla on psykiatrisia häiriöitä
<p>Niuvanniemen sairaalassa on 14 osastoa. Osastoista 7 on miehille, 1 naisille, 5 sekaosastoa sekä 1 sekaosasto alaikäisille.</p> <ul style="list-style-type: none"> - yksi osasto on lapsille - 13 osastoa aikuisille - Niuvanniemen sairaalassa on erityisen vaikeahoitoisten alaikäisten tutkimus- ja hoito-osasto (NEVA) 	<ul style="list-style-type: none"> - sairaalaan tulevat mielentilatutkimuspotilaat ovat pääasiassa tutkintavankeja, jotka ovat syytteessä vakavista henkeen ja terveyteen kohdistuvista rikoksista - vuoden 2010 lopussa 51 % potilaista oli syyntakeettomia - vuoden 2010 loppuun mennessä 46,2% potilaista oli vaikeahoitoisia ja vaarallisia potilaita <p>Lapset ja nuoret:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sairaalaan hoitoon otetuista alaikäisistä potilaista 59 % on vaarallisuuden ja vaikeahoitoisuuden vuoksi sairaanhoitopiirien läheteillä otettu Niuvanniemen sairaalaan alaikäisillä potilailla tulee olla M3-päätös - vaarallisuus ja vaikeahoitoisuus tarkoittavat lapsen tai nuoren kohdalla impulsiivisuutta tai väkivaltaista käyttäytymistä, antisosiaalisuutta, päihdeongelmia, vakavaa ja toistuvaa itsetuhoisuutta tai vaikeasteista mielisairautta kuten psykooseja, skitsofreniaa, kaksisuuntaista mielialahäiriötä tai mielisairausasteista masennusta

<p>Vanhan Vaasan sairaalassa on naisille vastaanotto-, mielentilatutkimus- ja hoito-osasto</p> <ul style="list-style-type: none"> - osasto toimii sairaalan tulevien naispotilaiden vastaanotto-osastona ja tällä osastolla myös aloitetaan heidän hoito <p>Sairaalassa on myös miehille ja naisille yhteinen hoito- ja kuntoutusosasto.</p> <p>Miehille on myös oma avoin kuntoutusosasto.</p>	<p>Sairaalassa hoidettavat potilaat:</p> <ul style="list-style-type: none"> - psykiatrisia vaikeahoitaisia potilaita, joiden hoitaminen muualla sairaanhoitopiirin sairaaloissa ei onnistu - naisten vastaanotto-, mielentilatutkimus- ja hoito-osastolla potilaille tehdään mielentilatutkimuksia - naisten vastaanotto-, mielentilatutkimus- ja hoito-osastolla hoidetaan myös psykoosipotilaita, joiden hoitamista ei ole voitu turvallisesti toteuttaa erikoissairaanhoidon puolella väkivaltaisuuden tai vaikeahoitaisuuden vuoksi - hoito- ja kuntoutusosastolla hoidettavat potilaat ovat kuntoutumisen eri vaiheissa olevia psykiatrisia potilaita.
---	---

TAULUKKO 2

Mitä oikeuspsykiatrinen kuntoutus on?

Tutkimukset	Keskeinen sisältö
<p>Askola, R. 2011. Syytteenalaisen teon käsittely oikeuspsykiatrisen potilaan hoitosuhteessa. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotyön johtaminen. Pro gradu-tutkielma.</p>	<p>Oikeuspsykiatrisen potilaan hoidon erityispiirteet</p> <ul style="list-style-type: none"> - vihan hallinnan ja omien tunteiden käsittelyn ongelmat, itsetuhoinen käyttäytyminen - päihderiippuvuus <p>Potilaat moniongelmaisia</p> <ul style="list-style-type: none"> - skitsofreniaa 90 prosentilla - päihteiden runsas käyttö - ahdistus- ja masennusoireet <p>Oikeuspsykiatrisen potilas ei yleensä hyväksy omaa sairauttaan.</p>
<p>Lehtimäki, M-L. 2005. Hoitotyöntekijöiden toivo ja sitä vahvistavat tekijät kuntouttavassa psykiatrisessa hoitotyössä. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Terveystieteiden opettajakoulutus. Pro gradu - tutkielma.</p>	<p>Toivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - merkitsee paljon niin hoitajille kuin potilaille, auttaa potilaita saavuttamaan paremmin kuntoutumistavoitteet - tukee kuntoutujan itsetuntoa - auttaa näkemään oman edistymisen
<p>Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T., & Schubert, C 2012. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - potilas on aktiivinen tekijä omassa kuntoutumisprosessissa - kuntoutujan omat tavoitteet ohjaavat kuntoutumisprosessia - hoitaja on yhteistyökumppani kuntoutumisprosessissa <p>Kuntoutumisen tavoite: arkielämän taitojen lisääminen ja ylläpitäminen</p>
<p>Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2011. Kuntoutuksen perusteet. Helsinki: WSOYpro Oy.</p>	<p>Kuntoutuksen vaikutukset:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ongelmat, jotka liittyvät työttömyyteen, syrjäytymiseen ja huono-osaisuuteen - vaikuttavat sosiaaliseen ympäristöön ja yhteisöön

