

SAIJA TURPEINEN

Substantiivinen teoria
oikeuspsykiatrisen potilaan
toivon ylläpitämisestä





SAIJA TURPEINEN

Substantiivinen teoria
oikeuspsykiatrisen potilaan
toivon ylläpitämisestä



AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Esitetään Tampereen yliopiston
yhteiskuntatieteiden tiedekunnan tiedekuntaneuvoston suostumuksella
julkisesti tarkastettavaksi Tampereen yliopiston Arvo-rakennuksen
auditoriossa F115, Arvo Ylpön katu 34, Tampere,
9. päivänä maaliskuuta 2018 klo 12.

TAMPEREEN YLIOPISTO

SAIJA TURPEINEN

Substantiivinen teoria
oikeuspsykiatrisen potilaan
toivon ylläpitämisestä

Acta Universitatis Tamperensis 2354
Tampere University Press
Tampere 2018

Ohjaajat

Dosentti Jari Kylmä
Tampereen yliopisto
Professori Päivi Åstedt-Kurki
Tampereen yliopisto

Esitarkastajat

Dosentti Satu Elo
Oulun yliopisto
Dosentti Camilla Koskinen
Åbo Akademi
Professori Nina Lindberg
Helsingin yliopisto

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck -ohjelmalla Tampereen yliopiston laatu järjestelmän mukaisesti.

Copyright ©2018 Tampere University Press ja tekijä

Kannen suunnittelu
Mikko Reinikka

Taitto
Sirpa Randell

Acta Universitatis Tamperensis 2354
ISBN 978-952-03-0666-3 (nid.)
ISSN-L 1455-1616
ISSN 1455-1616

Acta Electronica Universitatis Tamperensis 1860
ISBN 978-952-03-0667-0 (pdf)
ISSN 1456-954X
<http://tampub.uta.fi>

Elämä on mahdotonta, jos ei usko ihmisiin.

Anton Tšehov

KIITOKSET

Ihmisten kohtaaminen on ollut minulle aina tärkeä asia, ja etenkin sairaiden ihmisten hoitamisessa se korostuu entisestään. Psykiatrasta hoitotyötäni on ohjannut auttamisen halu, ihmisen lähtökohdista käsin. Psykiatrasta hoitotyötäni on ohjannut myös positiivisiin asioihin keskittyminen ja uusien vaihtoehtojen näkeminen potilaan auttamiseksi. Väitöskirjani aihe syntyi, kun pohdin näitä itselleni tärkeitä asioita aloittaessani työt oikeuspsykiatriassa.

Väitöskirjan tekeminen on ollut elämäni suurin oppimatka. Jos tämän olisin tieninyt, en ehkä olisi koskaan uskaltanut näin pitkälle matkalle lähteä. Tällä hetkellä koen olevani etuoikeutettu ja kiitollinen tästä mahdollisuudesta.

Suurimmat kiitokset kuuluvat tutkimukseen osallistuneille potilaille, heidän läheisille, hoitajille sekä lääkäreille. Haluan esittää nöyrimmät ja lämpimät kiitokset ohjaajilleni dosentti Jari Kylmälle sekä professori Päivi Åstedt-Kurjelle. Jari on jaksanut tukea matkaani toivottomina hetkinä eteenpäin. Yhteiset tapaamiset teidän kanssanne ovat olleen todella tärkeitä työni etenemisen kannalta. Ohjaajien positiivisen kriittinen ohjausote mahdollisti oman tilan tehdä tutkimusta sekä oman kasvun ja oppimisen tutkimusprosessin aikana. Molemmat ohjaajani antoivat mahdollisuuden itsenäiseen työskentelyyn, mutta olivat tukemassa ja jäsentämässä tutkimukseni haasteita. Ohjausote ei olisi voinut olla parempi. Kiitän molempia ohjaajiani pitkästä pinnasta, sitkeydestä ja ymmärryksestä tutkimusprosessiini, joka jäsenyi, kasvoi ja muodostui työelämän pyörteiden mukana. Suuret kiitokset kuuluvat seurantaryhmän jäsenille dosentti Hanna Putkoselle, dosentti Raija Kontiolle ja TtT Päivi Rissaselle. Te olette antaneet minulle arvokkaita näkemyksiä työni eri vaiheissa.

Suuret kiitokset haluan osoittaa väitöskirjani esitarkastajille, professori Nina Lindbergille, dosentti Satu Elolle ja dosentti Camilla Koskiselle. Esitän Teille suurimmat kiitokset erinomaisen hyvistä lausunnoista. Saamani rakentavat ja arvokkaat palautteet mahdollistivat tutkimukseni parantamisen sekä viimeistelyn loppu metreillä. Esitän arvokkaimmat kiitokset Teille kaikille.

Kiitokset suomen kielen maisteri Mikko Juvoselle kielenhuollosta sekä Liina Sirviolle englanninkielen tarkistuksesta. Akateeminen tiedeyhteisö on ollut myös merkittävä voimavara. Erityisesti haluan kiittää Eeva Harjua yhteisestä matkasta, avusta ja ystävyydestä. Haluan osoittaa suuret kiitokset HUS Hyvinkään sairaanhoitoalueelle taloudellisesta tukemisesta. Tämä mahdollisti tutkimuksen tekemisen ajoittain päätoimisesti. Suuret kiitokset lausun esimiehelleni, Kuopion yliopistollisen sairaalan psy-

kiatrian palvelukeskusjohtajalle, professori Heimo Viinamäelle kriittisistä keskusteluista ja tärkeistä huomioista työn loppuun saattamiseksi.

Kiitän myös omaa lähityöyhteisöä ymmärryksestä, saamastani tuesta ja rinnalla kulkemisesta tämän tutkimusmatkan aikana. Haluan kiittää teitä jokaista kannustuksesta ja kiinnostuksesta työni etenemistä kohtaan.

Ystäviäni haluan kiittää, koska olette vahvistaneet minua kiinnostuksella työtäni kohtaan ja kaikista yhteisistä hetkistä musiikin, elokuvien ja keskustelujen merkeissä. Lämpimät kiitokset kuuluvat myös äidilleni, joka uskoi ja kannusti koko ajan sekä oli arjessa apuna. Rakkaimmat kiitokset kaikille omille läheisilleni, että olette olleet hengessä mukana ja tukeneet minua eri tavoin.

Rakkaimmat kiitokset esitän pojalleni, joka on jaksanut ihmetellä äidin opiskelua vuosien aikana. Omistan tämän väitöskirjani pojalleni Samulle. Lapsen kyky naurattaa äitiä väsymyksen keskellä antoi voimia jatkaa taas eteenpäin, mutta samalla muistutti siitä, mikä on elämässä kaikkein tärkeintä. Toivotan Samulle menestystä ikuisen oppimisen matkalla elämässä. Antille rakkaimmat kiitokset. Kiitos, kun olet jaksanut kaikki nämä vuodet.

Kuopio 15. tammikuuta 2018

Saija Turpeinen

TIIVISTELMÄ

Toivon ylläpitämistä oikeuspsykiatristen potilaiden hoidossa ei ole tutkittu aikaisemmin. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata toivoa ja kehittää substansiivinen teoria oikeuspsykiatrisen potilaan toivon ylläpitämisestä. Suomessa oikeuspsykiatrisella statuksella hoidossa olevia potilaita on noin 400. Suurin osa heistä sairastaa skitsofreniaa. Oikeuspsykiatrisella potilaalla tarkoitetaan henkilöä, jonka terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) on määrännyt hoitoon.

Tutkimusmenetelmänä käytettiin aineistolähtöistä grounded theory -menetelmää. Tutkimusaineisto kerättiin haastattelemalla potilaita, potilaan läheisiä, hoitajia ja lääkäreitä (n=51). Harkinnanvarainen otos kerättiin vuosien 2013–2015 aikana, ja aineisto analysoitiin avoimella, selektiivisellä sekä teoreettisella koodauksella käyttäen jatkuvan vertailun periaatetta. Ydinkategoriaksi muodostui luottamuksellisen yhteistyön rakentuminen hoitoprosessin aikana. Ydinkategoria muodostuu siitä, kuinka oikeuspsykiatrinen hoitojärjestelmä ja hoidon ammatillinen arvoperusta ovat potilaan toivon ylläpitämisen perusta ja siitä, kuinka hoitointerventiot ylläpitävät potilaan toivoa ja ylläpitävät siten toipumista. Läheiset ihmissuhteet ylläpitävät potilaan toivoa, mikä korostaa läheisten ihmisten merkitystä oikeuspsykiatristen potilaiden elämässä.

Tulosten mukaan oikeuspsykiatrisen potilaan toivon ylläpitämiseksi hoitoa tulee toteuttaa yksilöllisesti siten, että yhteistyössä kohtaisivat sekä potilas että hänen läheisten ihmisten verkostonsa. Hoitavien henkilöiden tulee huomioida potilaan yksilölliset tarpeet kunnioittamalla potilaiden itsemääräämisoikeutta. Oikeuspsykiatristen potilaiden toivon ylläpitäminen on ihmisten kunnioittamista, mikä tarkoittaa potilaiden kohtelemista ihmisinä, joilla on mielipiteitä ja oikeuksia. Tähän sisältyy myös niiden potilaiden suojeleminen, jotka eivät pysty itse päättämään asioistaan. Oikeuspsykiatrista hoitoa tulisi ohjata terapeuttinen asenne, jolloin hoidon lähtökohtana on yksilöllinen ymmärrys potilaasta. Hoitavat henkilöt tukevat potilaan toipumista, kun he vahvistavat potilaan olemassa olevia voimavaroja. Hyvässä hoidossa huomioidaan potilaan, läheisten ja hoitavien henkilöiden näkemykset. Hyvä hoitaminen toteutuu potilaan läheisten ja hoitavien henkilöiden myötäelävän ja vastavuoroisen vuorovaikutuksen avulla. Oikeuspsykiatrisella potilaalla toivo on kantava voima, joka auttaa potilasta päivästä toiseen. Toivo ilmenee myös potilaiden itse asettamina tavoitteina, ja siksi se muuttuu hoidon aikana.

Oikeuspsykiatrisen hoidon interventioiden toimivuutta tulisi seurata systemaattisesti. Myös koko hoitojärjestelmän jatkuva seuranta hoidon laadun varmistamiseksi on tärkeää. Oikeuspsykiatrisen hoidon muuttuminen haastaa hoitavat henkilöt uudenlaiseen ajatteluun. Hoitohenkilökunnan osaamisen varmistamiseksi systemaattinen kouluttaminen on välttämätöntä. Oikeuspsykiatrisen hoidon laadun kehittäminen vaatii jatkuvaa näyttöön perustuvien toimintatapojen huomioimista ja uuden tiedon tuottamista etenkin oikeuspsykiatrisesta hoitotyöstä. Tulosten perusteella voidaan todeta, että oikeuspsykiatrisen potilaan toivon ylläpitäminen on keskeinen asia.

Avainsanat: toivo, oikeuspsykiatrisen potilas, hoitavat henkilöt, läheinen, skitsofrenia, grounded theory -menetelmä

ABSTRACT

The maintenance of hope in the treatment of forensic psychiatric patients has not been previously studied. The purpose of this study was to describe hope and formulate a theory concerning the maintenance of hope in forensic psychiatric patients. In Finland, there are four hundred forensic psychiatric patients in treatment, most of who have been diagnosed with schizophrenia. A forensic psychiatric patient is defined as a patient who has been committed involuntarily by the National Institute for Health and Welfare (THL) after a criminal procedure.

The research was conducted using grounded theory methodology. The data were collected through interviews with forensic psychiatry patients, their relatives, and their nurses and doctors (n=51). The data were collected between 2013 and 2015 and analysed with a transparent, selective, and theoretical coding using the principle of continuous comparison. The core category was established to be the development of trustful cooperation during the process of caring for the patient.

The core category consists of how the psychiatric nursing system and the professional values of treatment are the basis for maintaining a patient's hope, and how care interventions maintain a patient's hope and thus aid in a patient's recovery. A patient's close relationships maintain a patient's hope and emphasize the importance of human relationships in the lives of forensic psychiatric patients.

The conclusion of the study was that to maintain the hope of a forensic psychiatric patient, treatment should be carried out in such a way that both the patient and their relatives will cooperate. Those in charge of the patient's treatment should consider the patient's individual needs and honour their right to influence their treatment. The maintenance of hope of forensic psychiatric patients requires respect, meaning that patients should be treated as people with opinions and rights. This includes the protection of patients who are not able to make decisions for themselves. The treatment of forensic psychiatric patients should be guided by a therapeutic approach, wherein the starting point of treatment is an individual understanding of the patient. Those who are treating the patient will support the patient's recovery as they build their resources. Good treatment considers the views of the patient, their relatives, and the caretakers. Good treatment takes place with the help of interpersonal and reciprocal interactions

between the patient's relatives and their caretakers. In a forensic psychiatric patient, hope is a driving force that helps the patient from day to day. Hope also arises from the goals set by the patients themselves and therefore it changes during treatment.

The functionality of treatment of forensic psychiatric patients should be monitored systematically. Continuous monitoring of the entire healthcare system is also important to ensure quality of care. Changes in the treatment of forensic psychiatric patients challenges caretakers into new ways of thinking. To ensure the competence of nursing staff, systematic training is necessary. The development of quality care for forensic psychiatric patients requires constant evidence-based approaches and the collection of additional data especially in the case of forensic psychiatry nursing. Based on the results, it can be concluded that the maintenance of hope in a forensic psychiatric patient is a fundamental component of patient treatment.

Key words: hope, forensic psychiatric patient, carers, relatives, schizophrenia, grounded theory

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	15
2	TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT	19
2.1	Oikeuspsykiatrinen potilas	22
2.2	Oikeuspsykiatrisen potilaan läheiset	25
2.3	Vakavasta mielenterveyshäiriöstä kärsivän potilaan toivon ylläpitäminen	26
2.4	Oikeuspsykiatrinen hoitotyö	28
2.5	Toipumisen mallin käyttäminen oikeuspsykiatristen potilaiden hoidossa	30
2.6	Yhteenveto tutkimuksen lähtökohdista	32
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	34
4	TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN	35
4.1	Grounded theory tutkimusmenetelmänä	35
4.2	Tutkimusasetelma ja osallistujat	37
4.3	Aineiston analyysi	41
4.3.1	Teoreettinen otanta	41
4.3.2	Avoin koodaus	42
4.3.3	Selektiivinen koodaus	43
4.3.4	Teoreettinen koodaus	44
5	TUTKIMUSTULOKSET	46
5.1	Luottamuksellisen yhteistyön rakentuminen hoitoprosessin aikana ylläpitää potilaan toivoa – substantiivinen teoria	46
5.2	Oikeuspsykiatrisen potilaan toivo on kantava voima	48
5.3	Oikeuspsykiatrinen hoitojärjestelmä on toivon ylläpitämisen perusta ...	49
5.3.1	Laitoshoidon toimiminen	50
5.3.2	Avohoitopalvelujen toimiminen	52

5.4	Oikeuspsykiatrisen hoidon ammatillinen arvoperusta on toivon ylläpitämisen perusta	54
5.4.1	Hoitavien henkilöiden ammatillinen kiinnostuminen oikeuspsykiatriseen hoitoon	54
5.4.2	Potilaan kohtaaminen läsnä olevana ihmisenä	56
5.4.3	Hoitavien henkilöiden ammatillisen arvoperustan ylläpitäminen	58
5.5	Oikeuspsykiatrisen hoidon interventiot potilaan toivon ylläpitämiseksi	60
5.5.1	Hoitosuhde omahoitajan kanssa	60
5.5.2	Selkeiden yksilöllisten tavoitteiden asettaminen potilaalle hoidon etenemiseksi	63
5.5.3	Potilaan voimavarojen vahvistaminen hoidon eri vaiheissa	65
5.5.4	Potilaslähtöisen turvallisen hoitoympäristön luominen	69
5.5.5	Potilaan elämäntaitojen vahvistaminen	72
5.5.6	Toivon ylläpitäminen työryhmässä	74
5.6	Potilaan toipuminen interventioiden avulla ylläpitää potilaan toivoa ...	76
5.6.1	Potilaan virittäytyminen omaan kuntoutumiseen	76
5.6.2	Potilaan itsemääräämisoikeuden lisääntyminen hoidon aikana .	79
5.6.3	Potilaan identiteetin vahvistuminen hoidon aikana	82
5.7	Potilaan verkosto ja ihmissuhteet hoidon aikana ylläpitävät potilaan toivoa	84
5.7.1	Potilaan ja läheisten toimiva yhteistyö	84
5.7.2	Sosiaalisten suhteiden ylläpitäminen potilastovereiden kanssa ...	88
5.7.3	Potilaan läheisten ja hoitavien henkilöiden välinen yhteistyö	90
5.8	Yhteenvedo tuloksista	92
6	POHDINTA	94
6.1	Tutkimuksen eettisyys	94
6.2	Tutkimuksen luotettavuus	99
6.3	Tulosten tarkastelu	102
6.4	Tulosten hyödyntäminen	113
6.5	Johtopäätökset	114
6.6	Jatkotutkimusohdotukset	115
	LÄHTEET	116
	LIITTEET	131
	Liite 1. Hakuhistoria CINAHL, Medline, PsycINFO	131
	Liite 2. ”Oikeuspsykiatrisen potilaan toivon ylläpitäminen” -tutkimus , Tiedote potilaalle	132
	Tiedote vastaanottajalle	133

Liite 3. Suostumuslomake	134
Liite 4. Taustatiedot potilaat	135
Liite 5. Taustatiedot läheinen	136
Liite 6. Taustatiedot hoitajat	137
Liite 7. Taustatiedot lääkärit	138

Kuvioluettelo

Kuvio 1. Luottamuksellisen yhteistyön rakentuminen hoitoprosessin aikana ylläpitää potilaan toivoa	47
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Taulukkoluetelo

Taulukko 1. Tietokantahaku 8.12.2017	20
Taulukko 2. Julkaisujen mukaanottokriteerit	20
Taulukko 3. Julkaisujen poissulkukriteerit	20
Taulukko 4. Esimerkkejä substantiivisista koodeista, alakategorioista ja yläkategorioista	45
Taulukko 5. Oikeuspsykiatrisen potilaan toivo on kantava voima	49
Taulukko 6. Laitoshoidon toimiminen	50
Taulukko 7. Avohoitopalveluiden toimiminen	52
Taulukko 8. Hoitavien henkilöiden ammatillinen kiinnostuminen oikeuspsykiatriseen hoitoon	54
Taulukko 9. Potilaan kohtaaminen läsnä olevana ihmisenä	57
Taulukko 10. Hoitavien henkilöiden ammatillisen arvoperustan ylläpitäminen	59
Taulukko 11. Hoitosuhde omahoitajan kanssa	60
Taulukko 12. Selkeiden yksilöllisten tavoitteiden asettaminen potilaalle hoidon etenemiseksi	64
Taulukko 13. Potilaan voimavarojen vahvistaminen hoidon eri vaiheissa	66
Taulukko 14. Potilaslähtöisen turvallisen hoitoympäristön luominen	70
Taulukko 15. Potilaan elämäntaitojen vahvistaminen	72

Taulukko 16. Toivon ylläpitäminen työryhmässä	74
Taulukko 17. Potilaan virittäytyminen omaan kuntoutumiseen	77
Taulukko 18. Potilaan itsemääräämisoikeuden lisääntyminen hoidon aikana	80
Taulukko 19. Potilaan identiteetin vahvistuminen hoidon aikana	83
Taulukko 20. Potilaan ja läheisten toimiva yhteistyö	84
Taulukko 21. Sosiaalisten suhteiden ylläpitäminen potilastovereiden kanssa	88
Taulukko 22. Potilaan läheisten ja hoitavien henkilöiden välinen yhteistyö	90

1 JOHDANTO

Oikeuspsykiatrisella potilaalla tarkoitetaan henkilöä, jonka Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL) on määrännyt hoitoon tahdosta riippumattomaan psykiatriseen sairaalahoitoon tai kehitysvammaisten erityishuoltoon joko mielentilatutkimuksen jälkeen tai sairaalahoidon tarpeen arvion jälkeen. Suomessa oikeuspsykiatrisella statuksella hoidossa olevia potilaita on noin neljäsataa. (Rautanen ym. 2015.) Yksi tahdosta riippumattoman psykiatrisen sairaalahoidon lähtökohdista on, että henkilö sairastaa mielisairautsasoista häiriötä (Mielenterveyslaki 1990/1116). Suurimmalla osalla oikeuspsykiatrisista potilaista onkin todettu skitsofreniaspektrin häiriö (Eronen ym. 2012). Oikeuspsykiatrisen potilaan hoitajakson pituus on aina yksilöllinen, mutta se kestää tyypillisesti useita vuosia, sillä hoitoon määrätyt henkilöt ovat vakavasti sairaita ja heidän elämäntilanteensa ovat usein erittäin vaikeita. Sekä psykiatrisen sairaalahoidon että kehitysvammaisten erityishuollon lopettamisesta päättää THL. Ennen psykiatrisen sairaalahoidon päättymistä henkilö voidaan päästää THL:n päätöksellä niin sanotulle valvonta-ajalle sairaanhoitopiirin toimintayksikön valvontaan. Valvonta-aikapäätös tehdään korkeintaan puoleksi vuodeksi kerrallaan ja sen aikana tahdosta riippumattoman hoidon päätös on edelleen voimassa. Kehitysvammaisten osalta vastaavaa valvonta-aikamahdollisuutta ei ole.