	<ul style="list-style-type: none"> - muuttaa asenteita sekä kehittää työyhteisöä <p>Kuntoutus on verkostokeskeistä ja moniammatillista</p>
Latvala, E 1998. Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitospäristössä. Oulun yliopisto ja psykiatrian klinikka, Oulun yliopistosairaala. Tutkimus.	<p>Potilaan selviytyminen arjessa on keskeistä psykiatriassa hoitotyössä</p> <ul style="list-style-type: none"> - tärkeää on määrittää tavoitteet ja auttamismenetelmät sekä hoidon tarve - potilaan oma osallistuminen hoitoon olisi tärkeää
Bergdahl, A-L. 2009. Sairaanhoidajan toiminnan tavoitteet ja toiminta psykoottisen potilaan hoidossa moniammatillisen hoitoryhmän jäsenenä. Kuopion yliopisto. Hoitotyön johtaminen. Pro gradu -tutkielma.	<p>Arvioidaan</p> <ul style="list-style-type: none"> - potilaan tilaa ja selviytymistä arki päivän toiminnoissa - potilaan hoidon tarvetta ja otetaan huomioon: potilaan somaattiset sairaudet sekä se miten hän selviää niistä - avun tarvetta
Pitkänen, A 2003. Potilaiden hoitajiin kohdistama väkivalta psykiatriassa hoitotyössä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu - tutkielma.	<p>Väkivalta liittyy tulotilanteisiin etenkin, jos potilas tulee hoitoon omasta tahdosta riippumatta.</p> <p>Väkivalta tilanteen voi laukaista esimerkiksi lääkitseminen, riisuminen, eristäminen ja potilaan rajoittaminen sanallisesti.</p>
Kollanen, M. 2007. Mielenterveyspotilaiden elämänlaatua tukevat hoitotyön keinot hoitajien näkökulmasta psykiatriassa osastohoidossa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Hoitotiede. Pro gradu-tutkielma.	<ul style="list-style-type: none"> - on tärkeää selvittää ja tunnistaa tekijät, jotka tukevat potilaan elämänlaatua - olisi myös tärkeää selvittää, miten hoitajat kokevat omat valmiutensa tukea ja vahvistaa mielenterveyspotilaan kuntoutumista <p>Potilaiden toive: enemmän aikaa ja yhteistä tekemistä hoitajien kanssa.</p>
Koskisuu, J. 2004. Eri teitä perille. Mitä mielenterveys on? Helsinki: Edita Prima Oy.	<p>Kuntoutus on laaja-alaista toimintaa.</p> <p>Pyritään löytämään tekijöitä, jotka vaikuttavat positiivisesti mielenterveyteen ja tukevat kuntoutumista</p>
Koskisuu, J 2003. Oman elämänsä puolesta mielenterveyskuntoutujan käsikirja. Helsinki: Edita Prima Oy.	<p>Kuntoutumisessa on kysymys</p> <ul style="list-style-type: none"> - kuntoutujan oman vastuun, oman tahdon ja tavoitteiden löytämisestä - kuntoutumisen aikana opetellaan tekemään omia valintoja sekä toimimaan itse - kuntoutuja rakentaa muiden tuella omaa elämää
Hietaharju, P. & Nuutila, M. 2010.	<p>Jokaisella potilaalla on omahoitaja koko hoitoprosessin ajan</p> <ul style="list-style-type: none"> - omahoitaja auttaa potilasta käsittelemään omia tunteita - omahoitaja on luotettava ja turvallinen henkilö - potilas voi itse valita omahoitajansa - omahoitaja kuuntelee ja kuulee potilasta
Höök, Irkku 2007. Työajan jakautuminen toiminnoittain oikeuspsykiatriassa hoitotyössä. Kuopion yliopisto. Terveyden- ja talouden hallinto. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto. Pro gradu -tutkielma.	<ul style="list-style-type: none"> - oikeuspsykiatrisella sairaanhoitajalla pitää olla paljon tietoa sekä kokemusta käytännön hoitotyöstä ja eettistä näkemystä - turvajärjestelyt ovat merkittävä osa oikeuspsykiatrista hoitotyötä potilaiden vaarallisuuden vuoksi - sairaanhoitajien tiedon tarve on kasvanut ja se

	edellyttää lisää tiedonhankintaa
Lönqvist, J, Heriksson, M, Marttunen, M & Partonen T 2011. Psykiatria Duodecim.Otavan kirjapaino: Keuruu.	Psykoedukaatio: <ul style="list-style-type: none"> - on tärkeää skitsofreniapotilaan kuntoutuksessa ja hoidossa - antaa tietoa potilaalle omasta sairaudesta ja sen hoidosta - voidaan toteuttaa yksilö- tai ryhmäohjauksena, myös omaisille on omia ryhmiä - auttaa potilasta ja hänen läheisiään elämään psyykkisen sairauden kanssa
Tiihonen, K 2005. Henkilökunnan kokema väkivalta Niuvanniemen oikeuspsykiatrisessa sairaalassa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Terveystieteiden opettajakoulu-tus. Pro gradu -tutkielma.	<ul style="list-style-type: none"> - vakavat mielenterveyshäiriöt lisäävät väkivallan riskiä - väkivallan kohteeksi joutuminen omassa työyhteisössä on koettu tunteen tasolla vähintään lievänä ahdistuksena
Lepola,U., Koponen, H., Leinonen ,E., Joukamaa, M., Isohanni, M & Hakola P. 2002. Psykiatria.Helsinki: WSOY.	Oikeuspsykiatrisen potilas: <ul style="list-style-type: none"> - oikeuspsykiatrisilla potilailla on vakava rikostausta - vaikeasti psyykkisesti sairasta rikoksen tehnyt ei tuomita vankilaan - jos rikoksen tehnyt on psyykkisen sairauden vuoksi syyntakeeton, voi tuomioistuin jättää hänet tuomitsematta - jos rikoksen tekijä todetaan mielentilatutkimuksessa mielisairaaksi, voidaan hänet määrätä mielisairaalaan hoitoon - hoitajaksot ovat pitkiä oikeuspsykiatrisilla potilailla
Jännetyinen, S. 2011. Alentunut syyntakeisuus ja rikosoikeudellinen vastuu. Turun yliopisto. Rikosoikeus. Pro gradu -tutkielma.	<ul style="list-style-type: none"> - syyntakeisuutta voidaan arvioida myös ilman mielentilatutkimusta, voidaan muun muassa tukeutua aikaisemmin tehtyihin mielentilatutkimuksiin henkilöstä - mielentilatutkimusta ei tarvitse suorittaa, jos saadaan muulla keinoin riittävästi tietoa rikoksen tekijästä
Meriläinen, H.-K. 2009. Syyntakeettomuus ja mielentilatutkimus. Turun yliopisto. Rikosoikeus. Pro gradu -tutkielma.	<ul style="list-style-type: none"> - mielentilatutkimuksen tulee olla perusteltua - tutkimusta ei voida periaatteessa määrätä tehtäväksi, mikäli tutkittava on sitä vastaan - vuosina 2002- 2008 suurin osa mielentilatutkimuksista kohdistui väkivalta- ja henkirikoksiin