Syyntakeisuudesta päättää aina tuomioistuim, kun taas oikeuspsykiatristen potilaiden hoito määräytyy terveydenhuollon lainsäädännön mukaan. Rikoslaiissa syyntakeisuus ymmärretään ihmisen normaaliksi tilaksi, joka määritellään käänteisesti syyntakeettomuuden kautta: tekijää pidetään syyntakeettomana, jollei hän ole rikoksensa tekohetkellä kyennyt mielisairauden, syvän vajaamielisyyden tai vakavan mielenterveyden tai tajunnan häiriön vuoksi ymmärtämään tekonsa tosiasiallista luonnetta tai oikeuden vastaisuutta tai hänen kykynsä säädellä käyttäytymistään on edellä mainituista syistä ratkaisevasti heikentynyt (Rikoslaki 3:4.2§). Päihtymystä tai muuta tilapäistä tajunnan häiriötä, johon tekijä on itsensä saattanut, ei oteta syyntakeisuusarviossa huomioon, ellei tähän ole erityisen painavia syitä (Rikoslaki 3:4.4§).

Psykykkisten häiriöiden ja väkivaltaisuuden yhteys on ollut oikeuspsykiatrisen tutkimuksen kiistanalaisimpia kysymyksiä. Yleisesti ottaen, mielenterveyden häiriöihin liittyvä väkivaltaisuus on harvinaista, ja mielenterveyden häiriöistä kärsivät henkilöt ovat useammin väkivaltarikosten uhreja kuin tekijöitä. Tutkimus on kuitenkin osoit-

tanut kohonneen väkivaltariskin liittyvän alkoholin käyttö häiriöihin sekä antisosiaaliseen persoonallisuushäiriöön. (Eronen ym. 1997.) Useimmat skitsofreniaspektrin häiriötä sairastavat henkilöt eivät ole koskaan väkivaltaisia, mutta Fazelin ja kumppaneiden (2009) meta-analyysin perustuen skitsofreniaan liittyy yleisväestöä korkeampi riski väkivaltakäyttäytymiseen. Merkittävä osa havaitusta kohonneesta riskistä selittyy kuitenkin samanaikaisella päihteiden ongelmakäytöllä.

Henkirikollisuuden taso on Suomessa tällä hetkellä korkeampi kuin muussa läntisessä Euroopassa. Useimmiten henkirikollisuudessa on kyse syrjäytyneiden ja alkoholisoituneiden miesten keskinäisestä väkivallasta. Vuonna 2015 Suomessa tehtiin 104 kuolemaan johtanutta väkivaltarikosta (Lehti ym. 2016). Tilastokeskuksen mukaan vastaava luku on 97 (SVT 2016). Eron selittää se, että Tilastokeskus ei sisällytä lukuunsa yhdistelmää ”pahoinpitely ja kuolemantuottamus”. Suomessa henkirikoksia tehdään asukasluvuun suhteutettuna selvästi vähemmän kuin Venäjällä ja Baltian maissa, mutta enemmän kuin läntisissä naapurimaissamme. Suomen henkirikollisuuden taso oli 1,6 rikosta 100 000:ta asukasta kohti. Ruotsissa vastaava luku on 0,8 ja Venäjällä 13,2. Muita Pohjoismaita korkeampi taso johtuu pääasiassa syrjäytyneiden ja alkoholiongelmaisten miesten alkoholin vaikutuksen alaisina tekemistä rikoksista. Työssä käyvä osa väestöstä ei syyllisty Suomessa rikoksiin enempää kuin muissa Pohjoismaissa. (Lehti ym. 2016.) Oikeuspsykiatrisia potilaita on hoidossa muistakin syistä kuin henkirikoksista. Oikeuspsykiatristen asioiden lautakunnassa käsitellyt asiat vuosien 2007–2016 aikana osoittavat, että oikeuspsykiatristen potilaiden tekemät pahoinpitelyt, seksuaalirikokset ja tuhopoltot ovat pysyneet määrällisesti samalla tasolla vuosia. (THL 2016a.)

Mielenterveyden häiriöt ovat yleisiä, esimerkiksi psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa hoidettiin vuonna 2015 noin 170 000 potilasta. Heistä oli vuodeosastohoidossa reilu 23 000 ja avohoitokäyntejä oli 2 miljoonaa (THL 2016b). Yleisimmät häiriöryhmät ovat masennustilat, ahdistuneisuushäiriöt ja päihteiden käyttöhäiriöt. Suomessa skitsofrenian elämänaikainen esiintyvyys on 0,9 % ja kaikkien psykoottisten häiriöiden puolestaan 3,1 % (Perälä ym. 2007). Mielenterveyden häiriöihin liittyy subjektiivista kärsimystä ja elämän laadun heikkenemistä. Niihin sairastutaan tyypillisesti nuoruusiässä tai nuorena aikuisena, ja osalla potilaista häiriöt kroonistuvat ja aiheuttavat merkittävää työ- ja toimintakyvyn laskua. Mielenterveyshäiriöillä on siis suuria kansantaloudellisia vaikutuksia sekä huomattava yhteiskunnallinen merkitys. (Suvisaari 2013; Joukamaa ym. 2011.)

Perheenjäsenen psyykinen sairastaminen vaikuttaa koko perheen elämään (Zauszniewski ym. 2010; Margetic ym. 2008; Chang & Horrocks 2006). Sairastuminen aiheuttaa usein häpeää ja elämänlaadun heikentymistä potilaiden itsensä lisäksi myös heidän läheisilleen (van Os & Kapur 2009; Mueser & McGurk 2004; Tweedell ym. 2004). Läheiset ovat kuitenkin merkittävä voimavara potilaalle ja heillä on mer-

kittävä rooli potilaan kuntoutumisessa (Absalom-Hornby ym. 2011; Laithwaite & Gumley 2007; Chang & Horrocks 2006; Bland & Darlington 2002). Perheen ja läheisten merkitys korostuu entisestään, kun aletaan suunnitella potilaan siirtymistä avohoittoon. Vakavaa mielenterveyden häiriötä sairastavan potilaan hoitoon tuleekin pyrkiä aina ottamaan mukaan perhe ja/tai muut potilaalle läheiset ihmiset. (González-Torres ym. 2007; Pejler 2001.)

Hoitotyön tehtävä on psyykkisesti sairaan henkilön voimavarojen tunnistaminen ja niiden vahvistaminen. On tärkeä uskoa potilaan kykyihin ja mahdollisuuksiin sekä mahdollistaa hänelle onnistumisen kokemuksia. (Harrison & Gill 2010; Kylmä ym. 2006; Moore 2005.) Psykiatrisen potilaan hoitotyössä yksilöllisyys on lähtökohta. Yksilöllisyyden lähtökohtana puolestaan on potilaan riittävän hyvä tunteminen. Onkin tärkeää, että oikeuspsykiatristen potilaiden kanssa tehdään tiivistä yhteistyötä ja huomioidaan potilaan henkilökohtaiset ominaisuudet ja muut hänelle tärkeät näkökulmat. (Kaliski & Clercq 2012; Dekhtyar ym. 2012.)

Maailman psykiatriyhdistyksen (World Psychiatric Association) määrittelemissä eettisissä ohjeissa todetaan, että psykiatrian tehtävä lääketieteen erikoisalana on parhaan mahdollisen hoidon tarjoaminen ihmisille, jotka kärsivät mielenterveyden häiriöistä sekä heidän kuntouttamisensa (Madridin julistus 1996). Euroopan mielenterveyden toimintasuunnitelma (The WHO European Mental Health Action Plan 2013) listaa neljä ydintavoitetta, joissa korostuvat psykiatristen potilaiden tasa-arvoiset mahdollisuudet mielen hyvinvointiin. Nämä neljä ydintavoitetta ovat ihmisarvo, palveluiden saatavuus ja vaikuttavuus sekä oikeus kunnioittavaan, turvalliseen ja vaikuttavaan hoitoon. Suomen perustuslain (731/1999) mukaan ”jokaisella ihmisellä on oikeus elämään, henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen”. Perustuslain ja YK:n ihmisoikeuksien julistuksen (Yhdistyneet kansakunnat 1948) mukaiset oikeudet kuuluvat luonnollisesti myös psyykkisesti sairaille ihmisille. Oikeuspsykiatria on itsenäinen, mutta nuori lääketieteen erikoisala (Sadoff 2015; Sepälä 2014). Hyvä oikeuspsykiatrisen hoitaminen on valveutunutta, eettistä asioiden ajattelua ja pohdintaa (Putkonen & Huttunen 2007).

Historia on todistanut toivon merkityksen voimavarana ihmisten selviytymisessä. Toivo kantaa niin pieniä kuin suuriakin yksilöitä ja yhteisöjä. Toivo on asia, joka antaa ihmisille voimia nousta ja jatkaa eteenpäin. (Lehtonen 2013; Tasmuth 2013.) Jokainen ihminen haluaa tuntea toivoa. Toivon ylläpitäminen hoidossa on tärkeää, koska toivo on elämän perusvoimavara (Kylmä 2005). Se on tärkeä tekijä pitkäaikaissairauksista sekä elämää uhkaavista tilanteista selviytymisessä. Toivo on tärkeä tekijä ihmisen kaikinpuoliselle hyvinvoinnille. (Huttunen 2012; Koehn & Cutcliffe 2007; Kelly & Gamble 2005; Kylmä 2005; Moore 2005.) Moore (2005) on todennut, että toivo on

psykiatrisen hoitotyön ydin. Tässä väitöskirjassa keskitytään tutkimaan oikeuspsykiatristen potilaiden toivoa ja sen ylläpitämistä.

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata toivoa ja kehittää substantiivinen teoria oikeuspsykiatristen potilaiden, heidän läheistensä sekä hoitavien henkilöiden näkökulmasta oikeuspsykiatrisen potilaan toivon ylläpitämisestä. Teoria määritellään tiedoksi, joka on järjestetty systemaattisesti. Se määrittelee, millainen tutkittava ilmiö on luonteeltaan ja rakenteeltaan, millaisia käsitteitä siihen liittyy ja miten käsitteet liittyvät toisiinsa. Teoria on kehitetty jotakin tiettyä tarkoitusta varten tavalla, joka on tieteellisen käytännön mukainen. Teoriaa voidaan käyttää apuna empiirisen maailman ymmärtämisessä, selittämisessä, ennustamisessa ja ohjaamisessa. (McKenna ym. 2014; Lauri & Kyngäs 2005.) Hoitotyössä käytetään tavallisimmin keskitason teorioita. Substantiivisen keskitason teorian avulla voidaan ymmärtää ihmisten toimintaa ja käyttäytymistä. (Peterson & Bredow 2009; McEwen 2007.) Substantiivisen teorian käytännönläheisyyden takia on todennäköistä, että teoria voidaan ottaa käyttöön käytännön hoitotyössä (McKenna ym. 2014; Lauri & Kyngäs 2005).

2 TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT

Tutkimuksen lähtökohtien kuvaamiseksi on tehty ensimmäinen kirjallisuushaku vuonna 2013. Alustava kirjallisuushaku tehtiin tutkimussuunnitelmaa laadittaessa. Varsinainen kirjallisuushaku ja siinä käytettävät hakusanat laadittiin yhdessä informaation avustuksella vuonna 2015. Kirjallisuushaku tehtiin 5.1.2016 ja päivitettiin 8.12.2017 (taulukko 1). Päivitetty haku ei tuottanut aiheen kannalta oleellisia uusia tuloksia. Tutkimuksen päivitetyn kirjallisuushaun lisäksi tehtiin vapaasanahakuja sanoilla psychiatry, hope, schizophrenia, family members ja nursing. Tutkimuksia, jotka kohdentuivat skitsofreniapotilaan toivoon perheen näkökulmasta, löytyi 14 kappaletta. Skitsofreniapotilaan perhehoitotyöstä löytyi 63 julkaisua. Tutkimuksen lähtökohtien tarkastelussa käytetään skitsofreniapotilaiden toivoon ja skitsofreniapotilaiden läheisiin liittyviä tutkimuksia, koska oikeuspsykiatrisista potilaista suurin osa sairastaa skitsofreniaa. Oikeuspsykiatristen potilaiden toivosta löytyi seitsemän julkaisua.

Hakuhistoria kuvataan liitteessä 1. Kirjallisuushaut tehtiin kansainvälisistä tietokannoista CINAHL, Medline ja PsycINFO. Haku rajattiin vuosille 2005–2017 suomen- ja englanninkielisiin tutkimuksiin. Kaikissa tietokannoissa käytettiin hakusanoina hope*, forens* or crimi* or legis* psyc* or mental*. CINAHL-tietokannasta löytyi yhteensä 65 viitettä, joista otsikoiden ja tiivistelmien perusteella valittiin mukaan kuusi viitettä. MEDLINE-tietokannasta löytyi yhteensä 280 viitettä, joista otsikoiden ja tiivistelmien perusteella valittiin mukaan seitsemän viitettä joita käytetty. PsycINFO-tietokannasta löytyi yhteensä 62 viitettä, joista otsikoiden ja tiivistelmien perusteella käytettiin kymmentä viitettä. PsycINFO-tietokannasta tehty päivitetty kirjallisuushaku tuotti erilaisen hakutuloksen aikaisempaan verraten. Tietokannasta löytyi päivityksessä yhteensä 27 viitettä. Eron voi selittää tietokannan toimittajan vaihtuminen. Taulukossa 2 kuvataan julkaisujen mukaanottokriteerit. Taulukossa 3 esitetään julkaisujen poissulkukriteerit.

Taulukko 1. Tietokantahaku 8.12.2017

	OVID Medline	CINAHL	PsycINFO	Julkaisut yhteensä
Hakusanat: forens* or crimi* or legis* psyc* or mental* hope*	280	65	27	372
Otsikon ja tiivistelmän perusteella valitut julkaisut	21	12	15	45
Kirjallisuuskatsaukseen valitut julkaisut	7	6	10	23

Taulukko 2. Julkaisujen mukaanottokriteerit

Englannin- tai suomenkielinen artikkeli
Julkaistu 2005–2017
Julkaisu tieteellisessä lehdessä, joka käyttää vertaisarviointia
Tutkimus kohdistui aikuisiin oikeuspsykiatriisiin yli 18-vuotiaisiin potilaisiin

Taulukko 3. Julkaisujen poissulkukriteerit

Kaksoiskappale tutkimuksesta
Tutkimus kohdistui ala-ikäisiin

Kirjallisuuskatsaukseen valitut julkaisut:

1. Brown, S. & Lewis, K. 2015. Hope for successful implementation of psychosocial/ psychiatric rehabilitation in the forensic mental health setting. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 38(4), 365–370.
2. Cashin, A., Newman, C., Eason, M., Thorpe A., & O’Discoll, C. 2010. An ethnographic study of forensic nursing culture in an Australian prison hospital. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 17, 39–45.
3. Craik, C., Bryant, W., Ryan, A., Barclay, S., Brooke, N., Mason, A. & Russell, P. 2010. A qualitative study of service user experiences of occupation in forensic mental health. *Australian Occupational Therapy Journal* 57(5), 339–344.
4. Cromar-Hayes, M. 2015. Recovery in a high secure hospital in England. *Mental Health Practice* 18(8), 32–37.
5. Dekhtyar, M., Beasley, C., Jason, L. & Ferrari, J. 2012. Hope as a Predictor of Reincarceration Among Mutual-Help Recovery Residents. *Journal of Offender Rehabilitation* 51, 474–483.

6. Dutta, S., Majid, S. & Vollm, B. 2016. Experiences and Perceptions of Nursing Staff Working With Long-Stay Patients in a High Secure Psychiatric Hospital Setting. *Journal of Forensic Nursing* 12(3), 111–119.
7. Edworthy, R., Sampson, S. & Vollm, B. 2016. Inpatient forensic-psychiatric care: Legal framework and service provision in three European countries. *International Journal of Law and Psychiatry* 47, 18–27.
8. Flesaker, K. & Larsen, D. 2012. To offer hope you must have hope: Accounts of hope for reintegration counsellors working with women on parole and probation. *Qualitative Social Work* 11, 61–69.
9. Holttum, S. 2012. Research watch: recovery as a personal journey: how mental health services are trying to support it. *Mental Health and Social Inclusion* 16(4), 169–174.
10. Jacobs, B., Bruce, M., Sonigra, K. & Blakesley, J. 2010. Service user experiences of a community forensic personality disorder service: A qualitative survey. *British Journal of Forensic Practice* 12(4), 47–55.
11. Kaliski, SZ. & Clersq, HG. 2012. When coercion meets hope: Can forensic psychiatry adopt the recovery model? *African Journal of Psychiatry* 15, 162–166.
12. Law, F. & Guo, G. 2012. Hope and Recovery from Substance Abuse for Female Drug Offenders in Taiwan. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 56(8), 1258–1282.
13. Martin, K. & Stermac, L. 2010. Is Hope Related to Criminal Behavior in Offenders? *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 54(5), 693–705.
14. Moulden, H.M. & Marshall, W.L. 2005. Hope in the treatment of sexual offenders: the potential application of hope theory. *Psychology, Crime & Law* 11(3), 329–342.
15. Nedderman, A.B., Underwood, L.A., Hardy, V.L. 2010. Spirituality Group with Female Prisoners: Impacting Hope. *Journal of Correctional Health Care* 16(2), 117–132.
16. Niebieszczanski, R., Dent, H. & McGowan, A. 2016. Your personality is the intervention: a grounded theory of mental health nurses' beliefs about hope and experiences of fostering hope within a secure setting. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology* 27(3), 419–442.
17. Ryba, N. 2008. Cognitive-Behavioral Therapy for Offender Hopelessness: Lessons from Treatment of Forensic Inpatients. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 38, 73–80.
18. Sharfstein, S. 2015. Despair or hope: the future of mental health service delivery in the United States. *Journal of Nervous and Mental Disease* 203, 241–242.

19. Shepherd, A., Doyle, M., Sanders, C. & Shaw, J. 2016. Personal recovery within forensic setting – Systematic review and meta-synthesis of qualitative methods studies. *Criminal Behavior and Mental Health* 26(1), 59–75.
20. Tschoppa, M., Perkins, D., Hart-Katunb, H., Born, D. and Holta, S. 2007. Employment barriers and strategies for individuals with psychiatric disabilities and criminal histories. *Journal of Vocational Rehabilitation* 26, 175–187.
21. Wu, H.C. 2010. The protective effects of resilience and hope on quality of life of the families coping with the criminal traumatization of one of its members. *Journal of Clinical Nursing* 20, 1906–1915.

Tässä tutkimuksessa potilaasta käytetään käsitettä oikeuspsykiatrinen potilas. Läheiset ihmiset ovat potilaalle tärkeitä ihmisiä, kuten elämäkumppani tai hyvä ystävä. Perheellä tarkoitetaan niitä ihmisiä, jotka potilas on määritellyt omaksi perheekseen. Hoitotyössä potilaat määrittelevät itse oman perheensä (Åstedt-Kurki ym. 2008). Tutkimukseen osallistuneista terveydenhuollon ammattilaisista käytetään käsitettä hoitavat henkilöt. Heitä ei eritellä koulutuksen mukaan tässä tutkimuksessa sen tarkemmin.

2.1 Oikeuspsykiatrinen potilas

Oikeuspsykiatriassa kohdataan vaikeasti sairaita ihmisiä. Harvoin ensimmäinen oire on rikos, mutta joissakin tilanteissa hyvinkin hoidettuna sairauden oireet voivat johtaa siihen. (Tenkanen 2010.) Väkivaltarikos kohdistuu usein potilaalle tuttuun ihmiseen (Shaw ym. 2004). Oikeuspsykiatristen potilaiden tekemät rikokset ovat yleisimmin väkivaltarikoksia, henkirikoksia ja seksuaalirikoksia. Oikeuspsykiatristista potilaista väkivaltarikoksen on tehnyt puolet, ja usein tämä väkivaltarikos on ollut henkirikos. (THL 2016b; Hakola 2002.)

Suomessa oikeuspsykiatrisella statuksella hoidettavista potilaista noin 80 % sairastaa skitsofreniaa (Tenkanen ym. 2011). Skitsofrenia on vakava mielenterveyden häiriö, joka saattaa lamaannuttaa ihmisen monin erin tavoin. Se vaikuttaa haitallisesti emotionaalisiin ja kognitiivisiin toimintoihin sekä ihmisen käyttäytymiseen. Skitsofreniaa sairastavat potilaat ovat kuvanneet oireitaan pelottaviksi ja sietämättömiksi hetkiksi itselleen sekä ympäristölle. Potilaat ovat kuvanneet skitsofrenian oireet synkinä niiden laajakirjoisuuden takia. Skitsofreniaa sairastavan potilaan sairaalahoitojakso voi pitkittyä hoitoa vaativien oireiden hoitamisen pitkittymisen ja lääketieteellisen seurannan takia. Potilas voi tuntea omien toiveidensa olevan yhä kauempana ja koko elämän menevän täysin sekaisin. Skitsofreniaa sairastavat potilaat ovat kuvanneet, että elämässä kiinni pysymiseen riittää pienikin toivon kipinä. (Noiseux & Ricard 2008; Isohanni ym. 2007.) Monet skitsofreniaa sairastavat kuntoutuvat huomattavasti ajan

kuluessa (Lysaker & Buck 2008; Isohanni ym. 2007), vaikkakin skitsofrenian on ajateltu pitkään olevan sairaus, jossa on vain vähän toivoa paremmasta (Lysaker ym. 2010; Rudnick 2008).

Skitsofreniaan kuten muihinkin psykiatriisiin häiriöihin liittyy lisääntynyt päihdeongelman todennäköisyys. Huumausaineiden käyttäjillä on alkoholi-ongelmaisia useammin muita samanaikaisia mielenterveyden häiriöitä. (Vorma & Aalto 2013.) Skitsofrenia on yksi väkivaltaisen käyttäytymisen riskitekijä (Kuehn 2012; Walsh & Buchanan 2002). Väkivaltainen käytös liittyy useasti samoihin ongelmiin kuin terveemmilläkin ihmisillä, mutta sitä lisää 25-kertaiseksi skitsofrenian kanssa samanaikaisesti esiintyvä päihteiden käyttö sekä persoonallisuushäiriö, etenkin epäsosiaalinen persoonallisuushäiriö (Tiihonen 2004).

Kaikkein stigmatisoivimmiksi sairauksiksi on arvioitu psykkiset sairaudet ja etenkin skitsofrenia (Dinos ym. 2004). Oikeuspsykiatrisilla potilailla on kaksinkertainen häpeäleima sairautensa sekä rikoksen vuoksi (Coutts 2011; Margetic ym. 2008), tai heillä voi olla kolminkertainen häpeäleima, koska päihteiden käyttökin lisää häpeäleimaa (Hatrwell 2004). Häpeäleimalla voi olla merkittävä vaikutus yksilöön ja koettuun toivottomuuteen (Verhaeghe ym. 2008). Oikeuspsykiatrisen potilas voi kohdata tunteita syyllisyydestä häpeään, ja toivottomuus saattaa helposti vallata skitsofreniapotilaan, kun hän alkaa hahmottaa itseään ja omakuvaansa ainoastaan sairautensa, sen leimaavuuden sekä sairauteensa liitettyjen uskomusten kautta (Margetic ym. 2008; Koehn & Cutliffe 2007; Lysaker ym. 2007; Karow & Pajonk 2006).

Oikeuspsykiatrisen potilas voi kohdata tunteita syyllisyydestä häpeään. Toivottomuus saattaa helposti vallata skitsofreniapotilaan, kun hän alkaa hahmottaa itseään ja omakuvaansa ainoastaan sairautensa, sen leimaavuuden sekä sairauteensa liitettyjen uskomusten kautta. (Margetic ym. 2008; Wright ym. 2008; Koehn & Cutliffe 2007; Lysaker ym. 2007; Karow & Pajonk 2006.) Psykiatriisiin sairauksiin liitetään myyttejä ja uskomuksia, joiden vuoksi ihminen voi tulla syrjityksi. Työn tekeminen on aina ollut tehokas keino auttamaan potilasta selviytymisessä eteenpäin (Tschoppa ym. 2007).

Sosiaalisten taitojen puute skitsofreniaa sairastavalla henkilöllä lisää sosiaalista häpeää, joka haittaa henkilön elämää. Häpeäleimaa voidaan ehkäistä (Sartorius 2006), ja tällöin skitsofreniapotilaalla on yhä enemmän toivoa elämässään (Rudnick 2008). Kohonneen itsetunnon ansiosta potilas tuntee itsensä toiveikkaaksi ja sisäistetty leimautuminen vähenee (Mashiach-Eizenberg ym. 2013). Sosiaaliset prosessit luovat mielihyvää skitsofreniaa sairastavalle henkilölle. Tutkimuksessa on todettu, että skitsofreniaa sairastava henkilö haluaa sosiaalisia suhteita ja nauttii niistä (Roe & Davidson 2005).

Ryhmään kuuluminen on yhteydessä parempaan elämänlaatuun kaikilla ihmisillä. Skitsofreniaa sairastavilla se edistää samalla tavalla tyytyväisyyttä ja positiivisia tunteita (Hvalsoe & Josephsson 2003). Maslown (1970) määrittelemät ihmisen inhimil-

liset perustarpeet ovat fysiologiset perustarpeet, turvallisuus, rakkaus ja sosiaalisen arvostuksen tarve. Maslown mukaan näitä elementtejä tarvitaan kasvamiseen ja kehittymiseen ihmisenä. Skitsofreniapotilaan sosiaalisten suhteiden muodostamisessa ja ylläpitämisessä keskeisiä ulottuvuuksia ovat ihmisten läheisyys, rutiinit ympäristössä, vastavuoroisuus, pysyvyys, toivo ja ymmärtäminen (Lencucha ym. 2008).

Hoitotyöhön tarvitaan lisää keinoja, joilla skitsofreniaa sairastava henkilö voi motivoitua enemmän omaan hoitoonsa (Jacobs ym. 2010; Noiseux & Ricard 2008). Oikeuspsykiatrisen hoitotyön haasteena on löytää keinot siihen, kuinka saada potilas osallistumaan hoitoonsa ja saada potilas motivoitumaan kuntoutumisestaan. Motivaation muotoja on erilaisia: On sisäinen motivaatio, jossa henkilö kiinnostukseen perustuen käyttäytyy tai etenee kohti tavoitetta. Ulkoinen motivaatio taas on suorittamista palkintoon tai rangaistukseen perustuen. (Deci & Ryan 2008.)

On erittäin tärkeää, että oikeuspsykiatrisen potilas otetaan aktiiviseksi osallistujaksi hoitoonsa (Cromar-Hayes 2015; Tenkanen 2010; Craik ym. 2010; Hillbrand & Young 2008). Potilaat ovat itse parhaita kertomaan omista kokemuksistaan (Jacobs ym. 2010; Noiseux & Ricard 2008), ja hoitajien tulisikin tehdä yhteistyötä potilaiden kanssa vaikeiden asioiden käsittelemiseksi (Askola ym. 2016).

Oikeuspsykiatristen potilaiden määrä on kasvanut useissa maissa sekä Pohjoismaissa että muualla Euroopassa ja Kanadassa. Syitä tähän on useita: sairaansijojen vähentäminen ei yksin selitä ilmiötä. Mahdollisesti syitä ovat myös päihdeongelmien yleistyminen, sosiaalisen tuen väheneminen, ongelmien kasautuminen muutenkin väestössä, psykiatrisen sairastamisen yleistyminen ja vaikeutuminen teollistuneessa yhteiskunnassa, yksityisten asumispalveluiden tarjonta ja ”zeitgeist” eli riskinhallinnan korostuminen sekä yleispsykiatrian asenteet potilaisiin, jotka eivät sopeudu järjestelmän vaatimuksiin. (Schanda ym. 2009; Priebe ym. 2005.)

Usean Euroopan maan kokemukset osoittavat, että psykiatrian sairaansijojen vähentäminen ja sairaalahoitoaikojen lyhentäminen johtavat oikeuspsykiatrian palvelujen kysynnän lisääntymiseen (Priebe ym. 2005). Voisi jopa väittää, että potilaista osa pääsee tarpeenmukaiseen hoitoon vasta tehtyään rikoksen. Näin menetetään etenkin nuorten potilaiden kohdalla kuntoutumispotentiaali ja varhainen puuttuminen sekä kerätään potilaalle psykologista painolastia rikolliseksi identifioitumalla. Parasta väkivallan ehkäisyä olisi syrjäytymisen ehkäisy. Osa potilaista päätyy itsemurhaan, jonka riski psykoosipotilailla on huomattavan korkea verrattuna yleisväestöön. (Hallikainen & Repo-Tiihonen 2015; Swanson ym. 2015; Putkonen & Huttunen 2007.) Kansainvälisessä vertailussa oikeuspsykiatrian alalla on eroa eri maiden välillä ainakin palvelun tarjoajan, hoitoon määräämisen, rikosoikeudellisen vastuun ja hoidon osalta (Edworthy ym. 2016).

2.2 Oikeuspsykiatrisen potilaan läheiset

Läheiset ihmiset ovat tärkeitä kaikkien ihmisten elämässä (Kontula 2004). Psykkinen sairaus vaikuttaa koko perheen elämään (Rowaert ym. 2016; Zauszniewski ym. 2010; Margetic ym. 2008; Chang & Horrocks 2006). Perheen ja läheisten ihmisten merkitys korostuu, kun halutaan parantaa oikeuspsykiatristen potilaiden kuntoutumista avohoitoon. Perhe ja läheiset ovat tärkeimpiä potilaan hoidossa (Mattila ym. 2009), ja skitsofreniapotilaiden tehokkaassa avohoidossa heidät tulisi ottaa mukaan potilaan hoitoon (González-Torres ym. 2007; Pejler 2001). Läheiset ovat oikeuspsykiatrisen potilaan voimavara, ja he saattavat olla merkittävä osa kuntoutumisprosessia (Absalom-Hornby ym. 2011; Laithwaite & Gumley 2007; Chang & Horrocks 2006; Bland & Darlington 2002; Rose ym. 2002).

Skitsofreniaan liittyy sekä potilaiden että läheisten kärsimystä sekä toimintakyvyn ja elämänlaadun laskua (van Os & Kapur 2009; Mueser & McGurk 2004; Tweedell ym. 2004). Skitsofreniapotilaiden läheiset ovat ilmaisseet itseensä kohdistuvasta syrjinnästä ja ennakkoluuloista sekä kertoneet tuntevansa häpeää ja syyllisyyttä (Branimir ym. 2008; Margetic ym. 2008; Villares & Sartorius 2003). Läheisten ollessa mukana potilaan hoidossa he tukevat potilasta (Mattila ym. 2009; Engström & Soderberg 2007).

Skitsofreniaa sairastavan läheiset toivovat sairastuneelle parempaa elämää. Sairaalahoitoon on koettu olevan ajanjakso, joka voi tuottaa toivoa paremmasta, vaikka sairaalahoitoon liittyy myös negatiivisia kokemuksia. (Pejler 2001.) Perheet toivovat, että heidän läheisensä kärsimys loppuisi ja hän voisi elää elämäänsä itsenäisesti (Tweedell ym. 2004).

Perheen kanssa työskenneltäessä on tärkeää kuunnella perheen kokemuksia. Perheyön ydin on vuorovaikutus (Moghaddasian ym. 2013; Wacharasin 2010). Hoitajien asenteet vaikuttavat perheiden huomioimiseen, mikä on tärkeä tieto interventioiden kannalta (Rahmqvist ym. 2014). Perheen näkökulmasta kuulluksi tuleminen on osoitus hyvästä hoidosta (Bell 2013; Åstedt-Kurki ym. 2008). Toimiva vuorovaikutus motivoituneen työntekijän kanssa mahdollistaa perheelle heidän oman vuorovaikutuskykynsä vahvistumisen, jolloin perheen valmiudet oman toimintansa muuttamiseen paranevat ja yhteisten ongelmien kohtaaminen on helpompaa. (Bell 2009; Tapp 2000.)

Läheisiä voidaan erilaisissa hoitoyhteyksissä vahvistaa ja heidän kokemaansa ahdistusta lievittää (Eggenberger & Nelms 2007). Myös perheenjäsenten traumoja olisi hyvä käydä läpi (Wu 2010). Terveystuella henkilökunnan tulisi tukea potilaan läheisiä antamalla heille emotionaalista tukea ja informatiivisia keskusteluja sekä auttaa heitä tunnistamaan potilaan sairauden oireita. Kun läheiset ihmiset ovat aktiivisia, he ylläpitävät potilaan toivoa. Läheisten oleminen mukana hoidossa voi keventää terveyden-

huollon taakkaa merkittävästi, ja tämän merkitystä ei pitäisi aliarvioida. (Askola ym. 2017; Parrott ym. 2015; Hernandez ym. 2013; Bauer ym. 2012.) Oikeuspsykiatristen potilaiden syrjäytyminen alkaa usein jo lapsuudesta (Törölä & Töttö 2017; Putkonen & Huttunen 2007), ja siksi perhetyön merkitys kasvaa oikeuspsykiatriassa.

2.3 Vakavasta mielenterveyshäiriöstä kärsivän potilaan toivon ylläpitäminen

Toivo on ollut aiheena filosofiassa ja teologiassa vuosisatoja. Kuitenkin vasta 1950-luvulla Menninger on tunnistanut sen olennaiseksi osaksi psykiatrian terapeuttista muutosta ja hyvinvointia. (Menninger 1959.) Greenhut (1995) on kuvannut toivoa Pandoran lippaaksi, jonka avaamalla saa aikaan harhakuvan, joka johtaa pois todellisuudesta ja nykyhetkestä. Toivoa pidetään kuitenkin yleisesti positiivisena, moniulotteisena dynaamisena prosessina, johon liittyy parempi valmius selviytyä stressaavista elämän tapahtumista (Noh ym. 2008; Valle ym. 2006; Kylmä 2005; Kylmä 1996; Holden 1992; Dufault & Martocchio 1985; Miller 1985).

Aikaisemmissa tutkimuksissa toivon on todettu olevan tärkeä psykologinen tekijä muutoksessa kohti parempaa hyvinvointia (Schränk ym. 2011; Ong ym. 2006b). Toivo on kuvattu peruselementiksi ihmisen elämässä (Kylmä 2005). Se on elämän positiivinen voima, joten se on merkittävä asia jokaiselle kuten myös skitsofreniaa sairastavalle henkilölle (Hasson-Ohayon ym. 2009; Kylmä ym. 2006). Toivo on moniulotteinen käsite, joka vaikuttaa potilaan kokemaan elämänlaatuun, koettuun terveyteen ja toipumiseen (Kortte ym. 2010; Chen & Crewe 2009; Snyder 2002).

Toivo liittyy elämän tarkoitukseen ja odotukseen päämäärien toteutumisesta. Toivolla on myönteinen merkitys ihmisen elämän muutosvaiheissa ja toipumisprosesseissa, koska se saa ihmisen tuntemaan, että hän on elossa ja että hänellä on sisäistä voimaa. (Chang & DeSimone 2001.) Toivo mahdollistaa tärkeiksi koettujen asioiden tavoittelamisen. Se myös auttaa näkemään, miten tavoitteeseen voi päästä, ja motivoi toteuttamaan asetetut tavoitteet. (Kelsey ym. 2016; Resnick ym. 2005.) Toivon kokemisen myötä ihminen voi edistää toipumistaan vakavasta mielenterveyshäiriöstä (Werner 2012).

Toivon on todettu olevan olennainen osa toipumista (Marino 2015; Van Gestel-Timmermans ym. 2010; Bonney & Stickley 2008; Shepherd ym. 2008). Toivo on syvä ja voimakas tunne; se ei ole sama kuin ilo asioiden ollessa hyvin (Law & Guo 2012; Kylmä ym. 2006; Ong ym. 2006a). Toivo on tulevaisuuteen suuntaava odotus, joka on mahdollista saavuttaa asetettujen tavoitteiden avulla omalla aktiivisuudella tai ulkoisella avulla (Schränk ym. 2008; Landeen & Seeman 2000).

Toivon on todettu olevan ydinarvo hoitamisessa (Turner & Stokes 2006; Moore 2005). Toivoa ja sen merkitystä on terveystieteissä tutkittu useissa potilasryhmissä sekä eri näkökulmista. On havaittu, että toivo on tarpeen elämää uhkaavissa sairauksissa. (Proserpio ym. 2015; Wonghongkul ym. 2000; Wilkinson 1996; Nowotny 1989.) Toivo on yleisesti tunnustettu yhdeksi kriittiseksi tekijäksi mielenterveyshäiriöistä selviytymisessä (Choe 2014; Schrank ym. 2011; Van Gestel-Timmermans ym. 2010; Roe ym. 2004). Toivolla on käänteinen vaikutus masennusoireisiin, ahdistuneisuuteen ja tuskaan sekä positiivinen vaikutus hyvinvointiin ja immuunijärjestelmän toimintaan (Schrank ym. 2008).

Toivolla on myönteinen yhteys skitsofreniaa sairastavan elämänlaatuun (Schrank ym. 2010; Hasson-Ohayon ym. 2009). Potilaille toivo merkitsee enemmän emotionaalisesti hyvää elämää, onnea, ennakkointia, parempaa tulevaisuutta ja energiaa elää elämäänsä (Choe 2014; Noh ym. 2008). Tärkeä tekijä on, että potilas voi tuntea toivoa skitsofreniasta kuntoutumisen aikana (Kaliski & Clercq 2012; Kelly & Gamble 2005).

Toivon asema ei ole vielä vakiintunut oikeuspsykiatrisessa hoidossa (Martin & Stermac 2010), mutta se on ilmeisen merkityksellinen, kun otetaan huomioon oikeuspsykiatristen potilaiden erityispiirteet (Brown & Lewis 2015; Simpson & Penney 2011). Tutkimuksissa on todettu, että oikeuspsykiatrisella potilaalla on riski menettää toivo, kun arvioitiin potilaan näkökulmasta hänen kokemuksiaan: tuskaa, syyllisyyttä ja häpeää (Mezey ym. 2010; Hillbrand & Young 2008).

Potilaan toivon huomioiva hoito naisten päihdeosastolla Taiwanissa oli saanut aikaan kokemuksen toipumiseen johtavasta muutosprosessista. Nämä potilaat pystyivät säätelemään paremmin tunteitaan, heidän itsetuntonsa oli kasvanut, ja he ajattelivat positiivisemmin kuin kontrolliryhmän naiset. (Law & Guo 2012.) Toivo auttaa ongelmien ehkäisyssä ja parantaa yksilön vahvuuksia (Dekhtyar ym. 2012). Aikaisemmassa tutkimuksessa on havaittu, että seksuaalirikoksen tehneiden kokema toivo voi vähentää riskiä uusien tekien tekemiseen. Toivo motivoi sekä muutokseen että sitkeyteen ja lisää ihmisen itsehallintaa. (Moulden & Marshall 2005.) Toivoon on liitetty myös pienempi riski uusien väkivaltatekijöiden tekemisestä tulevaisuudessa (Martin & Stermac 2010).