Yhteenveto tuloksista

Opinnäytetyössämme keräsimme yhteen oikeuspsykiatrista hoitotyötä tekevät yksiköt Suomessa. Näitä ovat Kellokosken sairaala sekä valtion mielisairaalat Niuvanniemen sairaala Kuopiossa sekä Vanhan Vaasan sairaala Vaasassa. Näiden sairaaloiden oikeuspsykiatrisilla osastoilla hoidetaan potilaita, jotka ovat syyntakeettomia ja määrätty oikeuspsykiatriseen sairaalaan hoitoon ja potilaita, jotka ovat vaarallisia sekä vaikea-

hoitoisia ja heidän hoitonsa ei onnistu missään muualla hoidon piirissä. Niuvanniemen ja Vanhan Vaasan sairaalassa tehdään myös rikosoikeudelliseen oikeuspsykiatriaan liittyviä mielentilatutkimuksia, joiden avulla selvitetään rikoksesta syytetyn henkilön mielentila rikoksen tapahtumahetkellä. Niuvanniemen sairaalassa hoidetaan lisäksi alaikäisiä henkilöitä. Heille on oma osastonsa Neva.

Keräämämme aineiston perusteella havaitsimme, että oikeuspsykiatristen potilaiden hoitaminen ja kuntouttaminen on vaativaa erikoissairaanhoitoa. Oikeuspsykiatriset potilaat ovat moniongelmaisia henkilöitä. Heillä on ongelmia vihan hallinnan sekä omien tunteidensa käsittelyssä. Monilla on myös itsetuhoista käyttäytymistä ja päihdeongelmaa. Osansa hoidon haastavuuteen tuo se, että potilailla ei ole käsitystä omasta sairaudestaan eli potilaat ovat sairautentunnotomia. Oikeuspsykiatrisilla potilailla 90 %:lla on skitsofrenia diagnoosi sekä ahdistus- ja masennusoireita. Vakavien mielenterveyshäiriöiden on todettu lisäävän väkivallan riskiä huomattavasti. Oikeuspsykiatristen potilaiden tekemät rikokset ovat vakavia väkivalta – ja henkirikoksia. Mikäli mielentilatutkimuksessa on todettu rikoksesta syytetyn henkilön olevan vaikeasti psyykkisesti sairas, tuomioistuimien voi jättää hänet tuomitsematta ja määrätä oikeuspsykiatriseen hoitoon. Tällöin puhutaan syyntakeettomuudesta. Syyntakeisuutta voidaan arvioida myös ilman mielentilatutkimusta, mikäli on mahdollisuus tukeutua henkilöstä aikaisemmin tehtyihin mielentilatutkimuksiin. Tutkimus ei ole siis pakollinen, jos on muita keinoja selvittää rikoksesta syytetyn mielentila.

Oikeuspsykiatriassa työskenteleviltä sairaanhoitajilta vaaditaan eettisyyttä, paljon tietoa ja taitoa sekä kokemusta käytännön hoitotyöstä. Oikeuspsykiatrisessa hoitotyössä korostuu turvallisuusnäkökulma. Se edellyttää hoitajalta potilaan vaarallisuuden arviointia ja turvallisuustekijöiden huomioimista. Sairaanhoitajien tiedon tarve hoitotyössä on lisääntynyt koko ajan ja se edellyttää sairaanhoitajalta kykyä etsiä tarvitsemaansa tietoa.

Käyttämiemme lähteiden perusteella potilaiden hoitajaksot oikeuspsykiatrisissa sairaaloissa ovat pitkiä. Psykoedukaation on todettu olevan merkittävä tekijä skitsofreniapotilaiden kuntoutuksessa. Se antaa tietoa potilaalle hänen sairaudestaan sekä sen hoidosta. Psykoedukaatiota voidaan toteuttaa ryhmässä tai yksilöllisesti. Omaisille on myös mahdollisuus järjestää omia ohjausryhmiä. Psykoedukaatio auttaa elämään potilasta ja hänen läheisiään psyykkisen sairauden kanssa. Jokaisella oikeuspsykiatrisella

potilaalla on omahoitaja. Omahoitaja voi olla potilaan valitsema. Omahoitajan tehtävänä on kuunnella ja kuulla potilasta sekä auttaa potilasta hahmottamaan tunteitaan. Potilaat toivoivat omahoitajan olevan luotettava ja turvallinen. Lisäksi potilaat kokivat, että hoitajilla pitäisi olla enemmän aikaa olla potilaiden kanssa. Hoidon ja kuntoutuksen aikana hoitajien tulisi selvittää ja löytää potilaan elämänlaatua tukevia tekijöitä. Hoitajan tehtävänä on olla potilaalle myös toivon ylläpitäjä. Toivo merkitsee paljon hoitajille kuin potilaillekin. Toivo auttaa kohottamaan potilaan itsetuntoa sekä auttaa myös potilasta huomioimaan omaa edistymistään hoidon aikana.