Toivon myötä herää hoitohenkilökunnan ymmärrys potilasta kohtaan, ja se lisää hoitointerventioiden vaikuttavuutta. Potilaat tarvitsevat motivaatiota jatkaa kohti tavoitteitaan ja myös uskoa kykyynsä tehdä asioita. Ilman motivaatiota ja energiaa tavoitteet menettävät usein merkityksensä. (Law & Guo 2011.) Toivon tunnetta vahvistaa ympäristö, jossa kannustetaan oppimisen kokemuksiin (Kelly & Gamble 2005). Potilaiden kouluttaminen parantaa tietoa omista hoitosuunnitelmista, ja kouluttamisen avulla voi antaa lisäksi ohjausta siitä, kuinka voi saada apua ja tukea, sekä kehittää keinoja sairauden kanssa selviytymiseen (Knutson ym. 2013; Kaliski & Clercq 2012; Hillbrand & Young 2008). Ihmissuhteet auttavat skitsofreniaa sairastavaa ihmistä pi-

tämään yllä toivoaan. Ihmissuhteiden merkitys toivon ylläpitämisessä on nostettu esiin monissa tutkimuksissa. (Koehn & Cutcliffe 2007; Yamashita ym. 2005; Helm 2004; Martin & Street 2003.)

Hoitavien henkilöiden tulee auttaa oikeuspsykiatrasta potilasta rakentamaan elämä uudelleen edistämällä potilaan toivoa (Noiseux & Ricard 2008). On osoitettu, että toivo on tärkeää potilaan selviytymisessä skitsofreniasta, mutta toivo kokemuksena on yksilöllistä. Onkin tärkeää, että oikeuspsykiatristen potilaiden kanssa tehdään yhteistyötä ja huomioidaan potilaan henkilökohtaiset ominaisuudet ja muut hänelle tärkeät näkökulmat. (Kaliski & Clercq 2012; Dekhtyar ym. 2012.) Skitsofreniaa sairastavan ihmisen hoidossa yhteisymmärryksen löytäminen on tärkeää. Tämä tarkoittaa sen yksilöllistä huomioimista, mikä on riittävän hyvää ihmisen jokapäiväisestä selviytymisestä. On myös tärkeää ymmärtää toivon merkitys potilaalle. Toivoa ylläpitää elämän jatkuvuus, koska siihen sisältyy mahdollisuus paremmasta elämästä. (Koehn & Cutcliffe 2007; Kylmä ym. 2006; Kelly & Gamble 2005; Moore 2005.) Tästä taustasta voi löytyä elementtejä elämän tärkeiden kokemusten vahvistumiseksi ja toivon ylläpitäjäksi. (Huttunen 2013; Moore 2005; Martin & Street 2003; Lehtonen & Lönnqvist 2001; Hanson & Taylor 2000; Peplau 1992; 1987.)

2.4 Oikeuspsykiatrinen hoitotyö

Toipuminen vakavasta mielenterveyshäiriöstä edellyttää, että hoitohenkilökunnan jäsenet huomioivat potilaan näkemykset siitä, mikä on riittävän hyvää ihmisen jokapäiväisestä elämästä selviytymistä (Lysaker ym. 2010). Potilaan maailman ymmärtäminen on perusta potilaan auttamiselle. (Arman ym. 2004.) Usein potilaiden elämä on ollut muutenkin kuin psyykkisen sairauden osalta varsin erilaista kuin hoitohenkilökunnan. Hoidon aikana on pystyttävä keskustelemaan jatkuvasti siitä, millä tavalla potilaita hoidetaan, mihin asioihin puuttuminen on sopivaa, mitä rajoituksia voidaan asettaa ja millainen normaalius on hoidon tavoitteena. On tärkeää keskustella jokaisen potilaan kanssa siitä, mitä ”normaaliuteen” kuuluu; se on käsitteenä laaja, subjektiivinen ja vaihteleva sekä sidoksissa ympäröivään kulttuuriin. Kaikilla on oma käsityksensä normaaliudesta. (Putkonen & Huttunen 2007.)

Oikeuspsykiatristen potilaiden hoitaminen saattaa olla vaativaa, koska ei ole olemassa yhdenmukaisia hoitopolkuja tai riittävän terapeuttisia hoitointerventioita, jotka parhaiten sopivat oikeuspsykiatrisille potilaille (Cowman 2014). Oikeuspsykiatrinen hoitotyö onkin vaativaa erikoissairaanhoidon (Tenkanen 2010). Oikeuspsykiatrian erityispiirteet ovat olleet pitkä hoitoaika, potilaiden itsemääräämisoikeuden rajoittaminen ja laitosmainen hoitokulttuuri rutiineineen. Hoitotyö on painottunut potilaiden

tarkkailemiseen ja hoitajien tehtävien suorittamiseen. Hoitosuunnitelmat kirjataan, mutta sisällön suunnittelemisessa on havaittu puutteita. (Cashin ym. 2010.) Hoidon keskiössä korostuvat potilaan oireiden vakauttaminen ja turvallisuusnäkökohdat (Niebieszczanski ym. 2016; Salekin & Rogers 2001).

Oikeuspsykiatrisen hoidon valvova hoitokulttuuri ja terapeuttisuuden puute eivät ole muuttuneet vuosikymmenten aikana (Cashin ym. 2010). Uhka väkivallasta ja aggressiosta luo hoitajille jatkuvan huolen, jolloin hoitotyössä täytyy koko ajan huolehtia turvallisuudesta. Hoitajat yrittävät hallita potilaiden tekemiä väärinkäytöksiä ja ylläpitää turvallista ilmapiiriä osastolla. Hoitaja voi myös vetäytyä potilaskontaktista, jotta hän selviytyy itse. (Mason ym. 2009; Mason 2002; Martin 2001.) Usein toistuva väkivalta tai sen uhan kohtaaminen voivat johtaa siihen, että hoitaja ei pysty antamaan potilaalle myötätuntoa ja tukea (Cashin ym. 2010; Weiskopf 2005; Mason 2002; Martin 2001).

Toivoa pidetään olennaisena osana psykiatristen sairauksien parissa työskentelevillä hoitajilla. Pystyäkseen antamaan potilaalle toivoa pitää sitä olla myös auttajalla (Schrank ym. 2011; Coppock ym. 2010; Hillbrand & Young 2008). Avaintekijä on auttaa potilasta hänen realististen odotuksiensa ja tavoitteidensa saavuttamisessa hoidon aikana. Työryhmän kannalta on hyödyllistä, jos työtoverit ovat omaksuneet toiveikkaat asenteet työsssänsä. Tämä mahdollistaa toiveikkaan työilmapiirin säilyttämisen. Tiedon saaminen ja tutkimustyö auttavat myös luomaan toivoa. (Knutson ym. 2013.) Uusien hoidollisten näkökulmien tuominen ja hyväksyminen oikeuspsykiatriaan etenee hitaasti verrattuna muihin mielenterveyshäiriöiden hoidon suuntauksiin (Turton ym. 2011).

Oikeuspsykiatrisen potilaan käyttäytyminen tai potilaan historia saattavat vaikuttaa hoitajien asenteisiin, jolloin hoitajat eivät usko, että terapeuttiset menetelmät auttaisivat potilaan kuntoutumisessa. Oikeuspsykiatrisessa hoitotyössä saattaa olla läsnä epäluottamuksen ilmapiiri. (Cowman 2014; Cashin ym. 2010.) Hoitajien ja potilaiden vuorovaikutukseen saattaa liittyä myös pelko manipuloiduksi tulemisesta (Love & Morrison 2002; Sheilds & de Moya 1997).

Korkean turvallisuustason (high security ward) oikeuspsykiatrisessa hoitolaitoksessa hoitajien terapeuttiset hoitotaidot ovat puutteellisemmat verrattuna matalamman turvatason (low security ward) osaston hoitajiin (Mason ym. 2009). Terapeuttista hoitotyötä oikeuspsykiatrisella osastolla voi hankaloittaa väkivallan pelko ja huoli omasta turvallisuudesta. Luottamus ja pelko tasapainoilevat oikeuspsykiatrisilla hoitajilla hoitotyössä. Nämä ongelmat voivat vaikeuttaa hoitajan ja potilaan hoitosuhteen muodostumista. (Kuosmanen ym. 2013; Mason ym. 2009.) Tällaisissa olosuhteissa on vaikea ylläpitää oikeuspsykiatrisen potilaan toivoa (Williams ym. 2011).

Oikeuspsykiatrian hoitajilla voi olla vaikeuksia sitoutua työhönsä. Heillä saattaa olla taitojen, tietojen sekä ymmärryksen puute vakavasti sairaita ihmisiä kohtaan. Oikeuspsykiatrisille hoitajille tulisi olla pakollinen oikeuspsykiatriseen hoitotyön erityispiirteisiin suuntautuva koulutus ennen töiden aloittamista. (Cowman 2014; Rahmqvist ym. 2014; James & Cowman 2007.) Oikeuspsykiatristen hoitajien tuntien olonsa turvallisiksi ammatillisesti ja henkilökohtaisesti he kykenevät täysipainoisesti tukemaan potilaan toipumista. (Cromar-Hayes 2015). Oikeuspsykiatriset hoitajat pitäisi saada aktiivisesti parantamaan omaa työympäristöään (Kuosmanen ym. 2013).

Oikeuspsykiatrisessa hoitotyössä toimivien sairaanhoitajien ammatillisen osaamisen ja eettisyyden on oltava korkealla tasolla (Ward 2010; Ward ym. 2009; Ward & Salmon 2009; Levenson & D'Amora 2005). Oikeuspsykiatriassa työskentelevä voi kuitenkin olla moraalisesti sokea. Tärkeitä eettisiä asioita ei havaita, koska niiden merkittävyyttä ei huomata tiedon puutteen vuoksi. (Ward & Syversen 2009.) Ongelmia voi syntyä käsitteiden ja käytännön ristiriidoista. Vastakkaiset näkemykset saattavat hämentää tahattomasti, ja niistä voi lopulta tulla eettisiä ongelmia, jos esimerkiksi ajatellaan, että katumus tai syyllisyys olisivatkin terapeutteja. Tämä olisi hyvin tuhoisaa, jos ”vaarallisia” eli vakavasti sairaita ihmisiä kohdeltaisiin henkisesti huonosti: emotionaalisesti kylmästi, katumattomina ja moitittavina. Oikeuspsykiatriassa kulkevat rinnan rikosoikeudellinen ajattelu ja kuntoutus. Käytännön toimintaan todennäköisesti vaikuttavat molemmat näkökulmat. (Ward 2010.)

Oikeuspsykiatrinen hoitaja tarvitsee hyvät vuorovaikutustaidot, jotta hän voi keskustella potilaan kanssa tämän vaikeiksi kokemista asioista (Askola ym. 2016; McLaughlin 1999). Luottamuksellisessa hoitosuhteessa on mahdollista käsitellä potilaan oireita ja traumoja (Askola ym. 2016; Gildberg ym. 2012; Mason ym. 2009; Papapietro 2008; Wright ym. 2008; Tschoppa ym. 2007). Hyvällä hoitajan ja potilaan välisellä hoitosuhteella voidaan saavuttaa hyviä tuloksia (Askola ym. 2016; Hamann ym. 2005).

2.5 Toipumisen mallin käyttäminen oikeuspsykiatristen potilaiden hoidossa

Toipumisen malli -orientaatio (recovery) on vaihtoehtoinen ajatus psykiatrisessa hoidossa erityisesti potilaiden vakavien mielenterveyshäiriöiden hoidossa viimeisten vuosikymmenien ajan (Lysaker & Roe 2015; Shean 2009; Deegan 1996; Anthony 1993; Deegan 1988; Sacks ym. 1974). Toipuminen tarkoittaa mielekkään, täyden elämän elämistä täysivaltaisena kansalaisena ja sosiaalisena toimijana sairaudesta tai vammasta huolimatta. Oireiden vähennyttyä toimintakyky kasvaa, jolloin toipuminen on mahdollista. (Holttum 2012; Buckley-Walker ym. 2010; Hillbrand & Young 2008;

Deegan 1996.) Toipumisen käsite voi olla hyvinkin henkilökohtainen. Se on kuitenkin tärkeä sosiaalinen rakennelma. (Corlett & Miles 2010; Buchanan-Barker & Barker 2008.) Toipumisen mallia käyttämällä voidaan lisätä potilaan toivoa (Knutson ym. 2013; Mashiach-Eizenberg ym. 2013; Rudnick 2008; Kelly & Gamble 2005). Anthony (1993) määrittelee toipumisen henkilökohtaisena prosessina, jossa keskitytään uusien näkökulmien ja merkityksien löytämiseen omassa elämässä.

Oikeuspsykiatristen potilaiden toipumista tukevaa tutkimusta on vain vähän. Potilaan toipumista saattavat estää käytännön vaikeudet, koska toipumisen edellytyksenä on parantunut mielenterveyden häiriö ja ongelmat käyttäytymisessä. (Corlett & Miles 2010.) Oikeuspsykiatriassa toipumisen mallia voidaan käyttää aivan kuten muillakin psykiatrian erikoisaloilla (Cromar-Hayes 2015; Kaliski & Clercq 2012). Ensimmäinen askel on hoitofilosofian muuttaminen. Oikeuspsykiatriset potilaat tulee aina ottaa mukaan hoitonsa kaikkiin vaiheisiin. Potilas pystyy yleensä ilmaisemaan jollakin tavoin oman mielipiteensä asioihin. On tärkeää, että oikeuspsykiatristen potilaiden kanssa tehtävät suunnitelmat ovat optimistisia ja toiveikkaita. (Holttum 2012; Kaliski & Clercq 2012; Jacobs ym. 2010; Tschoppa ym. 2007.)

Oikeuspsykiatriassa käytettyjä käsitteitä ovat syyllisyys, vastuu, häpeä, katumus ja anteeksianto. Toipumista tukevassa kuntoutuksessa tunne-elämään liittyviä tavoitteita ovat onni, hyvinvointi, läheisyys, tuki, huoli, emotionaalinen tasapaino ja sopeutumiskyky. Oikeuspsykiatrisen potilaan hoidossa toivon näkökulma tulisi ottaa huomioon myös riskienarvioinnissa, jotta potilaalle ei luoda tunnetta, ettei hänellä ole enää mitään menetettävää, koska hän on niin ”vaarallinen”. Potilaalle tulisi luoda tunne, että häntä voidaan auttaa ja että hänellä on mahdollisuuksia elämässään. (Livingston ym. 2012; Martin & Stermac 2010; Hillbrand & Young 2008.) Tunne vähäisestä toivosta saattaa ylläpitää potilaalla käytöstä, jonka seurauksena ajaututaan takaisin toimintatapoihin elämänhallinnassa (Martin & Stermac 2010). Potilaat ovat todenneet, että toivo on merkittävä lähde, joka motivoi käyttämään ja jatkamaan lääkitystä. Potilaat kokivat psykoosilääkityksen hyödyt merkittävinä. Lääkitys mahdollistaa positiivisen muutoksen niin psyykkiseen kuin fyysiseenkin hyvinvointiin. Näitä muutoksia ovat oireiden väheneminen, oireiden uusiutumisen ehkäisyn mahdollisuus, normaalin arjen eläminen ja tyydytyksen kokeminen omasta elämästä. (Chang ym. 2013.)

Toipumisen mallin käyttäminen oikeuspsykiatriassa tuo uusia mahdollisuuksia hoitoprosessiin (Corlett & Miles 2010). Toipuminen ei tarkoita samaa kuin parantuminen. Oikeuspsykiatristen potilaidenkin tulisi itse hyväksyä toipumisen ajattelu (Dong & Temple 2011). Hoitotyön taustalla vaikuttaa se, että hoidetaan vaikeasti oireilevia potilaita. Tällöin sairauden oireet ja sen aiheuttamat negatiiviset vääristymät vaikuttavat hoitotyöhön (Jacobs ym. 2010).

2.6 Yhteenveto tutkimuksen lähtökohdista

Oikeuspsykiatrisen potilaan identiteetti on muovautunut psyykkisen sairauden myötä, ja potilaalle on lisättävä tietoisuutta siitä, kuinka hän pärjää elämässään (Williams ym. 2011). Potilaiden tietämys omista oireistaan mahdollistaa oman käyttäytymisen muutosten tunnistamisen. Tiedon lisäämisen ja potilaiden opettamisen myötä hoidon painopiste siirtyy eteenpäin. (Knutson ym. 2013; Jacobs ym. 2010; Roe & Davidson 2005.) Hoidossa tulisikin kiinnittää erityistä huomiota potilaiden aktivointiin ja sairauden kanssa elämisen taitojen opettamiseen potilaille. Potilaan opettaminen ja ohjaaminen on tärkeä osa psykiatrista hoitotyötä, kun tuetaan potilaan toipumista. Psykoterapian keinoin on mahdollista kasvattaa potilaan toivoa ja luoda selviytymisen asennetta potilaan aktivoimiseksi skitsofreniasta. (Kukla ym. 2013; Lysaker ym. 2010; Ryba 2008.)

Toivo on oleellinen tekijä potilaan elämässä, terveydessä ja sairaudessa. Toivon ominaispiirteinä ovat tulleet esille toivon välttämättömyys ihmisen elämässä sekä sen dynaamisuus. (Valle ym. 2006; Kylmä 1996; Dufault & Martocchio 1985.) Tätä dynaamisuutta ilmentävät kuvaukset, joissa toivon kuvataan vaihtelevan ihmisen elämän päivissä tavalla tai toisella. Toivo on moniulotteinen käsite, joka vaikuttaa potilaan kokemaan elämänlaatuun, koettuun terveyteen ja toipumiseen. (Kortte ym. 2010; Chen & Crewe 2009; Snyder 2002.)

Perheen näkökulmasta toivo on tärkeä kokemus, koska se ilmaisee myönteisiä odotuksia tulevaisuudesta (Hernandez ym. 2013; Bland & Darlington 2002). Toivo on positiivinen asia myös perheenjäsenten kesken, joten se on tärkeä tukitoimi skitsofreniaa sairastavan henkilön hyvinvoinnin tukemiseksi (Bauer ym. 2012; Wu 2010; Kylmä ym. 2006; Ong ym. 2006b; Bland & Darlington 2002).

Toivo on meille kaikille elämän keskeinen voima. Toivo antaa merkityksen elämälle ja onnellisuudelle, ennakoi parempaa tulevaisuutta ja antaa energiaa elämään. (Noh ym. 2008; Kylmä 2005.) Toivo on avaintekijä, jonka vahvistuminen potilaalla johtaa toipumiseen, koska se lisää uskoa siihen, että toipuminen on mahdollista (Marino 2015). Tämä tarkoittaa, että hoitohenkilökunnan tulee aktiivisesti luoda toivoa potilaaseen (Rice 2009). Sairauden hyväksyminen voi saada aikaan positiivisen ajattelun ja toivon tunteen merkityksellisen elämän löytymisestä jälleen. Toivo on ensimmäinen askel kohti toipumista. (Knutson ym. 2013; Jacobs ym. 2010.)

Hoitotyö oikeuspsykiatrisella osastolla on vaativaa, koska hoidettavat potilaat ovat usein vaikeasti oireilevia (Kuivalainen ym. 2014; Tenkanen 2010). Hoitajat kohtaavat hoitotyössä ainutlaatuisia ongelmia, jotka väistämättä muokkaavat hoitokulttuuria ja vaikuttavat siihen. Kulttuurilla on vaikutusta asenteisiin sekä hoitajien työhyvinvointiin. (Cashin ym. 2010; Tenkanen 2010.) Toivo ei ole käytettävissä potilaan elä-

mässä selviytymisen kannalta, jos hoitavat henkilöt eivät näe toivoa potilaan kohdalla (Lysaker ym. 2010).