Kirjallisuuskatsauksessa käyttämiemme lähteiden mukaan psykiatrinen kuntoutus on laaja-alaista ja moniammatillista toimintaa. Kuntoutuksella on todettu olevan vaikutusta työttömyyteen, syrjäytymiseen ja huono-osaisuuteen. Sillä on myös vaikutusta sosiaaliseen ympäristöön ja yhteisöön. Kuntoutus muuttaa asenteita sekä kehittää työyhteisön jäseniä. Kuntoutuksessa on kyse kuntoutujan vastuun ja oman tahdon löytymisessä. Kuntoutumisen aikana kuntoutuja opettelee tekemään valintoja itse sekä toimimaan niiden pohjalta. Potilas on aktiivinen tekijä omassa kuntoutusprosessissaan, ei passiivinen vastaanottaja. Kuntoutujan omat tavoitteet ohjaavat koko kuntoutumisprosessia. Kuntoutuksen tavoitteena voidaan pitää potilaan arjessa selviytymistä sekä arkisten taitojen ylläpitämistä. Omiin tavoitteensa kuntoutuja pyrkii muiden tuella, kuitenkin vastaten itse omasta elämästään ja tekemistä ratkaisuisistaan.

10 POHDINTA

Psykiatrinen kuntouttava hoitotyö on ensiarvoisen tärkeää potilaan elämänlaadun parantamiseksi. Kuntouttava hoitotyö on myös taloudellisesti kannattavaa, koska tämä vähentää potilaan laitoshoidon tarvetta sekä psykiatristen sairaaloiden kuormitusta. Kuntoutus on pitkäkestoinen, haastava prosessi, joka vaatii myös useita toistoja. Psykiatrinen kuntouttava hoitotyö on usein haastavaa hoitajankin kannalta. Se vaatii hoitajalta kärsivällisyyttä, luovaa ajattelua sekä järjestelmällisyyttä.

Potilaan kuntoutumisen kannalta olisi erittäin tärkeää, että potilas olisi aktiivinen osallistuja omassa hoidossaan. Tämä lisäisi varmasti potilaan innostusta omaan kuntoutumiseensa, kun hän ei olisi vain passiivinen hoidon vastaanottaja. Kuntoutuminen vaatii kuitenkin potilaalta hänen omaa työpanostaan ja motivaatiotaan. Hoitoyhteisössä ei ole aina mahdollista motivoida potilasta riittävästi käyttämään voimavarojaan kuntou-

tumiseensa tai hoitoonsa. Usein potilaan motivointi vie aikaa. Monesti motivoinnin ongelmana voi olla ajan puute. Lisäksi hoitohenkilökunnan riittämättömyys voi vähentää merkittävästi hoitajien halua motivoida potilasta osallistumaan omaan kuntoutukseensa. Kuntoutuvan hoitotyön toteuttaminen vaatii aikaa, toistoja ja potilaan jatkuvaa motivointia. Ongelmaksi voi muodostua se, että vaikka aikaa olisi toisinaan, sitä ei jatkuvasti välttämättä ole.

Nyky-yhteiskunnassa kaiken tulee tapahtua nopeasti ja tämän johdosta myös ihmiset ovat kärsimättömämpiä kuin ennen. Yhä nuorempana tulisi siirtyä työelämään, perustaa perhe ja asettua aloilleen, mutta myös kokea mahdollisimman paljon. Tämä voi aiheuttaa hämmennystä nuorena, joka vielä etsii identiteettiään. Tällöin nuoren on yhteiskunnan ja myös lähipiirin asettamien paineiden vuoksi mahdollista tehdä virheitä valinnoissaan. Myös työelämä on nykyisellään haastavaa. Pitäisi ehtiä mahdollisimman paljon pienillä henkilöstöresursseilla, vapaa-ajalla pitäisi myös ehtiä harrastamaan ja viettämään aikaa perheen kanssa sekä opiskella ja lisätä tietämystään. Tämän tuoma stressi voi jopa rikkoa perheitä ja aiheuttaa avioeroja. Kaikki edellä mainitut tekijät lisäävät mielenterveyspalveluiden tarvetta. Mielenterveysongelmat osaltaan altistavat myös tietyn tyyppiseen rikollisuuteen ja käyttäytymiseen. Psykiatrisen hoitotyön resurssien lisäämisellä on mahdollista ennaltaehkäistä sekä vähentää oikeuspsykiatrisen hoidon tarvetta.

Oikeuspsykiatria ja oikeuspsykiatrinen hoitotyö sekä siihen liittyvät aikaisemmat mielikuvat on monelle varmasti vieras ja ehkä pelottavakin aihe. Tiedotusvälineiden uutisotsikot kouluampumisista, seksuaalirikoksista sekä muista raa'oista väkivaltateoista saavat ihmiset ajattelemaan yhteistä turvallisuutta. Mielestämme mielenterveyspalvelujen lisääminen ja niiden saannin helpottaminen voisikin jollain tasolla ehkäistä tällaisia traagisia tapahtumia. Apua tarvitsevat ihmiset saisivat riittävästi palveluita, jotka edesauttaisivat heidän paranemistaan sekä vähentäisivät riskikäyttäytymistä. Matalan kynnyksen paikkojen lisääminen sekä mielenterveyskeskusten henkilöresurssien lisääminen voisi olla yksi ratkaisu. Myös erityisesti nuorille suunnattuja mielenterveyspalveluita tulisi lisätä.

Oikeuspsykiatrisen sairaanhoidon potilaat ovat usein altistuneet rikollisuutta aiheuttaville tekijöille jo lapsuudessaan ja nuoruudessaan. Lapsuudessa koetut traumat tai esimerkiksi nuoruuden aikainen työttömyys, syrjäytyneisyys ja masennus voivat joh-

taa päihteiden väärinkäyttöön, joka taas voi altistaa myöhemmille mielenterveysongelmille. Vakavat mielenterveysongelmat taas voivat johtaa äkkipikaisesti ratkaisuihin, kuten henkirikoksiin. Ennaltaehkäisevä työ jo varhaislapsuudessa voisi vähentää henkirikosten määrää.