Oikeuspsykiatrinen kuntoutus on pitkäjänteistä työtä (Kaliski & Clercq 2012; Tenkanen 2010). Potilaan kuntoutumisen kannalta on keskeistä, että vuorovaikutussuhteet hoitohenkilökunnan ja potilaiden sekä heidän läheistensä välillä ovat kunnioitettavia (Lieberman & Lieberman 2003). On näyttöä, että pitkäkestoisella hoitosuhteella voidaan myös vähentää psykoosialttiiden potilaiden sairastumista psykoosiin (Käypä hoito -suositus 2015). Potilaan kanssa työskenneltäessä olisi hyvä kohdata potilaan uskomuksia ja henkilökohtaisia tavoitteita kunnioittavasti ja ajatella vaihtoehtoisia tapoja toimia tilanteessa potilaan näkökulmasta (Lysaker ym. 2010). Potilaan saama tieto ja ymmärrys käyttäytymisestään kannustavat potilasta ja saavat aikaan positiivisia muutoksia (Jacobs ym. 2010). Merkittävä huomio on, että viime vuosina on kuitenkin keskitytty toipumisen näkökulmaan myös oikeuspsykiatriassa (Ayres ym. 2015; Chandley ym. 2014; Dunn 2014; Simpson & Penney 2011).

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata toivoa ja kehittää substantiivinen teoria oikeuspsykiatristen potilaiden toivon ylläpitämisestä.

Tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

- 1) Mitkä käsitteet kuvaavat oikeuspsykiatristen potilaiden toivoa ja sen ylläpitämistä?
- 2) Millainen substantiivinen teoria oikeuspsykiatristen potilaiden toivosta ja sitä ylläpitävistä tekijöistä muodostuu?

4 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

4.1 Grounded theory tutkimusmenetelmänä

Tämän tutkimuksen tutkimusmenetelmänä oli grounded theory -menetelmä. Grounded theory -menetelmä on nimensä mukaan tutkimusmenetelmä, jonka tarkoitus on tuottaa empiirisen aineiston perusteella kokemuksiin perustuva (to ground) teoria (theory). Menetelmästä käytetään myös käännöksiä, ankkuroitu teoria ja aineistoon pohjautuva teoria. Vakiintunutta suomenkielistä vastinetta ei termille ole, joten tässä tutkimuksessa käytetään termin englanninkielistä versiota grounded theory -menetelmä. (Airaksinen 2009.)

Grounded theory -menetelmän juuret ovat 1960-luvulla, ja menetelmän kehittäjät ovat Barney Glaser ja Anselm Strauss (1967). Grounded theory -menetelmässä haluttiin yhdistää kaksi erilaista lähestymistapaa: määrälliset tutkimusmenetelmät ja ihmisten käyttäytymistä tutkivat menetelmät. Glaserin ja Straussin tavoitteena oli kehittää induktiiviseen päättelylogiikkaan perustuva menetelmä, jossa aineiston perusteella mallinnetaan ja teoretisoidaan käyttäytymistä. (Bryant & Charmaz 2007; Douglas 2003; Glaser 1992.) Kehittäjien mukaan grounded theory -menetelmä antaa mahdollisuuden luoda teoriaa, joka on käyttötarkoitukseen sopivaa, koska se on aineiston kertomaa eli aineistolähtöistä. (Glaser & Strauss 1967.) Grounded theory -menetelmä on jakautunut erilaisiin koulukuntiin glaserilaiseen induktiiviseen ja straussilaiseen induktiivis-deduktiiviseen suuntaukseen (Bryant & Charmaz 2007).

Glaserilaisen grounded theory -menetelmän idea on, että aineiston keruu ja analyysi etenevät samanaikaisesti (Glaser & Hon 2007). Totuus rakentuu haastateltavien avulla, jolloin kuvataan ja kirjoitetaan faktat mahdollisimman luotettavasti (Lincoln & Guba 2005; Charmaz 2000). Straussilainen grounded theory -menetelmä on yhdistetty kriittiseen näkökulmaan, jolloin tutkija tulkitsee totuutta. Tutkijan tulkinta eroaa tutkittavien haastateltavien todellisuudesta. Näin ollen totuus on olemassa, mutta ai-noastaan epätäydellisenä. (Mills ym. 2006; Lincoln & Guba 2005; Charmaz 2000.)

Grounded theory -menetelmän kolmas suuntaus perustuu konstruktiiviseen näkemykseen. Siinä korostuu sosiaalisten todellisuuksien moniulotteisuus sekä tutkijan merkitys tutkittavan kohteen tulkinnassa. Todellisuus ei ole irrallinen vaan ilmenee

tutkijassa itsessään. (Charmaz 2000.) Konstruktiivinen grounded theory -menetelmä pyrkii etsimään sekä osallistujien että tutkijan antamia merkityksiä asioille. Pyrkimyksenä on monipuolisesti tuoda esiin osallistujien näkökulmat ja visiot, joilla tulkitaan heidän elettyjä kokemuksiaan. (Hunter ym. 2011; Greckhamer & Koro-Ljungberg 2005; Charmaz 2000.)

Grounded theory -menetelmä pohjautuu symboliseen interaktionismiin. Kummallakin on sama tarkoitus eli tutkia ihmisen toiminnan luonnetta. Molempien teoreettinen ja metodologinen lähtökohta on empiiristen havaintojen kertominen ihmisten välisissä vuorovaikutussuhteissa. (Charmaz 2006; Dennis & Martin 2005; Yun-Hee 2004.) Symbolisessa interaktionismissa ihmisten ajatellaan luovan merkityksiä maailmasta tekemiensä tulkintojen perusteella. He ovat siis tarkoituksellisia toimijoita. Asioiden ja ilmiöiden merkitykset muokkautuvat ja rakentuvat ihmisten välisissä sosiaalisissa prosesseissa, joiden taustalla ovat ihmisten erilaiset kokemukset. Merkitykset muokkaantuvat, kun ihminen havainnoi ympäristöään ja tekee siitä omaan toimintaansa vaikuttavia johtopäätöksiä. Ihminen tulkitsee merkityksiä, ja ne muokkaantuvat aina uudelleen eri tilanteissa ja olosuhteissa. Näin ollen merkitysten taustalla ovat siis ihmisten keskinäiset vuorovaikutusprosessit, eivät esimerkiksi vain yksilölliset psykologiset tekijät. (Klenke 2008; Dennis & Martin 2005; Locke 2001; Blumer 1966.)

Symbolisen interaktionismin mukaan tutkimukseen osallistuvien toimintaa tulee ymmärtää ja selittää mahdollisimman objektiivisesti heidän omasta näkökulmastaan: on huomioitava heidän näkemyksensä, kokemuksensa ja tulkintansa ja tuoda esiin heidän käsityksensä ja päätelmänsä. Tutkijan tehtävänä on olla tulkin roolissa, nostaa esiin henkilöiden kokemaa tietoa tuottaen uutta tietoa osallistujien ymmärryksen ja kokemusten pohjalta. Grounded theory -menetelmää käytettäessä kuvataan usein vuorovaikutusprosesseja (Glaser 1978). Oikeuspsykiatrisen potilaan toivon ylläpitäminen toteutuu potilaan, hoitavien henkilöiden ja läheisten keskinäisessä vuorovaikutuksessa. Tästä syystä menetelmä sopi hyvin tähän tutkimukseen. Glaserilaista grounded theory -menetelmää käyttämällä tehdyn tutkimuksen tavoitteena on toiminnan ymmärtäminen niiden näkökulmasta, jotka toimivat substantiivisella alueella (Glaser 1992).

Tässä tutkimuksessa on perusteltua käyttää glaserilaista grounded theory -menetelmää, koska se sopii sellaisille tutkimusalueille, joista ei ole riittävästi tietoa tai joihin halutaan tuoda uutta näkökulmaa. Glaserilaisen grounded theory -menetelmän valinta sopii tähän tutkimukseen, koska teoria rakentuu aineistosta. Teoria pohjautuu aineistoon: aineistoa ei voida valita etukäteen vastaamaan odotettua tulosta. Tässä tutkimuksessa aineistoa kerättiin ja analysoitiin yhtä aikaa neljästä eri näkökulmasta kokonaisuuden saamiseksi. Grounded theory -menetelmän käyttö tässä tutkimuksessa on sopivaa, koska tutkimuksessa halutaan luoda uutta teoriaa oikeuspsykiatristen potilai-

den toivon ylläpitämisestä potilaiden, läheisten ja hoitavien henkilöiden näkökulmasta heidän omiin kertomuksiinsa perustuen. (Birks & Mills 2011; Hernandez 2009.)

Glaserilaisessa grounded theory -menetelmässä tutkimustehtäviä ei määritellä tarkoin ennen aineistonkeruuta. Tässä tutkimuksessa tutkimuskysymykset tarkentuivat tutkimuksen edetessä. Tutkimusta aloittaessa oli siedettävä epävarmuutta siitä, millaista aineistoa tutkimukseen osallistujat tuottavat. Ihanteellisin tilanne tutkijan näkökulmasta olisi, jos tutkimuksen voisi aloittaa täysin avoimin mielin tietämättä tarkemmin tutkimusongelmaa. (Glaser 1998.) Tutkimusta aloittaessa kuitenkin luonnollinen tiedonhalu sekä tutkimussuunnitelman tekeminen ohjaavat lukemaan aiheeseen liittyvää kirjallisuutta.

Grounded theory -menetelmän avulla on tarkoitus kehittää teoriaa aineistoon perustuen. Kyseisen menetelmän avulla voidaan tuottaa substantiivinen teoria tai formaalinen teoria (Chiovitti 2003; Glaser 1992; Glaser 1967). Substantiivinen teoria on sidottu paikkaan, joka tässä tutkimuksessa on oikeuspsykiatrian konteksti ja oikeuspsykiatriset potilaat, heidän läheisensä ja hoitavat henkilöt. Tarkoituksena on luoda ja kehittää teoria tutkimukseen osallistuvien kokemuksista ja käsityksistä toivosta ja sen ylläpitämisestä. (Glaser 1992; Glaser & Strauss 1967.)

Grounded theory -menetelmällä tehdyissä tutkimuksissa keskitason teoria rakentuu sosiaalisten prosessien ympärille, jolloin ihmisten käyttäytyminen on mielenkiinnon kohteena (Glaser 1992). Uusien käsitteiden muodostaminen ja käsitejärjestelmien muodostaminen on mahdollista substantiivisessa teoriassa (Glaser 1967), ja käsitteet ovat suhteellisen konkreettisia (Fawcett 1993).

Tutkimuksen työvaiheet olivat grounded theory -menetelmälle tyypillisiä: teoreettinen otanta, jatkuva tapahtumien vertaileminen toisiinsa, avoin koodaus ja muistiinpanojen kirjoittaminen samanaikaisesti, käsitekarttojen laatiminen, teoreettinen herkkyys, selektiivinen koodaus sekä teoreettinen koodaus ja teorian kirjoittaminen. Grounded theory -menetelmän analyysivaiheiden tulee nivoutua toisiinsa alusta loppuun saakka. Jos vaiheet tehdään peräkkäin, erillisinä, se estää teorian syntymisen. (Charmaz 2011; Corbin & Strauss 2008; Glaser 1978; Glaser & Strauss 1976; Glaser & Strauss 1967.)

4.2 Tutkimusasetelma ja osallistujat

Ennen tutkimuksen aloittamista HUS naisten, lasten ja psykiatrian eettinen toimikunta (99/13/03/03/2013) antoi tutkimussuunnitelmasta puoltavan lausunnon 24.4.2013. Tutkimusluvut myönnettiin eri sairaaloihin 5.7.2013, 12.9.2013 ja 23.9.2013.

Tutkimusaineisto kerättiin vuosien 2013 ja 2015 välisenä aikana. Tavoitteena oli saada tietoa, joka kuvaa mahdollisimman tarkasti tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä, oikeuspsykiatrisen potilaan toivoa ja sen ylläpitämistä. Tutkimusluvut anottiin ja saatiin organisaatioista, minkä jälkeen alkoi yhteyksien luominen tutkimusluvan myöntäneiden organisaatioiden edustajiin tarkemman informaation antamiseksi. Tutkimuksesta pidettiin tiedotustilaisuuksia niissä organisaatioissa, joista aineisto kerättiin. Jokaisessa organisaatiossa oli yhdyshenkilö. Tutkimustiedotteita (liite 2) jaettiin osastonhoitajien avulla potilaille ja heidän läheisilleen sekä hoitaville henkilöille. Tutkimustiedotteesta ilmenivät keskeiset tiedot tutkimukseen liittyvistä asioista, kuten tutkimuksen aihe ja tarkoitus sekä tutkimuksen perustuminen vapaaehtoisuuteen (liite 3). Kaikilla tutkimukseen osallistuneilla oli mahdollisuus saada tietoa tutkimuksesta ennen kuin he tekivät lopullisen päätöksen osallistumisestaan tähän tutkimukseen. Myönteisen päätöksen jälkeen jokainen osallistuja antoi kirjallisen suostumuksen osallistumisesta tähän tutkimukseen. Potilaiden yksilöhaastattelut toteutettiin vuosina 2014 ja 2015. Läheisten aineisto kerättiin vuoden 2015 aikana. Hoitavien henkilöiden ryhmähaastattelut tehtiin vuosien 2013 ja 2015 välisenä aikana.

Tähän tutkimukseen osallistui potilaita (n=11), potilaiden läheisiä (n=5) sekä hoitavia henkilöitä (n=35). Tutkimukseen osallistuneiden määrä oli yhteensä 51. Osallistujia oli kaikissa ryhmissä jokaisesta organisaatiosta. Tutkimukseen osallistuneiden keski-ikä oli 44 vuotta. Tutkimukseen osallistuneista 61 % oli naisia.

Potilaat olivat suomenkielisiä (liite 4). Heidän ikänsä vaihteli 19 vuodesta 49 vuoteen (ka. 35 vuotta, kh. 9,65). Potilaista 27 % oli naisia ja 73 % oli miehiä. Potilaista 64 %:lla oli ollut aiempia hoitojaksoja oikeuspsykiatriassa. Potilaiden ajankohtaisen hoitojakson pituus haastattelujakohtana oli 8 kuukaudesta 21 vuoteen (ka. 8 vuotta, kh. 4,71). Läheiset olivat potilaiden hoidossa mukana 64 %:lla potilaista (liite 5). Läheisten ikäjakauma oli 52 vuodesta 80 vuoteen keski-ikä ollessa 69 vuotta (kh. 10,25). Potilaan välimatka läheisten luo oli kaikilla suurempi kuin 100 km. Läheiset raportoivat, että potilas vieraili heidän luonaan säännöllisesti joka toinen viikonloppu (40 %) tai joka viikonloppu (60 %). Vierailujen kestoksi raportoitiin viikonloppu. Läheisten suhde potilaisiin oli vanhempi (100 %). Läheisistä 80 % oli naisia ja 20 % miehiä.

Hoitajista 70 %:lla ammatillisena koulutuksena oli sairaanhoitajan tutkinto ja 30 %:lla lähi- tai mielenterveyshoitajan koulutus (liite 6). Hoitajien työkokemus hoitoalalla vaihteli 3 vuodesta yli 25 vuoteen (ka. 15 vuotta, kh. 8,96). Oikeuspsykiatrian työkokemuksen keskiarvo oli 15 vuotta ja vaihteli kahdesta kuukaudesta 25 vuoteen (kh. 8,61).

Lääkäreistä 80 % oli erikoislääkäreitä ja loput erikoistuvia lääkäreitä (liite 7). Lääkäreiden työkokemus vaihteli 7 vuodesta yli 25 vuoteen (ka. 15 vuotta, kh. 8,90). Lää-

käreiden työkokemus oikeuspsykiatriassa vaihteli 2 kuukaudesta yli 25 vuoteen (ka. 7 vuotta, kh. 7,49).

Potilaiden ja läheisten aineistonkeruu

Potilaiden (n=11) ja läheisten (n=5) aineisto kerättiin avoimilla yksilöhaastatteluilla. Avoimessa yksilöhaastattelussa tutkimukseen osallistuja sai vapaasti kertoa aiheena olevasta ilmiöstä, toivosta. Haastattelussa kysymystenasettelu oli vapaata ja se vaati syvällistä paneutumista tilanteeseen (Metsämuuronen 2009). Alkuperäisen suunnitelman mukaan potilaiden läheisillä olisi ollut mahdollisuus osallistua ryhmähaastatteluun, mutta aiheen arkaluonteisuuden vuoksi pääsääntöisesti jokainen osallistuja halusi yksilöhaastattelun. Yksi haastattelu tilanne oli poikkeus, jossa toteutettiin ryhmähaastattelu, koska osallistujat olivat pariskunta.

Tässä tutkimuksessa haastattelut eivät olleet täysin suunniteltuja, teemoitettuja tai ohjattuja, koska se olisi rakentanut ennakkokäsityksiä tutkittavasta ilmiöstä. Haastattelukysymykset olivat niin avoimia, että ne myös maksimoivat tiedon määrän. Grounded theory -menetelmän mukaisesti haastattelut aloitettiin avoimilla haastatteluilla, ja teorian muotoutuessa siirryttiin strukturoidumpiin haastatteluihin (Mello & Flint 2009).

Tutkimushaastattelut rakentuivat tutkimuksen tarkoitukselle ja tutkimuskysymyksille. Tutkimushaastattelut olivat erilaisia potilaille, läheisille ja hoitaville henkilöille. Potilaiden ja läheisten haastattelut etenivät osallistuvan ihmisen ehdoilla tiedostaen heidän tunnetilojaan, välttämättä rasittamasta heitä liikaa sekä kuulostellen yleisesti vointia. Hoitaville henkilöille tutkimusaihe ei ole samalla tavalla herkkä kuin potilaille ja heidän läheisilleen. Haastattelut tehtiin sairaaloiden tiloissa sekä potilaiden läheisten kotona. Tutkimushaastattelujen kestot vaihtelivat välillä min. 15 min potilashaastattelusta max. 1 h 30 min hoitajien ryhmähaastatteluun. Hoitajien ryhmähaastattelut kestivät 68 minuutista aina 90 minuuttiin jolloin ka. 1 h 13 min ja kh. 9,44. Lääkäreiden ryhmähaastattelujen kestot olivat samansuuntaisia (ka. 1 h 8min ja kh. 10,63). Läheisten haastatteluista lyhin haastattelu kesti 50 min ja pisin 80 min (ka. 1 h 7min ja kh. 10,92). Potilaiden yksilöhaastattelut kestivät 15 minuutista 50 minuuttiin (ka. 35 min ja kh. 15,22).

Hoitajien ja lääkäreiden aineistonkeruu

Hoitajien (n=20) ja lääkäreiden (n=15) aineisto kerättiin ryhmähaastatteluilla. Hoitajien ryhmiä oli yhteensä neljä. Ryhmien koko vaihteli neljästä seitsemään osallistujaan. Lääkäreiden ryhmiä oli myös neljä. Ryhmä koko vaihteli kolmesta kuuteen osallistujaa.

Menetelmä mahdollistaa aineiston keruun samaan aikaan usealta eri yksilöltä (Stewart ym. 2007; Eskola & Suoranta 2005). Ryhmähaastattelu on tehokas laadullisen näkökulman esiintuoja. Perusajatuksena ryhmähaastattelussa on, että ryhmän dynamiikka auttaa ihmisiä ilmaisemaan ja selkiyttämään heidän näkemyksiään, jotka eivät välttämättä tulisi esille tavallisessa haastattelussa (Stewart ym. 2007; Tong ym. 2007; Patton 2002). Ryhmän tulee olla sopivan kokoinen toimiakseen. Sopivana ryhmäkokona voidaan pitää neljästä kymmeneen osallistujaa. (Stewart ym. 2007; Burns & Grove 2005; Patton 2002; Krueger & Casey 1994.) Tässä tutkimuksessa ryhmähaastatteluihin osallistui kolmesta seitsemään osallistujaa.