Jatkossa voitaisiin tutkia, kuinka hoitotyötä tekevät hoitajat kokevat toteuttavansa psykiatrista kuntouttavaa hoitotyötä. Tutkimuksen voisi toteuttaa jossakin oikeuspsykiatrista hoitotyötä tekevässä sairaalassa. Voitaisiin myös tutkia, millaisia koulutustarpeita psykiatrista hoitotyötä tekevillä hoitajilla on.

Uusien ennaltaehkäisevien keinojen kehittäminen voisi olla hyödyllistä, koska tulevaisuudessa taloudellisia resursseja mielenterveystyöhön voi olla vielä nykyistä vähemmän. Tämän vuoksi ilmaisia tai edullisia ennaltaehkäisymuotoja tulisi löytää. Yksi näistä voisi olla mielenterveyteen liittyvän leimaantumisen vähentäminen. Esimerkiksi jo peruskoulussa voisi liittää joihinkin oppiaineisiin (biologia, terveystieto) tietoa mielenterveydestä ja mielen sairauksista. Niistä voitaisiin tulevaisuudessa puhua tasavertaisesti muiden sairauksien rinnalla, jolloin myös hoitoon hakeutumiseen kynnys voisi madaltua.

LÄHTEET

Askola, Riitta. 2011. Syytteenalaisen teon käsittely oikeuspsykiatrisen potilaan hoitosuhteessa. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotyön johtaminen. Pro gradu - tutkielma.

Bergdahl, Anna-Leena. 2009. Sairaanhoidajan toiminnan tavoitteet ja toiminta psykoottisen potilaan hoidossa moniammatillisen hoitoryhmän jäsenenä. Kuopion yliopisto. Hoitotyön johtaminen. Pro gradu-tutkielma.

Efinger, J. 1995. Help wanted – a quality needs assessment creates a position for a psychiatric clinical nurse specialist. Journal of psychosocial nursing 1995, vol. 33, no. 10, 24 – 30.

Eskola, Jarkko & Karila, Antti (toim.) 2007. Mielekäs Suomi. Näkökulmia mielenterveystyöhön. Helsinki : Edita.

Haapasalo, Jaana. 2008. Kriminaalipsykologia. Juva: WS Bookwell Oy.

Hakola, Panu & Tiihonen, Jari 2000. Psykiatrinen oikeuslääketiede. Teoksessa Penttilä, Antti, Hirvonen, Jorma, Saukko, Pekka & Karhunen Pekka. J 2000. Oikeuslääketiede. Hämeenlinna: Karisto.

Hakola, Panu 2002. Oikeuspsykiatria. Teoksessa Lepola, Ulla, Koponen, Hannu, Leinonen, E, Joukamaa, M, Isohanni M & Hakola, P 2002. Psykiatria. Helsinki: WSOY.

Hannula, L, Kaunonen, M, Systemaattinen kirjallisuuskatsaus osana hoitotyön suositusten laadintaa - Esimerkkinä imetysohjaus. http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/12_2006/muut_artikkelit/systemaattinen_kirjallisuuskatsaus/ Luettu 16.3.2013.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2013. WWW-dokumentti. Päivitetty 3.3.2013. Luettu 3.3.2013.

Hietaharju, Päivi & Nuutila, Mervi. 2010. Käytännön mielenterveystyö. Helsinki: Tammi.

Heikkilä, Tarja. 2010. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.

Heikkinen-Peltonen, Riitta, Innamaa, Marja & Virta Marjut. 2008 Mieli ja terveys. Helsinki: Edita.

Höök, Irkku 2007. Työajan jakautuminen toiminnoittain oikeuspsykiatrisessa hoitotyössä. Kuopion yliopisto. Terveysten- ja talouden hallinto. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto. Pro gradu – tutkielma.

Iivanainen, Ansa & Syväoja, Pirjo. 2010. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Tammi.

Itä- Suomen yliopisto-oikeuspsykiatria vuosi? WWW-sivut. www.uef.fi/kliininenlaaketieteenyksikko/oikeuspsykiatria/ Päivitetty . Luettu 24.2.2013.

Jännetyinen, Salla 2011. Alentunut syyntakeisuus ja rikosoikeudellinen vastuu. Turun yliopisto. Rikosoikeus. Pro gradu-tutkielma.

Järvikoski, Aila & Härkäpää, Kristiina 2011. Kuntoutuksen perusteet. Helsinki: WSOYpro Oy.

Khan KS, Kunz R, Kleijinenn J & Antes G. 2003. Systematic Reviews to Support Evidence-based Medicine, How to review and apply findings of healthcare re-search. The Royal Society of Medicine Press, London.

Kollanen, Marjo 2007. Mielenterveyspotilaiden elämänlaatua tukevat hoitotyön keinot hoitajien näkökulmasta psykiatrisessa osastohoidossa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Hoitotiede. Pro gradu-tutkielma.

Koskisuus, Jari 2003. Oman elämänsä puolesta mielenterveyskuntoutujan käsikirja. Helsinki: Edita Prima Oy.

Koskisuus, Jari 2004. Eri teitä perille. Mitä mielenterveys on? Helsinki: Edita Prima Oy.

Kuhanen, Carita, Oittinen, Pirkko, Kanerva, Anne, Seuri, Tarja, & Schubert, Carla 2012. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Latvala, Eila 1998. Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitospäristössä. Oulun yliopisto ja psykiatrian klinikka, Oulun yliopistosairaala. Tutkimus.

Laukkanen, Eila, Marttunen, Mauri, Miettinen, Seija & Pietikäinen, Matti 2006. Nuorten psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Hämeenlinna :Karisto Oy.

Lehtimäki, Marja-Leena. 2005. Hoitotyöntekijöiden toivo ja sitä vahvistavat tekijät kuntouttavassa psykiatrisessa hoitotyössä. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Terveystieteiden opettajakoulutus. Pro gradu -tutkielma.