Haastattelussa kaikki osallistujat vaikuttavat toisiinsa. Niin yksilö- kuin ryhmähaastattelussakin on huomioitava haastattelijan vaikutus osallistuviin henkilöihin. Ryhmän jäsenten keskinäinen vuorovaikutus on merkittävä tekijä tiedon tuottamisessa. (Stewart ym. 2007; Holloway & Wheeler 2002.) Haastattelutilanteissa ryhmän jäsenten välisen vuorovaikutuksen seuraaminen oli mahdollista (Curtis & Redmond 2007). Aineistonkeruun edetessä saatiin ymmärrystä siitä, mitä tutkittavassa ilmiössä tapahtuu.

Aineiston käsittely

Kaikki haastattelut äänitettiin tutkimukseen osallistuvien luvalla. Kaikki haastattelut menivät limittäin toistensa kanssa niin, että samanaikaisesti ymmärrys kokonaisuudesta hahmottui haastattelujen edetessä. Tutkimuksen teoreettinen otanta ohjasi aineiston keräämistä. Tämä toteutui siten, että haastattelut sovittiin niin, että litterointi ja koodaaminen oli ehditty tehdä edellisestä haastattelusta. Aineiston kerääminen ja avoimien koodien muodostaminen etenivät siis vuorotellen. Aineiston kerääminen jatkui, kunnes siitä muodostuneet substantiiviset koodit ja niistä aiempaa abstraktimmalle tasolle viedyt, aineiston yhteen kokoamiseksi muodostetut alakategoriat osoittivat, että kaikki kategoriat olivat saturoituneet (Hernandez 2009; Glaser 1992).

Tutkimuksen alussa ei ollut vielä tarkkaa tietoa, kuinka paljon aineistoa teorian kehittämiseen tarvitaan. Tästä syystä tutkimusaineiston tarkka määrä oli selvillä vasta tutkimusprosessin loppupuolella. Teorian rakentaminen päättyi saturaation periaatetta noudattamalla. Siinä vaiheessa, kun aineisto ei tuonut enää uusia ominaisuuksia kategorioihin eikä käsitteellistämiseen analyysi antanut lisäarvoa, arvioitiin aineistoa olevan riittävästi. (Corbin & Strauss 2008; Glaser & Strauss 1967; Glaser 1978.)

4.3 Aineiston analyysi

Tässä tutkimuksessa teoria ja sen käsitteet muodostuivat avoimen, selektiivisen ja teoreettisen koodaamisen seurauksena (Neill 2010; Glaser 1978; Glaser & Strauss 1967). Tämän tutkimuksen aineisto on sisällöltään monipuolinen ja määrältään runsas. Siksi aineiston kerääminen ja analysoiminen etenivät vaiheittain sekä osallistujaryhmittäin. Substantiivisia koodeja muodostui 1515 kappaletta. Tämän takia analysoin aineistoa ryhmittäin. Avoin koodaaminen tuotti substantiiviset koodit, jotka vähitellen analysoidessa paljastivat sosiaalisen perusprosessin potilaan, läheisten ja hoitavien henkilöiden välillä.

Grounded theory -menetelmä on samaa prosessia toistava menetelmä, eli menetelmän eri vaiheet ovat periaatteiden mukaisesti yhtäaikaisesti käytössä. Tässä tutkimuksessa ydinkategoria kehittyi koko analyysiprosessin ajan. Analysointi on kiinteästi aineistolähtöistä, mikä tarkoittaa, että analyysi etenee koodaamalla aineistoa vaiheittain. (Glaser 1992.)

Analyysin ensimmäisessä vaiheessa asioille annetaan nimet ja muodostetaan käsitteet. Toisessa vaiheessa taas nimetyt asiat yhdistellään. Tätä kutsutaan teoreettiseksi koodaukseksi. Tulos rakentui yksisuuntaisesti osallistujien kautta. Tämä oli mahdollista, kun haastateltavien antamat faktat kuvattiin ja kirjoitettiin tekstiksi samanaikaisesti sekä luotettavasti. (Locke 2001.) Tarkoituksena on teorian generoituminen tulkintaprosessien avulla. Teoria rakentuu aineistosta nousevista kategorioista. Aineistolähtöisessä tutkimuksessa aineistoa siis tiivistetään vaiheittain. Laajempaa kokonaisuutta kohti edetään pienten, erillisten havaintojen ja koodauksien kautta. Pienistä yksittäisistä havainnoista ja koodauksista kuljetaan kohti suurempaa kokonaisuutta. (Glaser 1992.)

4.3.1 Teoreettinen otanta

Teoreettisessa otannassa kerätään aineistoa, jonka pohjalta teoria muodostetaan. Teoreettisen otannan aikana tarkastellaan aineistoa kokonaisuutena ja luetaan tarkoin litteroitu teksti, haastatteluaineisto ja muu dokumentoitu aineisto. (Glaser & Strauss 1967.) Teoreettisessa otannassa tutkija päättää, millaista tietoa vielä tarvitaan ja keneltä tietoa haetaan. Tämä teoreettinen otanta jatkui, kunnes kaikki kategoriat olivat kylläntyneitä. (Glaser 1978.) Tutkimuksellisesti sensitiivisellä alueella liikkuaessa huomioitiin myös se, että kategoriat saturoituvat pienemmällä otoksella kuin mikä oli alkuperäinen tutkimussuunnitelma. Tällä tavalla vältettiin tarpeeton tiedonantajien vaivaaminen. Lopulta, kategorioiden täytyessä, saatiin yhä parempi kuva tutkittavasta

ilmiöstä ja ydinkategoria muodostui. Teoreettinen otanta ohjasi aineiston keräämistä. (Artinian 2009; Glaser 1992.)

Ydinkategorian ja tähän yhteydessä olevien käsitteiden löytyminen ja saturoituminen lopettivat teoreettisen otannan tässä tutkimuksessa. Ydinkategoria on tutkimuksen tekemisen lähtökohta, yläkäsite. Se kuvaa tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä, ja toiset kategoriat sijoittuvat sen alle. (Glaser 1992.) Analyysin eteneminen ohjasi hakemaan lisää tietoa niiltä henkilöiltä, joilta se oli saatavilla. Objektivisten havaintojen tekeminen haastatteluissa oli myös tärkeää. Tutkimusprosessin ajan kirjoitettiin päiväkirjaa, johon kuvattiin tutkimushaastatteluista heränneitä ajatuksia ja huomioita analyysistä sekä teorian kehittymisestä. Tutkimuspäiväkirjan kirjoittaminen oli oppimisen ja ajattelun työväline reflektoida tutkimuksen eri vaiheiden etenemistä.

Teoreettinen herkkyys

Aineiston analysoiminen kolmen vuoden ajan ja kysymyksien esittäminen aineistolle tämän prosessin aikana on lisännyt teoreettista herkkyyttä. Teoreettista herkkyyttä ovat lisänneet analyysiprosessin aikana tehdyt muistiinpanot ja huomiot aineistosta esille nousseista asioista. Teoreettiset koodit osoittivat substantiivisten koodien väliset yhteydet. Näiden avulla tiivistin teorian yhdeksi kokonaisuudeksi. Teoreettinen herkkyys on kykyä tulkita ja käsitteellistää tutkimusaineistossa ilmeneviä merkityksiä (Glaser 1978). Teoreettinen herkkyys kehittyi tutkimusprosessin aikana aineiston käytössä tutuksi. Sitä lisäsi myös asiantuntijuus tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. (Glaser 1992; 1978.)

4.3.2 Avoin koodaus

Aluksi analyysi alkoi avoimella koodauksella, jolloin etsittiin sanoja, sanapareja ja lauseita. Tässä vaiheessa aineiston pilkkominen pienempiin osiin auttoi sisällön ymmärtämisessä. Avoin koodaus eteni sanojen, sanaparien ja lauseiden nimeämiseen, joista pyrittiin löytämään eroja ja samankaltaisuuksia. Tämä tuotti substantiiviset koodit. Substantiivisia koodeja jäsennettiin edelleen laajemmiksi kokonaisuuksi eli kategorioiksi. Tässä analyysin vaiheessa on tarkoituksena tuottaa uusia kategorioita sekä etsiä ja tunnistaa niiden erityispiirteitä. Tässä vaiheessa kategoriat olivat alustavia, koska aineisto oli laaja ja kategoriat täydentyivät ja muuttuivat analyysin edetessä jatkuvan vertailun avulla. Tässä vaiheessa arvioitiin uudelleen, mitä aineistoa tulisi seuraavaksi kerätä. Analyysiprosessin edetessä aineiston kerääminen muuttui strukturoidumpaan

suuntaan. Esimerkiksi joissakin uusissa haastatteluissa varmistettiin haastateltavilta ”oletteko samaa mieltä tässä asiasta x”.

Tutkimukseen osallistuneiden ilmaisut koodattiin aineiston käsittelyä varten. Potilaat identifioitiin sinistä väriä, läheiset purppuraa väriä, hoitajat punaista väriä ja lääkärin oranssia väriä käyttämällä. Jokaiselle osallistujaryhmälle annettiin myös lyhenne sekä aakkosjärjestyksestä tuleva kirjainkoodi siinä järjestyksessä, jossa suostumus tutkimukseen annettiin. Potilaiden lyhenne on P, läheisten O, hoitajien H ja lääkäreiden L. Koko aineisto käsiteltiin Word-tiedostossa, jolloin jokaisen ryhmän värikoodi helppotti palaamista litteroituun tekstiin analyysin aikana.

4.3.3 Selektiivinen koodaus

Selektiivinen eli valikoiva koodaus aloitettiin, kun aineistossa alkoi hahmottua ydinkategoria. Tässä tutkimuksessa selektiivinen koodaaminen paljasti sosiaalisen perusprosessin, joka vahvisti ydinkategorian löytymisen. Silloin alkoivat hahmottua myös teorian ääriviivat ja prosessinomaisuus aineistossa. Ydinkategorian löytyminen ohjasi teorian muodostamista ja edelleen uuden aineiston keräämistä. Selektiivisessä koodauksessa aineistosta etsittiin ydinkategoriaan sopivia kategorioita. (Hernandez 2010; Glaser 1992; 1978.) Selektiivinen koodaus voidaan rajoittaa niihin kategorioihin, jotka koskevat ydinkategoriaa (Glaser & Hon 2007). Tämän edellytyksenä on varmuus löytyneestä ydinkategoriasta (Corbin & Strauss 2008; Glaser 2004; 1992). Jatkoin tässä vaiheessa edelleen alakategorioiden tarkastelemista suhteessa ydinkategoriaan ja suhteessa toisiinsa.

Ydinkategorian löytämistä auttoivat analyysin aikana tehdyt muistiinpanot. Ydinkategoria ja siihen yhteydessä olevat näkökulmat tulivat esille eri yhteyksissä analyysin aikana. Selektiivisen koodauksen avulla kategoriat integroitiin muodostamaan perusteltu teoria, eli kaikki kategoriat yhdisteltiin ydinkategorian ympärille. Ydinkategorian löytymisen jälkeen sitä arvioitiin edelleen. Tällöin palattiin takaisin esiin nostettuihin kategorioihin ja muodostettuihin yläkategorioihin. Tarkoituksena on teorian generoituminen tulkintaprosessien avulla. Kokoamalla aineisto teoriaksi eli etsimällä aineiston punainen lanka saavutettiin tutkimuksen ydinkategoria. (Hernandez 2010; Walker & Myrick 2006; Glaser 1992; 1978.)

Aineistossa palattiin toistuvasti aiemmissa vaiheissa käsiteltyyn osioon ja vertailtiin osien sisällöllisiä ominaisuuksia toisiinsa. Jatkuva vertailu tapahtui käsitteiden ja niiden ominaisuuksien vertailemisella toinen toisiinsa. Aineiston analyysin rinnalla piirrettiin ja kuvattiin samaan aikaan myös erilaisia käsitekarttoja käsitteiden välisten suhteiden havainnollistamiseksi sekä sisällön ymmärtämiseksi. (Glaser 1998; 1992.)

Ydinkategoria ja siihen yhteydessä olevat näkökulmat tulivat esiin vahvasti. Tässä vaiheessa ei voinut olla kuitenkaan vielä varma ydinkategoriasta. Eri käsitteiden välillä oli havaittavissa myös tapahtumasarjoja, jotka vahvistivat ydinkategoriaa. Aineistosta hahmottui näkökulmia toivoa ylläpitävistä tekijöistä sekä myös toivoa estävistä tekijöistä aina toivottomuuteen saakka. Ydinkategorian tehtävä on tässä tutkimuksessa yhdistää teoria ja tehdä siitä tiivis ja saturoitunut. Ydinkategoria on teorian ydin. (Glaser 2004; 1992.)

Tässä vaiheessa muistiinpanot, jotka oli analysoitu liitettiin yläkategorioihin sopiviin ja kontekstin mukaisiin kohtiin (Glaser 1992; 1978). Ydinkategoria ja käsitteiden väliset suhteet hahmottuivat osin muistiinpanojen avulla. Lopulta teoria rakentui käsitteistä ja niiden suhteista toisiinsa (Hernandez 2010; Walker & Myrick 2006; Glaser 1998; 1992; 1978).

4.3.4 Teoreettinen koodaus

Substantiivisen teorian kannalta on olennaista teoreettisten koodien löytäminen (Glaser & Hon 2013; Hernandez 2009). Teoreettiset koodit ovat aineiston sisällä siten, että ne on mahdollista löytää aineiston analyysiprosessin aikana (Glaser 1978). Teoreettisten koodien löytäminen on tärkeää, kun käytetään glaserilaista grounded theory -menetelmää. Ne muodostuivat vertailemalla aineiston kategorioita sekä niiden välisiä suhteita sisällöllisesti toisiinsa. (Hernandez 2009.) Teoreettinen koodaaminen sitoo yhteen aineistosta nousevat käsitteet muodostaen teorian. Teoreettiset koodit löytyvät tarkastelemalla yhtä aikaa aineistoa, substantiivisia koodeja sekä teorian kehittämistä. Kategorioiden ja niiden sisältöjen vertaaminen toisiinsa sekä syy-seuraussuhteiden etsiminen vertailun avulla paljastaa teoreettisten koodien olemassaolon. Syy-seuraussuhteiden etsimisessä käytettiin hypoteettisia oletuksia, joiden sisältö syntyi substantiivisista koodeista ja niiden välisistä suhteista. Teoria alkoi muodostua ydinkategorian ympärille (taulukko 4).

Taulukko 4. Esimerkkejä substantiivisista koodeista, alakategorioista ja yläkategorioista

Esimerkki: Yläkategoria: Oikeuspsykiatrisen hoitojärjestelmän toimiminen ylläpitää potilaan toivoa		
<i>Substantiivinen koodi</i>	<i>Alakategoria</i>	<i>Teoreettinen koodi</i>
Hoitojärjestelmän olemassaolo sairaille ihmisille Hoitojärjestelmän luominen sairaille ihmisille	Oikeuspsykiatrisen hoitojärjestelmän olemassaolo potilaille	Palvelurakenne hyvän hoidon perustana
Oikeuspsykiatrisen potilaan siirtyminen hoidon jälkeen itsenäiseen elämään Potilaan kuntouttamisen jatkuminen sairaala hoidon jälkeen Sairaalahoidon jälkeinen riittävä potilaan tukeminen Sairaalahoidon jälkeen riittävä potilaan kannustaminen Potilaan tukeminen avohoidossa	Potilaan kuntoutumisen jatkuminen avohoidossa	Potilaiden siirtyminen hoidossa eteenpäin
Esimerkki: Yläkategoria: Oikeuspsykiatrisen hoidon ammatillinen arvoperusta ylläpitää potilaan toivoa		
<i>Substantiivinen koodi</i>	<i>Alakategoria</i>	<i>Teoreettinen koodi</i>
Hoitajien toimiminen potilastyössä täydellä sydämellä Hoivaamisen vietin herääminen sairasta ihmistä kohtaan Hoitajien välittäminen potilaasta Hoitajien aito huolestuminen potilaan asioista Lääkärin halu auttaa potilasta Potilaan asioiden kuunteleminen positiivisella mielellä Potilaan näkemyksien huomioiminen ilman lyttäämistä Potilaan näkemyksien huomioiminen vakavasti Potilaan kuuleminen	Hoitavien henkilöiden ammatillinen kiinnostuminen potilaisiin	Hoitaminen potilaslähtöisessä myönteisessä ilmapiirissä
Potilaan kohtaaminen tavallisena ihmisenä Potilaista puhuminen kunnioittavasti	Potilaan kohtaaminen	
Molemminpuolisen luottamuksen rakentuminen	Potilaan kokema turvallisuus hoitavien henkilöiden kohtaamisessa	

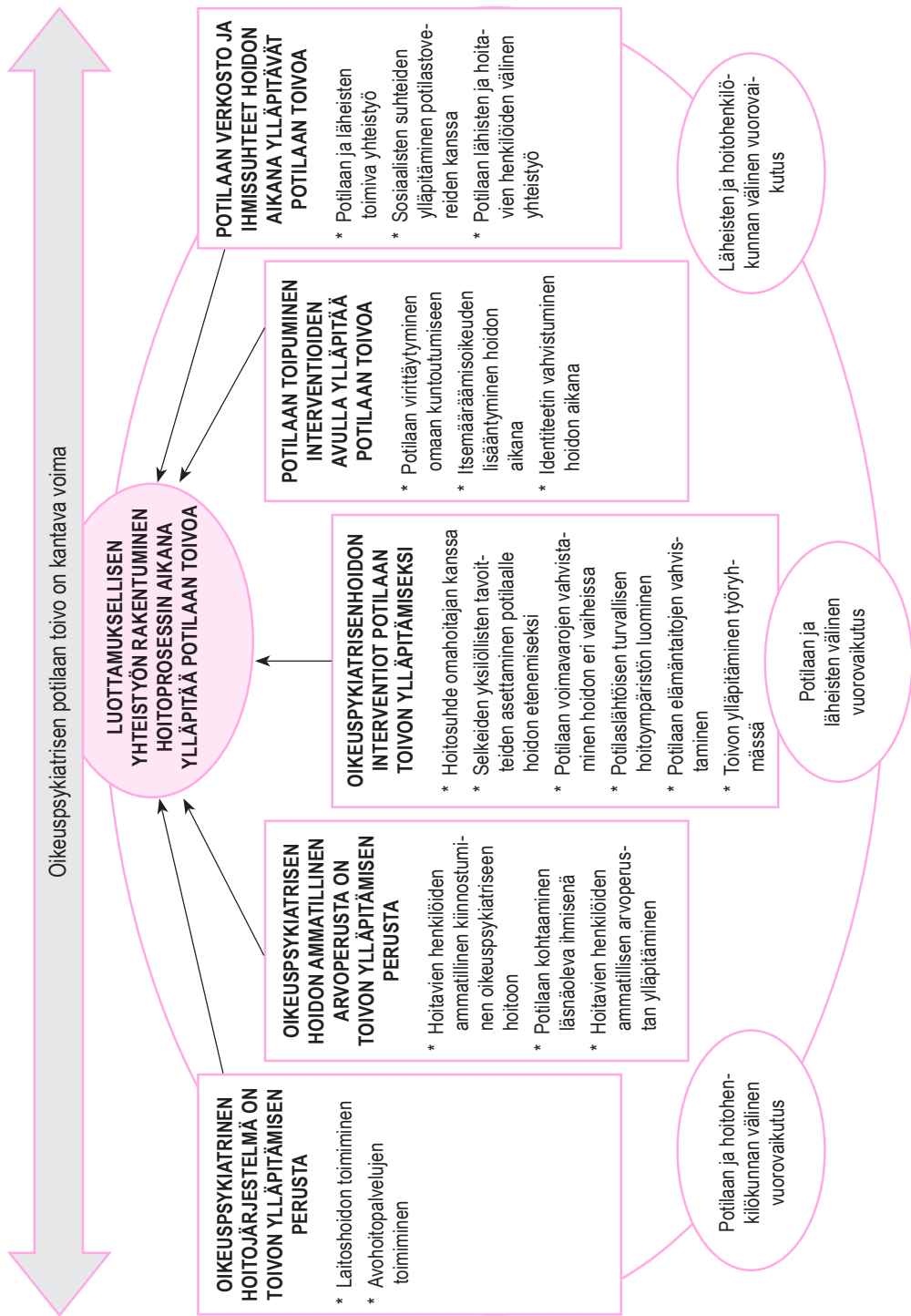
5 TUTKIMUSTULOKSET

5.1 Luottamuksellisen yhteistyön rakentuminen hoitoprosessin aikana ylläpitää potilaan toivoa – substantiivinen teoria

Tämän substantiivisen teorian ydinkategoriaksi muodostui oikeuspsykiatrisen potilaan luottamuksellisen yhteistyön rakentuminen hoitoprosessin aikana. Teoria muodostuu seuraavista käsitteistä: Toivo, joka on oikeuspsykiatrisen potilaan kantava voima. Oikeuspsykiatrisen hoitojärjestelmä ja oikeuspsykiatrian hoidon ammatillinen arvoperusta toimivat perustana potilaan toivon ylläpitämisessä. Oikeuspsykiatrisen hoidon interventiot ylläpitävät potilaan toivoa, jolloin se edistää potilaan toipumista interventioiden avulla. Potilaan läheiset ihmissuhteet hoidon aikana ylläpitävät potilaan toivoa (kuvio 1). Teoria sisältää potilaan ja hoitohenkilökunnan välisen vuorovaikutuksen, potilaan ja läheisten välisen vuorovaikutuksen sekä läheisten ja hoitohenkilökunnan välisen vuorovaikutuksen. Keskeisenä sosiaalisena prosessina on yhteistyö näiden toimijoiden välillä hoidon kaikissa vaiheissa.