Leino-Kilpi, Helena. 2007. Kirjallisuuskatsaus tärkeää tiedonsiirtoa. Teoksessa systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Johansson, H, Axelin,A, Stolt,M & Ääri, R, L (toim). Turku: Turun yliopisto

Lepola, Ulla, Koponen, Hannu, Leinonen, Esa, Joukamaa, Matti, Isohanni, Matti & Hakola Panu 2002. Psykiatria. Helsinki: WSOY.

Lipp, A. 2003. A guide to developing a systematic review. AORN Journal 78 (1), 90-107.

Lönqvist, Jouko, Henriksson, Markus, Marttunen, Mauri & Partonen Timo 2011. Psykiatria Duodecim. Otavan kirjapaino: Keuruu.

Magarey, J. M. 2001. Elements of a systematic review. International journal of nursing practice 7 (6), 376 – 382.

McCourt, M. 2001. Five concepts for the expanded role of the forensic mental health nurse. Teoksessa: Tarbuck, P., Topping-Morris, B. & Burnard, P. (toim.). Forensic mental health nursing-strategy and implementation. Whurr Publishers, London.

Meriläinen, Hanna-Kaisa 2009. Syyntakeettomuus ja mielentilatutkimus. Turun yliopisto. Rikosoikeus. Pro gradu-tutkielma.

Mustajoki, Marianne, Alila, Aila, Matilainen, Elina & Rasimus, Mirja 2011. Sairaanhoidajan käsikirja 2010. Duodecim. Bookwell Oy:Porvoo

Narumo, Reija. 2006 Voiko kuntoutumista ohjata? Ohjaava työote mielenterveystyössä. Pori: Kehitys Oy.

Niuvanniemen sairaala 2009. WWW-dokumentti. Luettu1.6.2012. Päivitetty.

Niuvanniemen sairaalala 2011. Tulossopimus 2012. WWW-dokumentti .Luettu 1.6.2012. Päivitetty. 1.2.2012.

Pitkänen, Anneli 2003. Potilaiden hoitajiin kohdistama väkivalta psykiatrisessa hoitotyössä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu - tutkielma.

Pudas-Tähkä,S-M & Axelin,A 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajaus, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa: systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Johansson, H, Axelin,A, Stolt,M & Ääri,R,L (toim). Turku: Turun yliopisto, 46-57

Rissanen, Paavo, Kallanranta, Tapani & Suikkanen, Asko 2008. Kuntoutus. Duodecim.

Sairaanhoitajan tietokanta.www.terveysportti.fi. Artikkelisi sairaanhoitajalehdestä. Helena Tenkanen: Hoitotyön vaativuus korostuu oikeuspsykiatriassa. Päivitetty 20.1.2010. Luettu 24.2.2013.

Salminen, Ari 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Julkaisuja 62. Julki-sjohtaminen 4.

Strand, Susanne, Holmberg, Gunnar & Söderberg, Erik 2009. Den rättspsykiatriska vården. Elanders Hungary Kft: Unkari.

Tiihonen, Kirsi 2005. Henkilökunnan kokema väkivalta Niuvanniemen oikeuspsykiatri-sessa sairaalassa. Pro gradu – tutkielma. Terveystieteiden opettajakoulutus. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Vanhan Vaasan sairaala 2013. WWW-dokumentti. Päivitetty 3.3.2013. Luettu 3.3.2013.

PSYKIATRINEN KUNTOOUTUS
oikeuspsykiatrisessa hoitotyössä
-kirjallisuuskatsaus
Esitysseminaari 9.4.2013

Päivi Koskinen, Heidi Juutila ja Soili
Puustinen

Oikeuspsykiatrinen hoitotyö tutkii...

- mielenterveyden häiriöiden vaikutuksia ihmisen käyttäytymiseen
- miten psyykkiset ongelmat vaikuttavat muun muassa lakien noudattamiseen
- miten voidaan hoitaa ja ennaltaehkäistä rikollista että väkivaltaista käyttäytymistä

Miten tutkimustulokset vaikuttaa?

- saatuja tutkimustuloksia psyykkisten häiriöiden vaikutuksesta lakien noudattamiseen hyödynnetään lakeja säädettäessä ja kehitettäessä
- tarkoituksena on kartoittaa kaikkia riskitekijöitä, joilla on vaikutusta rikolliseen ja väkivaltaiseen käyttäytymiseen kuten koulutus, aseiden saatavuus sekä hoitoon ohjaaminen.

Oikeuspsykiatrian jaottelu

- Rikos-oikeudellinen
- Hallinnollinen
- Siviilioikeudellinen oikeuspsykiatria

Sairaanhoitajana oikeuspsykiatrisessa hoitotyössä

- luonteeltaan vaativaa erikoissairaanhoitoa
- sairaanhoitajien tietojen, eettisyyden ja käytännön hoitotaitojen on oltava korkealla tasolla
- edellytetään muun muassa riskienhallintaa, oman persoonan käyttämistä, terapeuttista potilaan arvostamista rajoittamisessa, hoidollisia interventioita ja yhteiskunnallisen tasapainon ylläpitämistä hoidossa
- riskienhallintaan kuuluu jatkuva arviointi potilaan mahdollisesta vaarallisuudesta

Tahdonvastainen psykiatrinen hoito

- Edellytyksenä tahdonvastaiseen hoitoon lähettämiseksi on lääkärin toteama mielisairaus sekä se, että henkilö on mielisairautensa takia hoidon tarpeessa
- Alaikäisen hoitoon toimittamiseen ei tarvita huoltajan suostumusta -> perusteena on vakava mielenterveyshäiriö (esim. psykoosi)
- toteutetaan ainoastaan alaikäisille tarkoitetuilla psykiatrisen sairaalan osastoilla

M1, M2 ja M3- lähetteet?