Oikeuspsykiatrisen potilaan toivon ylläpitäminen muodostuu siitä lähtökohdasta, että on olemassa hoitojärjestelmä, joka mahdollistaa oikeuspsykiatrisille potilaille hyvän hoidon saamisen. Hoitoympäristön ollessa myönteinen se edistää toivon ylläpitämistä. Hoitoympäristössä hyvän hoitamisen toteuttaminen on edellytys potilaan toivon ylläpitämiselle. Potilaan toivoa ylläpitävä tekijä on oikeuspsykiatrisen hoidon arvoperustan kunnossa oleminen. Oikeuspsykiatrisen potilaan toivon ylläpitäminen ulottuu myös potilaan läheisiin ihmisiin. Hoitavat henkilöt antavat heidän osallistua potilaan hoitoon, jos potilas niin haluaa. Hoitavat henkilöt varmistavat läheisten ja potilaan keskinäisen kanssakäymisen tukemalla heitä tulevaisuutta kohden.

Oikeuspsykiatrisen potilaan toivon ylläpitäminen on mahdollista hoitoprosessin aikana, kun nämä kaikki elementit toimivat hoitoprosessissa. Keskeisenä sosiaalisena prosessina on yhteistyö näiden toimijoiden välillä. Yhteistyön tehtävänä on tukea ja vahvistaa potilaan, hoitohenkilökunnan ja läheisten ihmisten toimivaa yhteistyötä hoidon aikana.



Kuvio 1. LuottamukSELLISEN yhteistyön rakentuminen hoitoprosessin aikana ylläpitää potilaan toivoa

5.2 Oikeuspsykiatrisen potilaan toivo on kantava voima

Toivo on elämän perusvoimavara, joka on aina olemassa. Se on potilaiden elämän perusasia, jota ilman ei kukaan ihminen voi elää. Toivo kulkee ihmiselämässä punaisena lankana. Toivo on positiivinen asia, ja se ilmenee konkreettisesti haaveiluna ja unelmointina. Toivo on uskoa Jumalaan, johonkin suurempaan voimaan, parempaan huomiseen tai myönteisten muutoksien odottamista sekä niiden täyttymistä. Se on uskoa paremmasta tulevaisuudesta.

”mun mielestä toivo ei koskaan lopu mä en oikeestaan tiedä mitään tilannetta etteikö olis toivoo” (LB)

Oikeuspsykiatristen potilaiden toivon ominaispiirteitä ovat yksilöllisyys, ainutlaatuisuus, positiivisuus, toivon säätöminen, toivon muodon muuttuminen ja toivon uusiutuminen. Yksilöllisyys ja ainutlaatuisuus ilmenivät siten, että jokaisella ihmisellä on oma toivo, eikä sitä ulkopuolinen voi tarjoilla valmiiksi. Toivoa voi säädellä, ja sen muoto muuntautuu hoidon aikana, mutta se ei lopu. Edellisen toivon hiipussa tulee aina uusi toivon mahdollisuus, kun toivo alkaa vahvistua. Toivo uusiutuu elämäntilanteiden mukaan, ja sitä voi vahvistaa.

”mä ainakiin uskon että omaa toivoansa pystyy säätölee tai ainakii vaikuttaa siihen et sitä voi koettaa venyttää sitä toivoa” (LA)

Toivo on oikeuspsykiatrisille potilaille tärkeä, koska se kantaa elämässä eteenpäin. Toivon kokeminen motivoi jatkamaan ja yrittämään elämässä aina eteenpäin, koska se muistuttaa paremmasta huomisesta. Toivo auttaa jaksamaan. Se luo myös uskoa omaan kuntoutumiseen sekä antaa lohtua. Toivo muistuttaa ihmistä paremmasta elämästä tulevaisuudessa. Toivo on lohdullinen ja keskeinen oikeuspsykiatristen potilaiden hoidossa. Oikeuspsykiatrisen potilaan toivo on kantava voima (taulukko 5).

”A: tavallaan toivo siitä ja usko jostakii että on parempaa tän jälkeen...

B: tulevaisuudessa on joku positiivinen näkymä...tai ymmärrys –

C: tai ainakin jollakin toisenlainen...

A: nii että elämä olisi paremmin kuin mitä se on tällä hetkellä tai et olosuhteet olisi” (LABC)

Taulukko 5. Oikeuspsykiatrisen potilaan toivo on kantava voima

Alakategoriat	Ominaisuudet
Toivo aina olemassa olevana elämän perusvoimavarana	Toivo elämään kuuluvana elementtinä Toivo elämänlankana Kaikilla aina toivoa Toivo positiivisena asiana
Toivon ilmeneminen	Toivo haaveiluna Toivo unelmointina Toivo uskona Jumalaan Potilaan toivo tulevaisuuteen katsomisena Toivo luottamuksena parempaan huomiseen Toivo myönteisen muutoksen odottamisena Toivo odotuksien täyttymisestä tulevaisuudessa Toivo uskona paremmasta tulevaisuudesta
Toivon henkilökohtaisuus	Toivon kokeminen yksilöllisesti Potilaan toivon ainutlaatuisuus Toivon kokeminen erilaisista asioista
Toivon muuntautuminen hoidon aikana	Toivon säätteleminen Toivon jatkuminen Toivon muodon muuttuminen Toivon uusiutuminen
Toivo eteenpäin hoidossa voimaa antavana tekijänä	Toivo eteenpäin kantavana voimana Toivo eteenpäin menemisen motivoijana Toivo eteenpäin menemisenä hoidossa Toivo uskona omaan kuntoutumiseen Toivon lohdullisuus Toivon suuntaaminen tulevaisuuteen Toivon keskeisyys oikeuspsykiatrisessa hoidossa Toivo kantavana voimana hoidon aikana

5.3 Oikeuspsykiatrisen hoitojärjestelmä on toivon ylläpitämisen perusta

Toimiva hoitojärjestelmä on oikeuspsykiatrisen potilaan toivon ylläpitämisen perusta. Potilaan joutuminen tai pääseminen hoitoon oikeuspsykiatrian osastolle muuttaa potilaan sekä hänen läheistensäkin elämän. Oikeuspsykiatrisen laitoshoidon ja avohoitopalveluiden toimiminen ylläpitävät potilaan toivoa. Näiden olemassa oleminen on oikeuspsykiatrisen potilaan toivon ylläpitämisen näkökulmasta toipumisen perusedellytys.

5.3.1 Laitoshoidon toimiminen

Potilaan sairastuessa oikeuspsykiatrinen laitoshoido on potilaan toivoa ylläpitävä tekijä. Tämä tarkoittaa oikeuspsykiatrisen hoitojärjestelmän olemassaoloa potilaita varten, organisaatioiden välisen yhteistyön tekemistä ja oikeuspsykiatrisen palvelujärjestelmän muuttumista avoimemmaksi (taulukko 6).

Taulukko 6. Laitoshoidon toimiminen

Alakategoriat	Ominaisuudet
Hoitojärjestelmän olemassaolo oikeuspsykiatrisille potilaille	Hoitojärjestelmän oleminen sairaille ihmisille Parhaan onnen kokeminen sairaalassa Potilaan hyvänolon kokeminen sairaalassa Hyvän elämän kokeminen sairaalassa
Organisaatioiden välisen yhteistyön tekeminen	Potilaan hoitopäätöspapereiden tietoon antaminen jatkohoitopaikkaan Yhteistyön tekeminen organisaatioiden välillä Tiedon jakaminen potilaan hoidon etenemisestä hoidossaan Säännöllinen tai epäsäännöllinen tapaaminen organisaatioiden hoitavien henkilöiden välillä
Oikeuspsykiatrisen palvelujärjestelmän muuttuminen avoimemmaksi	Hoidon muuttuminen avoimemmaksi vuosien aikana Erikoisalan stigman väheneminen asioita kertomalla potilaan toivoa lisäävänä tekijänä Sairaalassa tehtävä työ kaikkien ihmisten tiedoksi

Hoitojärjestelmän oleminen oikeuspsykiatrisille potilaille on tärkeää, koska sairautensa vuoksi potilasryhmä tarvitsee sairaanhoitoa. Oikeuspsykiatristen potilaiden hoitojärjestelmän toimiminen on tärkeää, koska potilaat ovat hoidossa tahdostaan riippumatta, mutta he eivät kuitenkaan ole vakavan sairautensa takia vastuussa teoistaan. Psykkisesti vakavasti sairaalta ihmiseltä ei voi odottaa katumusta teostaan, koska ei voi katua sellaista, mihin ei ole voinut vaikuttaa. Sairaus ei sinällään kuitenkaan estä katumusta. Sairaala hoitoympäristönä voi antaa potilaalle ensimmäisen kerran kokemuksen tavallisista asioista ja niistä syntyvistä ilon hetkistä. Sairaala voi olla potilaalle ensimmäistä kertaa elämässä paikka, jossa ei tarvitse pelätä ja jossa elämän perusasiat ovat kunnossa, kuten säännöllinen elämänrytmi. Hyvä hoito hyvissä olosuhteissa herättää potilaassa toivon, jollaista hän ei ole ehkä nähnyt pitkään aikaan omassa elinympäristössään sairaalan ulkopuolella. Olemassa oleva sairaalahoitojärjestelmä mahdollistaa potilaiden toipumisen takaisin normaaliin elämään. Oikeuspsykiatrisen sairaalahoidon aikana on mahdollista kartoittaa potilaan kokonaistilanne, jotta potilaalla on kotiutuessaan hyvät lähtökohdat selviytyä omassa arjessa. Oikeuspsykiatristen potilaiden hoitojärjestelmä vastaa näiden sairauksien ymmärtämiseen, koska potilaat ovat

syyntakeettomia ja heistä suurin osa etenee omassa hoidossaan. Oikeuspsykiatrisista potilaista vain pieni osa pysyy hoidossa samassa hoitopaikassa siirtymättä eteenpäin.

*”ja niinku me puhutaan oikeuspsykiatrisista potilasta jotka ovat tehneet sen lähtökoh-
taisesti psykoosissa ni eihän heitä voisi ajatella ymmärtämään sitä se on kohtuuton
vaatimus eri asia on rikollisissa vankiloissa heillä saattas olla jossain tilanteessa olla
ihan hyvä nähä se yhteys tekoon” (LC)*

Organisaatioiden välisen yhteistyön tekeminen on potilaan kannalta erittäin tärkeää potilaiden hoitotietojen siirtymisen turvaamiseksi hoitopaikan vaihtuessa. Potilaan toivoa ylläpitää yhteistyön tekeminen eri organisaatioiden välillä. On tärkeää, että potilaiden jatkohoitosuunnitelmat siirtyvät eteenpäin. Tämä mahdollistaa sen, että potilaan hoito jatkuu siitä, mihin se on edellisessä hoitopaikassa päätetty. Oikeuspsykiatristen hoitavien henkilöiden säännöllinen tai epäsäännöllinen tapaaminen hoitoon liittyvien käytänteiden jakamiseksi koettiin myös tärkeäksi potilaiden hoidon sekä toivon ylläpitämisen kannalta.

*”yleisellä tasolla on haastetta että potilaskohtasia tietoja säännönmukaisilla tarkkai-
lulausunto tai päätös papereita tietoon sairaanhoitopiireille tiedoksi että miten ede-
tään paperilla useimpiin sairaanhoitopiireihin säännöllisen epäsäännöllisesti mutta
sitä potilaskohtaista tietoa että on mukava kuulla sen toivonkin kannalta” (LK)*

Oikeuspsykiatrisen palvelujärjestelmän muuttuminen avoimemmaksi on oikeuspsykiatristen potilaiden kannalta merkittävää ja toivoa ylläpitävää. Oikeuspsykiatria usein mystifoidaan, ja todellisuus jää peittoon. Avoimen kertomisen avulla voidaan vähentää tämän erikoisalan stigmaa, mikä ylläpitää potilaiden toivoa. Oikeuspsykiatriset potilaat ovat ihmisiä, jotka ovat syystä tai toisesta kohdanneet elämässään erinäisiä vaikeuksia, mutta oikeuspsykiatrisessa hoidossa olevat potilaat eivät kaikki ole henkiri-
koksen tehneitä. Oikean tiedon välittäminen ihmisille oikeuspsykiatriasta on tärkeää. Ihmisten tietoisuutta on lisätty järjestämällä sairaaloihin tapahtumia, jossa esitellään toimintaa.

*”minusta on ihan tärkeää oikeuspsykiatrialta löytyy ihmisiä jotka ehkä haluavat esi-
merkiks medially kertoa asioita ja koska oikeuspsykiatriaan mitä olen törmännyt liit-
tyy kaikenlaisia fantasioita ja semmoista kummallista mystistä mystistä tota noin tir-
kistelyä että se on jotakin hyvin friikkiä kummallista outoa että tavallaan tuodaan sitä
mitä se oikeasti on ja mitä me tehdään ja mitä oikeasti voidaan tehdä niin tavallaan
tälle yhteiskunnalle kaikkien ihmisten tietoisuuteen” (LJ)*

5.3.2 Avohoitopalvelujen toimiminen

Potilaan siirtyessä laitoksesta avohoitoon oikeuspsykiatrisen avohoidon toimimista tukevat potilaan kuntoutuminen avohoidossa, potilaan tapaaminen avohoidossa yksilöllisen suunnitelman mukaan ja potilaalle tuttujen ihmisten mukana oleminen hoidossa (taulukko 7).

Taulukko 7. Avohoitopalveluiden toimiminen

Alakategoriat	Ominaisuudet
Potilaan kuntoutuminen avohoidossa	Potilaiden eläminen avohoidossa Velvoitteisen avohoitomallin olemassaolo Avohoitomallin toimiminen potilaille Oikeuspsykiatrisen potilaan siirtyminen hoidon jälkeen itsenäiseen elämään Potilaan kuntoutumisen jatkuminen sairaalahoidon jälkeen Sairaalahoidon jälkeinen riittävä potilaan tukeminen Sairaalahoidon jälkeen riittävä potilaan kannustaminen Potilaiden tukeminen avohoidossa
Potilaan tapaaminen avohoidossa yksilöllisen suunnitelman mukaan	Potilaan säännöllinen tapaaminen avohoidossa Potilaan tapaamistiheyden muuttuminen potilaslähtöisesti
Potilaalle tuttujen ihmisten mukana oleminen hoidossa	Potilaan halu päästä sairaalahoidon päättymisen jälkeen lähelle omaa perhettä Samojen hoitavien henkilöiden mukana oleminen potilaan hoidossa Samojen hoitavien henkilöiden mukana oleminen avohoidossa

Potilaan kuntoutuminen avohoidossa jatkuu kuten kenen tahansa psykiatrisen potilaan kuntoutuminen. Potilaan toivoa ylläpitää toimiva avohoitoyritys, joka voisi olla velvoitteinen avohoitomalli oikeuspsykiatriassa. Useimmat oikeuspsykiatriset potilaat siirtyvät laitoksesta avohoitoon kotipaikkakunnilleen. Tämä näkökulma nähtiin tärkeäksi, koska pitkäaikaissairaiden ihmisten tuen ja avun tarve ei lopu laitoshoidon päättymiseen. Potilas tarvitsee itse uskoa omaan selviytymiseensä sairaalahoidon päättymisen jälkeen. Potilas tarvitsee riittävää kannustusta ja tukea sairaalahoidon päättymisen jälkeenkin. Tällä hetkellä avohoitoyrityksiä ei kuvattu olevan riittävästi oikeuspsykiatrisille potilaille. Hyvä avohoitoyritys vahvistaa potilaan selviytymistä arjessa tukemalla oikeuspsykiatrisen erityispiirteitä, kuten potilaan päihitteettömyyttä.

”meillä on et et jos nyt aatellaan et miks hoito menee pieleen ni avohoitoon siirtyminen ja päihitteet on niitä keskeisempiä syitä tai et sitten jätetään lääkkeet käyttämättä ehkä myös se että erakoidutaan ja jäädyään yksin ettei käydäkään enää siellä terapeuttia

tapaamassa tai joku tuki tahto ei olekaan siellä sitten mukana sellasia asioita myös tietysti monia muitakin mutta nää pähteet tai ettei käytetä lääkkeitä tai yhtäkkiä asunto häviää alta pois tai jotain ei oo mielekästä tekemistä päivisin tai tällaset asiat kaataa ehkä sitten sen pärjäämisen” (LI)

Potilaan tapaaminen avohoidossa yksilöllisen suunnitelman mukaan tarkoittaa, että jokaisen potilaan kohdalla tapaamisia yksilöllisesti arvioidun suunnitelman mukaan. Hoitajan tai lääkärin ja potilaan tapaamiset voivat aluksi olla hyvinkin tiiviitä, ja tapaamisten tiheyttä säädellään potilaan tarpeiden mukaan ja yhteistyössä hoitavien henkilöiden kesken. Säännöllinen tapaaminen on myös turva potilaille, jotka ovat saattaneet olla vuosikymmeniä laitoksessa, jolloin tutut kotiympäristöt ovat muuttuneet toisenlaisiksi. Yksilöllinen hoidon suunnittelu ylläpitää potilaan toivoa.

”mä oon pikkuhiljaa alkanu olemaan sitä mieltä että se ei oo välttämätöntä vaan voi ihan hyvin niinku tulla toimeen ja elellä yhteiskunnan sääntöjenkin mukaan ilman että on mitenkään tommosta prosessia käynyt läpi” (LB)

Potilaalle tuttujen ihmisten mukana oleminen avohoidossa koettiin erittäin tärkeäksi potilaan tukemiseksi laitoshoidon jälkeen. Potilaan kotiutuminen lähelle omia läheisiään nähtiin lähtökohtaisesti merkittävänä etuna avohoidossa potilaan selviytymisen kannalta. Potilaan läheiset ihmiset kokivat tärkeäksi olla lähellä potilasta ja hoitavia henkilöitä, jolloin he kokivat tyytyväisyyttä avohoidossa edistymisestä. Hoidon jatkuvuuden turvaamisen kannalta on myös tärkeää, että potilaan hoidossa jatkavat ne samat ihmiset, jotka jo tuntevat hänet. Potilaan toivoa ylläpitää tuttujen ihmisten mukana oleminen hoidossa. Yhteistyön tekemisen kannalta molemminpuolinen tunteminen on potilaan edun mukaista. Luottamuksellisen yhteyden saaminen potilaaseen avohoidossa on tärkeää, jotta potilas pystyy kertomaan mahdollisista oireiden uusiutumisesta tai muista mahdollisista ongelmista avohoidon sovitun tapaamisen aikana.