- Poliklinikan lääkärin tai päivystävän lääkärin tehtävänä on tehdä päätös henkilön tarkkailuun ottamisesta neljäksi päiväksi tarkkailulähetteeseen (M1) perustuen
- Lääkäri, joka vastaa tarkkailusta tekee viimeistään neljäntenä päivänä tarkkailulausunnon (M2) -> lausunnossa mielipide, onko perusteita määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon
- Ylilääkäri, joka vastaa sairaalan psykiatrisesta hoidosta, tekee päätöksen tahdosta riippumattomasta hoidosta (M3)

Jatkuu...

- potilaalle välittömästi tieto päätöksestä perusteluineen
- pyritään tekemään mahdollisimman hyvässä yhteisymmärryksessä
- Omaisille tieto sairaalan sijainnista sekä yhteystiedot
- Jos potilas on halukas olemaan hoidossa vapaaehtoisesti -> päätös voidaan purkaa
- Potilaalla on oikeus valittaa tehdyistä päätöksistä

Mielentilatutkimukset

- pyritään vastaamaan siihen, onko potilaalla jokin psykiatrinen sairaus -> kansainvälinen tautiluokitus
- diagnoosin jälkeen pohditaan rikollisen teon hetkellä esiintyneen sairauden vaikuttavista tekijöistä psyykkiseen toimintakykyyn ja syyntakeisuuteen (kykyyn ymmärtää tekonsa seuraukset sekä hallita käyttäytymistään)
- tutkivan lääkärin tehtävänä on antaa perusteltu lausunto tutkittavan mielentilasta syytteenalaisen teon tapahtumahetkellä
- tutkimuksen päätyttyä lausunto sekä oikeuden asiakirjat lähetetään TEO:n oikeuspsykiatristen asioiden lautakunnan käsiteltäväksi

Jatkuu...

- Mielentilatutkimuksia tehdään vuosittain 250 - 300 kappaletta
- Tutkimus yksikköjä ovat valtion mielisairaalat
- Aikaa tutkimuksen tekemiseen varataan kaksi kuukautta

Mielentila tutkimuksissa saatavat "tulokset"

- Syyntakeellinen
- Alentuneesti syyntakeinen
- Syyntakeeton

Syyntakeellinen

- Täydessä ymmärryksessä tehty lainnojjalla rangaistava teko
- ryhmään kuuluvat monet usein vaikeatkin persoonallisuushäiriöt (narsistinen tai huomiohakuinen persoonallisuus)
- alkoholismikaan ei katsota alentavan syyntakeisuutta

Alentuneesti syyntakeinen

- Täyttä ymmärrystä vailla tehty lainnojalla rangaistava teko
- ryhmässä ei rikoksen tekijä ole syyntakeeton, mutta hänellä on alentunut kyky ymmärtää tekonsa merkitystä tai oman käyttäytymisen säätely on vaikeaa esimerkiksi kehitysvammaisuuden tai mielisairauden vuoksi
- Yleensä tavallinen persoonallisuushäiriö ei syyntakeisuutta alenna, mutta psykoosiin tai epäluuloinen persoonallisuushäiriö voi olla peruste alentuneeseen syyntakeisuuteen (jopa syyntakeettomuuteen)
- Tuomitsematta myös jätetään sellaiset henkilöt, joilla on kohtalainen, keskivaikea tai syvä älyllinen kehitysvammaisuus tai älykkyyssikä vastaa alle yhdeksää ikävuotta

Syyntakeeton

- Ymmärrystä vailla
- Mikäli henkilön katsotaan olevan psyykkisen sairauden vuoksi syyntakeeton eli ei ymmärrä rikoksen todellista eikä oikeudellismoraalista luonnetta eikä hänellä ole kykyä säädellä omaa käyttäytymistään, tuomioistuin voi harkintansa mukaan jättää hänet tuomitsematta

Psykoedukaatio

- Johdettu sanasta psychoeducation, jossa education tarkoittaa kasvatusta
- Tausta-ajatuksena työskentelyssä on, että sairauden kulkuun voidaan vaikuttaa työskentelemällä yhdessä potilaan ja perheenjäsenten kanssa
- Painopiste on menneisyyden ja syiden etsimisen sijaan nykyajassa ja tulevaisuudessa
- Käytännössä ohjaamista tai opettamista

Lääkehoito

- Akuuttivaiheessa nestemäinen tai injektio- tai tabletti-tyyppinen lääkehoito (potilaan huonontunut yhteiskyky ja puutteellinen motivaatio lääkehoitoon voivat aiheuttaa hankaluuksia tabletti-tyyppisen lääkehoidon käytössä)
- Jatketaan 2-5 vuotta hoitovasteen saavuttamisesta
- tavoitteena on minimoida uusiutuvan psykoosin riski

Väkivalta

- määrää voidaan vähentää sairaaloissa puuttamalla jo ennaltaehkäisevästi väkivallan ennusmerkkeihin esimerkiksi uhkailuihin
- Mikäli eristäminen ja lepositeisiin laittaminen on välttämätöntä, enää ei jäädä neuvottelemaan potilaan kanssa tilanteesta vaan toimenpiteet tulee tehdä päättäväisesti
- Voimatoimien käyttöä vältetään kuitenkin mahdollisuuksien mukaan

Hoitomenetelmiä

- Lääkehoito
- Hoitosuhdetyöskentely
- Yhteisöhoito

Hoitosuhdetyöskentely

- Omahoitajakeskustelu on kaiken psykiatrisen hoitotyön ydin
- Sairaanhoidaja, lähihoitaja, mielenterveyshoitaja tai perushoitaja voi toimia omahoitajana
- tehtävänä on toimia potilaan, tämän läheisten sekä moniammatillisen tiimin jäsenten kanssa
- Omahoitajan tehtäviin myös kuuluu koordinoita ja toteuttaa potilaan hoitoa

Yhteisohoito

- Ryhmätoimintaa
- voi auttaa helpottamaan potilaan sosiaalista eristyneisyyttä, tukea elämäntilannetta kompensoimalla menetyksiä ja tukea sisäistä kasvua sekä mukautumista
- Hoitoyhteisöllä on tärkeä rooli -> toimii säilytyspaikkana potilaan kokemuksille
- Yhteisökokouksia pidetään yhdestä kahteen kertaan viikossa
- kokouksissa potilaat voivat jakaa tunteita, keskustella yhteisön ajankohtaisista asioista, suunnitella osaston tulevaa toimintaa

Mitä on psykiatrinen kuntouttava hoitotyö?

- Psykiatrisen kuntouttavan hoitotyön tavoite on, että kuntoutuja oppii päivittäisessä elämässä tarvittavia taitoja, kuten esimerkiksi ruoanlaittoa sekä pankissa asioimista
- Kuntoutuja opettelee myös itsetuntemusta sekä tunnistamaan omissa psyykkisissä tiloissa tapahtuvia muutoksia
- Päämäärä kuntouttavalla psykiatrisella hoitotyöllä on auttaa kuntoutujaa saavuttamaan oma yksilöllinen optimaalinen sosiaalinen, psyykinen, fyysinen ja taloudellinen toimintakyky ja riippumattomuus

Potilaat

- Suurin osa sairastaa skitsofreniaa
- Ovat usein sairautentunnettomia
- Taustalla vakavia rikoksia (väkivalta ja henkirikokset)
- Usein myös päihdetaustaa

Oikeuspsykiatriset sairaalat

Helsingin seudun yliopistollinen keskusairaala

Oikeuspsykiatriset erityistutkimukset, mielentilatutkimukset, transseksuaalisten henkilöiden psykiatriset tutkimukset sekä hoidon aloittaminen

Tampereen yliopistollinen sairaala

Oikeuspsykiatriset erityistutkimukset, mielentilatutkimukset, transseksuaalisten henkilöiden psykiatriset tutkimukset ja hoito, vaarallisten ja vaikeahoitoisten lasten ja nuorten psykiatrisen hoito.

Oulun yliopistollinen sairaala

Oikeuspsykiatriset erityistutkimukset ja mielentilatutkimukset

Vanhan Vaasan sairaala

Oikeuspsykiatriset erityistutkimukset ja mielentilatutkimukset

Niuvanniemen sairaala

Oikeuspsykiatriset erityistutkimukset, mielentilatutkimukset sekä vaarallisten ja vaikeahoitoisten lasten ja nuorten psykiatrisen hoito

Kellokosken sairaala

akuutti psykiatrisen, kuntoutuspsykiatrisen, oikeuspsykiatrisen, nuorisopsykiatrisen ja psykiatrisen palvelut

Kuntoutussuunnitelma

- Kuntoutussuunnitelmassa hahmotetaan kokonaisvaltaisesti sekä kattavasti kuntoutujan nykytila sekä voimavarat
- tarkoituksena on huomioida sairauden aiheuttamat erityisvaikeudet tavoitteen saavuttamisessa (myös kuntoutujan kyvyt, vahvuudet, erityisvalmiudet ja muut voimavarat)

Jatkuu...

- Kuntoutujalähtöisiä ja mielekkäitä tavoitteita
- kuntoutuja valmis työskentelemään näiden saavuttamiseksi (positiiviset, onnistuneet kokemukset)
- konkreettisia, pidemmän aika-välin tavoitteita
- pienempiä välitavoitteita, joiden avulla onnistumista on helpompi arvioida

Kuntoutusprosessin sisältö

- 1. Kuntoutusvalmiuden herättäminen eli sitoutumisen vaihe
Kiinnittyminen kuntoutukseen eli motivoituminen muutokseen, omien tarpeiden tunnistaminen ja sitoutuminen työskentelyyn.
- 2. Aktiivisen työskentelyn vaihe
Kuntoutusprosessin oivaltaminen ja mihin kuntoutumisessa kannattaa keskittyä tässä vaiheessa; mihin valmentaudutaan nyt (sairauden hallintaan, arkielämän valmiuksiin, opintoihin, töihin) ja mihin seuraavaksi suuntaudutaan. Tämä vaihe koostuu määräaikaista osiosta, jotka auttavat turvaamaan tavoitteen säilyttämisen muistissa.
- 3. Seurantaan siirtymisen vaihe
Säännöllisesti arvioidaan, milloin on riittävästi valmiuksia siirtyä kevyemmän tuen piiriin (sairauden hallinta, elämäntaidot ja sosiaalinen verkosto ovat olemassa.) Huomioidaan kuntoutusyksikön ulkopuoliset tukitoimet, joihin kuntoutujan tulisi valmentautua.
- 4. Seurannan vaihe eli kuntalaisena eläminen
Riittävä tuki, jotta kuntoutuja tulee toimeen peruspalveluissa: lääkehoidon toteutuminen, valmiudet toimia muuttuvissa elämäntilanteissa, kriisinhallintakeinot.

Pohdintaa

- Oikeuspsykiatriassa hoitotyössä esiin nousee potilaiden moniongelmaisuus useine liitännäissairauksineen ja sosiaalisine ongelmineen
- Vihan ja käyttäytymisen hallinta ovat keskeisiä piirteitä oikeuspsykiatrisen potilaan hoitotyössä
- Potilaan oma osallistuminen hoitoonsa ja toivon ylläpitäminen kuntoutusprosessin aikana nähdään useassa tutkimuksessa tärkeänä
- Arviointi kuntoutusprosessin aikana sekä pienten tavoitteiden ja pitkän aikavälin tavoitteiden asettaminen sekä hoitajiin kohdistuvan väkivallan tutkiminen ja vähentäminen on myös olennaista.



KIITOS