”tehtäs sillä tavalla sen pitäs olla sellanen että se velvottee ei oo suinkaan että velvotetaan ainoastaan että potilaan pitää tekemään sitä tätä ja tuota vaan että se järjestelmän pitäs suoda potilaalle mahdollisuudet niinku elää siellä avohoidossa tottakai siihen sitten tiettyjen ihmisten kohdalla pitäs olla erilaisia kontrolli asioita päihdeasioita tyyppillisiä juttuja mitä meillä on” (LI)

5.4 Oikeuspsykiatrisen hoidon ammatillinen arvoperusta on toivon ylläpitämisen perusta

Oikeuspsykiatrisen hoidon ammatillinen arvoperusta on toivon ylläpitämisen perusta. Tätä kuvaavat hoitavien henkilöiden ammatillinen kiinnostuminen oikeuspsykiatriseen hoitoon, potilaan kohtaaminen läsnä olevana ihmisenä ja hoitavien henkilöiden arvoperustan ylläpitäminen.

5.4.1 Hoitavien henkilöiden ammatillinen kiinnostuminen oikeuspsykiatriseen hoitoon

Hoitavien henkilöiden ammatillinen kiinnostuminen oikeuspsykiatriseen hoitoon osoittautui kiinnostumisena potilaisiin, hoitohenkilökunnan ammatillisena toimimisena, hoitohenkilökunnan myönteisenä asennoitumisena uusien näkökulmien näkemiseen potilaan hoidossa sekä potilaan toivon säätelyyn hoitavien henkilöiden erityisenä tehtävänä (taulukko 8).

Taulukko 8. Hoitavien henkilöiden ammatillinen kiinnostuminen oikeuspsykiatriseen hoitoon

Alakategoriat	Ominaisuudet
Hoitavien henkilöiden ammatillinen kiinnostuminen potilaisiin	Hoitavien henkilöiden toimiminen potilastyössä täydellä sydämellä Hoivaamisen halun herääminen sairasta ihmistä kohtaan Hoitavien henkilöiden välittäminen potilaasta Hoitavien henkilöiden aito huolestuminen potilaan asioista Hoitavan henkilön halu auttaa potilasta Potilaan asioiden kuunteleminen positiivisella mielellä Potilaan näkemyksien huomiointi vakavasti Potilaan kuuleminen
Hoitohenkilökunnan ammatillinen toimiminen	Hoitavien henkilöiden työmotivaation olemassaolo Hoitavien henkilöiden ammatillinen työote Hoitavien henkilöiden korkeatasoinen ammattitaito Hoitavien henkilöiden osaaminen
Hoitohenkilökunnan myönteinen asennoituminen uusien näkökulmien näkemiseen potilaan hoidossa	Hoitavien henkilöiden avoin suhtautuminen vaihtoehtoihin Vaihtoehtojen tarjoaminen potilaalle Uusien asioiden mahdollistaminen potilaalle Tilanteen ravisteleminen toisen näkökulman kautta
Potilaan toivon säätely hoitavien henkilöiden erityisenä tehtävänä	Lisätoivon annosteleminen potilaalle Toivon annosteleminen sopivasti potilaalle Toivon herättäminen laajentamalla visiota Toivon antaminen potilaalle hoitoprosessin etenemisen mukaan Henkilökunnan vastuu toivon ylläpitämisestä

Hoitavien henkilöiden ammatillinen kiinnostuminen potilaisiin on hoitamista täydellä sydämellä. Kiinnostuminen sairasta ihmistä kohtaan ilmenee heräävänä hoivaimisen haluna, jota ilman ei voi oikeuspsykiatriassa työskennellä. Ammatillinen kiinnostuminen on hoitavassa henkilössä heräävä halu auttaa potilasta. Tässä tilanteessa hoitava henkilö kiinnostuu potilaan asioista sekä tuntee halua edistää potilaan hoitoa omalla toiminnallaan. Ammatillinen kiinnostuminen on työskentelemistä yhteistyössä potilaan kanssa tämän näkemyksiä kuunnellen. Potilaan näkemyksien huomioiminen koko hoitajakson ajan sekä potilaan asioiden kuunteleminen on tärkeää potilaan toivon ylläpitämiseksi. Potilaiden näkemykset tulee ottaa huomioon, kun potilas suunnittelee tulevaisuuttaan tai esittää näkemyksiään hoidon etenemisestä. Potilaiden omien näkemyksien kuunteleminen ei tarkoita, että niin tulee tapahtumaan, mutta hoitohenkilökunnan on kuitenkin huomioitava potilaiden omat näkemykset hoidossa. Potilaan kannalta hänen itsensä esittämät ajatukset ovat merkityksellisempiä kuin hoitajien näkemykset asioiden etenemisestä.

”että niinkö sitä huomaa että ne on aidosti huolissaan asioista, että ne niinkö tekee tätä työtä täydellä sydämellä” (HU)

Hoitohenkilökunnan ammatillinen toimiminen tarkoittaa oikeuspsykiatristen hoitajien työtteen olevan ammatillista. Ammatillinen henkilökunta on motivoitunutta omaan työhönsä ja jaksaa työskennellä päivästä toiseen vakavien sairauksien parissa. Hyvä työmotivaatio heijastuu hoitoympäristöön positiivisuutena myös toisia työntekijöitä kohtaan. Potilaiden läheiset kuvasivat oikeuspsykiatristen hoitajien osaamisen olevan hyvää verrattuna yksiköihin, joissa ei hoidettu säännöllisesti oikeuspsykiatrisia potilaita. Oikeuspsykiatristen hoitajien osaaminen ja ammattitaito koettiin täsmälliseksi. Erikoissairaanhoidon osaamisessa korostuu ammattitaitoinen henkilökunta.

”Mut kyl se varmasti on niin että siis ehkä se on ilkeetä sanoo mut se että ammattitaito on tosiaan niinku meidän nuorin poika aina sanoo ni on paljo korkeemmalla tasolla kuin tuolla ei siit pääse yli eikä ympäri... Niin on se ote on ihan toinen se on niinku se on niinku ammattimaisempi täsmällisempi ja vähemmän jaaritteluja ja ja enemmän niinku tuloksia se on kyllä sen huomaa” (OD)

Hoitohenkilökunnan myönteinen asennoituminen uusien näkökulmien näkemiseen potilaan hoidossa tarkoittaa hoitohenkilökunnan myönteistä suhtautumista potilaan esittämiin näkemyksiin, ja sitä voi edistää hoitavien henkilöiden myönteinen elämäntähtämys. Tällöin työote asioiden hoitoon on myönteinen. Hoitohenkilökunnan kyky nähdä ja löytää asioissa positiivisia puolia on hyväksi potilaan kannalta. Hoitavien henkilöiden tulee esittää potilaille vaihtoehtoja siinä vaiheessa, kun tilanne ei ratkea olemassa olevin keinoin. Hoitavien henkilöiden myönteinen suhtautuminen erilaisiin

vaihtoehtoihin vahvistaa potilaan toivoa. Näkökulman vaihtaminen ja tilanteen arviointi uudesta näkökulmasta ylläpitää potilaan toivoa. Vaihtoehtoinen toimenpide potilaan parhaaksi voi olla osastosiirto, jolloin potilas pääsee aloittamaan alusta uusien työntekijöiden kanssa.

”yksi tärkeimpiä taitoja psykiatriassa lääkärinkin ja hoitajan kun kohtaa ihmisiä jolla on joku epätoivo niin pitää osata vaan kääntää se tilanne vähän toiseen valoon kääntää lamppua tai potilasta tai joskus koko huonetta vähän ympäri et näkyy hiukan eri lailla se tilanne et kuitenkin se toivokin tulee sieltä jostain” (LB)

Potilaan toivon säateleminen hoitavien henkilöiden erityisenä tehtävänä tapahtuu arjessa, kun hoitavat henkilöt tasapainoilevat potilaalle annettavan toivon kanssa. Toivoa annetaan potilaalle koko hoitoprosessin ajan annostelemalla sitä tilanteiden mukaan, kuten ajallisilla määreillä. Toivon antamisen potilaalle tulee olla realistista ja todellista huomioiden potilaan kokonaistilanne. Hoitavat henkilöt kuvasivat tärkeäksi heidän roolinsa potilaan toivon ylläpitämisessä. Heidän tehtävänsä on etsiä toivon kipinä, joka auttaa potilasta selviytymään seuraavaan päivään tai seuraavaan viikkoon. Hoitavat henkilöt kuvasivat, kuinka tärkeää on, että koko moniammatillinen työryhmä edistää potilaan toivon ylläpitämistä. Tämä on tärkeä tehtävä, koska se on keskeinen interventio potilaan toivon ylläpitämisessä.

”sit pitää osata tai annostella toivoo tai antaa sitä toivoo sopivilla tähtäimillä koska mihin kohtaan on hyvä maalailla vähän laajempaa toivoa tai jossain kohtaa riittää että huomenna on toivoa et sitä voi tällai muovailla et on vaikka jouduttu eristyshuoneeseen tänään mut toivoa on että huomenna pääset sieltä pois” (LC)

5.4.2 Potilaan kohtaaminen läsnä olevana ihmisenä

Potilaan kohtaamista kuvastivat potilaan kohtaaminen arvokkaana ihmisenä, potilaan ymmärtävä kohtaaminen empaattisessa vuorovaikutuksessa ja potilaan turvallisuuden kokeminen hoitavien henkilöiden kohtaamisessa (taulukko 9).

Taulukko 9. Potilaan kohtaaminen läsnä olevana ihmisenä

Alakategoriat	Ominaisuudet
Potilaan kohtaaminen arvokkaana ihmisenä	Vakavien sairauksien parissa työskenteleminen Hoitavien henkilöiden tutustuminen potilaan persoonaan Potilaan hyväksyminen tavallisena ihmisenä
Potilaan ymmärtävä kohtaaminen empaattisessa vuorovaikutuksessa	Hoitavien henkilöiden nöyryys työskennellessä potilaiden kanssa Empaattinen suhtautuminen potilaisiin Potilaiden kunnioittaminen hoidossa Potilaan asioiden ymmärtäminen Ihmistä kunnioittavasti puhuminen Inhimillinen kohtaaminen
Potilaan turvallisuuden kokeminen hoitavien henkilöiden kohtaamisessa	Tasa-arvoisen aselman pysyminen kohtaamisessa Myönteinen vuorovaikutus hoitajan ja potilaan välillä Molemmipuolisen luottamuksen rakentuminen

Potilaan kohtaaminen arvokkaana ihmisenä tarkoittaa potilaan kohtaamista ammatillisesti. Potilaat toivovat, että hoitavat henkilöt suhtautuvat heihin kuten kaikkiin muihinkin ihmisiin. Potilaan toivoa ylläpitää kokemus siitä, että hän on tavallinen ihminen muiden joukossa. Potilaan voi kohdata arvokkaana yksilönä, ihmisenä, mutta se ei tarkoita sitä, että potilaan syytteenalainen teko olisi hyväksyttävä. Jokaiselle ihmiselle tulee antaa ihmisarvo, ja jokaista ihmistä tulee kohdella arvokkaana yksilönä hänen teoistaan huolimatta ja tuomitsematta. Potilaan hyväksyminen ihmisenä vakavan sairauden kanssa luo toivoa potilaalle. Potilaan yksilölliseen persoonaan tutustuminen aidosti vuorovaikutuksessa ylläpitää potilaan toivoa kuten myös potilaan yksilöllisten tarpeiden huomioiminen. Tärkeänä pidettiin myös sitä, että potilas nähdään eri rooleissa eikä aina vain potilaana, koska suurin osa elämästä ollaan muissa rooleissa, kuten lapsena, äitinä, isänä, mummona, ukkina, ystävänä ja rakastavaisena.

”kun hän sairaa häntä täytyy hoitaa psykiatriassa me ei olla aina varmoja silloinkin kun hän sairaa me emme välttämättä hoida me hyväksymme hänet vaikka hänellä on se diagnoosi sillä tavalla hän on sairaas se on se ihmisyyden hyväksyminen että ihminen voi olla tällainen kuin on” (LG)

Potilaan ymmärtävä kohtaaminen empaattisessa vuorovaikutuksessa tarkoittaa hoitavien henkilöiden suhtautumista potilaisiin nöyränä siinä mielessä, että he sairastavat vakavia mielenterveyden häiriöitä. Sairastuminen ei ole potilaan vika, joten potilaan inhimillinen kohtaaminen ylläpitää tämän toivoa hoidon aikana.

”että nää on vakavia sairauksia joiden parissa me täällä työskennellään ja tuota noin vaikka kuinka yritettäis ja haluttais ni ei varmaan kaikkia oireita silti saada kuriin mut ei se silti ole potilaan vika” (LF)

Potilaan kohtaamisessa hoitavien henkilöiden empaattinen myötäeläminen ylläpitää potilaan toivoa. Hoitavien henkilöiden tulee kyetä antamaan ymmärrystä potilaalle päivittäisissä kohtaamisissa. Potilaan toivoa ylläpitää hoitoympäristö, jossa ihmiset ymmärtävät tai pyrkivät ymmärtämään asioita potilaan näkökulmasta. Potilaasta kunnioittavasti puhuminen näkyy potilaiden kohtaamisessa oikeuspsykiatriassa. Vuorovaikutuksessa heijastuu hoitavien henkilöiden asenteiden ja arvojen maailma, joka välillisesti sekä suoraan vaikuttaa potilaan toivon ylläpitämiseen. Hoitavat henkilöt kuvasivat, että potilaasta puhuminen kunnioittavasti ylläpitää potilaan toivoa. Asiat voidaan ilmaista monella eri tavalla. Myös non-verbaaliseen viestintään tulisi kiinnittää huomioita.

”non-verbaalinen kommunikointi on lähes puolet siitä mitä kommunikointi on et sanat on toinen puoli ja sit se miten niitä sanotaan tai millä tavalla sanotaan on sitten se toinen puoli koska saman asian voi ilmaista monta eri tapaa” (LF)

Potilaan turvallisuuden kokeminen hoitavien henkilöiden kohtaamisessa tarkoittaa hoitavien henkilöiden asettumista oikeuspsykiatrisen potilaan tasa-arvoiseksi rinnalla kulkijaksi. Potilaan toivoa ylläpitää se, että hoitavat henkilöt eivät asetu hänen yläpuolelleen, vaan ovat yhteistyössä tasavertaisina keskustelukumppaneina tuoden näin omat näkemyksensä esille. Potilaan näkökulmasta asiat hoituvat yhteistyökumppaneiden avulla. Myönteinen vuorovaikutus mahdollistaa sen, että potilaan on helpompi lähestyä hoitavia henkilöitä osastolla ja kertoa heille mieltä painavat asiat. Potilaiden näkökulmasta suuri hoitavien henkilöiden lukumäärä osastolla tekee olon turvattomaksi. Potilaiden toivoa ylläpitää tieto, että voi koska tahansa mennä hoitavien henkilöiden luo kertomaan huolensa, sekä se, että hoitavat henkilöt kysyvät potilailta aktiivisesti heidän kuulumisiaan. Molempipuolisen luottamuksen rakentuminen on erittäin tärkeää oikeuspsykiatriselle potilaalle. Luottamus rakentuu hoitavien henkilöiden ja potilaiden yhdessä tekemisen kautta.

”se kontakti oli hirveän erilainen siihen verrattuna kuin mikä se oli siin pääsi jotenkii semmoseen tietynlaiseen tasa-vertasuuteen mihin on hirveen vaikee päästä tilanteen pakosta siis niinku täällä kun me joudutaan tekemään tiettyjä ratkaisuja nini mua jotenkii lämmitti kun yks naispotilas sitten siinä sen retken päätteeks sano et kuule et tiätsä et säkiin oot kuule ihan tommonen tavallinen nuori tyttö” (LB)

5.4.3 Hoitavien henkilöiden ammatillisen arvoperustan ylläpitäminen

Hoitavien henkilöiden ammatillisen arvoperustan ylläpitäminen ilmeni heidän työhönsä ohjauksen saamisestaan ja kouluttautumisestaan (taulukko 10).

Taulukko 10. Hoitavien henkilöiden ammatillisen arvoperustan ylläpitäminen

Alakategoriat	Ominaisuus
Hoitavien henkilöiden työnohjauksen saaminen	Hoitavien henkilöiden omasta hyvinvoinnista huolehtiminen Työnohjauksien hyödyntäminen Hoitavien henkilöiden oma vaikuttaminen hyvinvointiin
Hoitavien henkilöiden kouluttaminen	Potilaiden kanssa kontaktissa olevien henkilöiden kouluttaminen Vuorovaikutustaitojen opettaminen potilaiden kanssa kontaktissa oleville Psykologisen koulutuksen lisääminen potilaiden kanssa työskenteleville

Hoitohenkilökunnan työnohjauksen saaminen on tärkeää hoitavien henkilöiden psyykkisen jaksamisen kannalta, jotta he voivat auttaa myös potilaita jaksamaan. Hoitavien henkilöiden työhyvinvointi on vahvasti yhteydessä potilaiden toivon ylläpitämiseen. Työnohjauksia hyödynnetään haastavien tilanteiden purkamiseksi työryhmässä. Työnohjauksessa käydään läpi potilastyöhön liittyviä asioita, mikä auttaa hoitajia tunnistamaan omia voimavarojaan potilastyössä. Potilaan toivon ylläpitämisen näkökulmasta hoitavien henkilöiden tulisi arvioida myös omaa jaksamistaan ja hakeutua ajoissa työnohjaukseen tai työkiertoon.

”esimerkiks työnohjukset kun oli kolmen bengen porukoissa kun niissä käytiin läpi niitä niin ne oli minusta kans ihan hyviä ja hyödyllisiä” (HS)

Hoitavien henkilöiden kouluttautuminen kuvattiin tärkeäksi. Hoitajien koulutuksen tarpeita ovat käytännön asioiden opettaminen hoitajille, vuorovaikutustaitojen opettaminen siitä, miten luodaan vuorovaikutteinen puheyhteys, sekä terapeuttisten koulutuksien lisääminen, kuten mindfulness-taitojen opettaminen. Hoitavilla henkilöillä itsellään tulee olla toivoa, jotta sitä kyetään antamaan potilaalle.

”se et meijän pitäs itemme tietyl taval pitää ittestä huolta ja työnohjuksesta ja muusta tämmösestä huolehtia jotta niinkun sen asian kans koen et sekin on inhimillistä että joskus vaan tulee kertakaikkiaan se olo että mä en enää ymmärrä yhtään mitä tän asian kans vois tehdä ja niinku siinä kohti on sitten hyvä sit tämmönen työyhteisön tuki ja kolleekoiden tuki jaja muihin se ois äärimmäisen tärkeätä että nini kyllähän hoitavan henkilökunnan pitää voida hyvin jotta he pystyy niinku sitten antamaan sen panoksensa sen potilaan hyvinvoinnin ja toivon ylläpitämiseen” (LJ)

5.5 Oikeuspsykiatrisen hoidon interventiot potilaan toivon ylläpitämiseksi

Oikeuspsykiatrian interventiot potilaan toivon ylläpitämiseksi ovat hoitavien henkilöiden tekemää työtä potilaan kanssa hoidon eri vaiheissa. Interventioita ovat hoitosuhde omahoitajan kanssa, potilaalle selkeiden yksilöllisten tavoitteiden asettaminen hoidon etenemiseksi, potilaan voimavarojen vahvistaminen hoidon eri vaiheissa, potilaslähtöisen turvallisen hoitoympäristön luominen, potilaan elämäntaitojen vahvistaminen ja työryhmässä toivon ylläpitäminen.

5.5.1 Hoitosuhde omahoitajan kanssa

Hoitosuhdetta omahoitajan kanssa kuvasivat potilaalle sopivan omahoitajan valitseminen, omahoitajan ja potilaan luottamuksellinen hoitosuhde, potilaan motivoiminen ja ohjaaminen omahoitajan toimesta, potilaan rinnalla kulkeminen hoidon ajan, syvällinen keskusteleminen omahoitajan kanssa hoitosuhteessa ja menneisyyden käsitteleminen hoitosuhteessa omahoitajan kanssa (taulukko 11).

Taulukko 11. Hoitosuhde omahoitajan kanssa

Alakategoriat	Ominaisuudet
Potilaalle sopivan omahoitajan valitseminen	Omahoitajan valitseminen potilaalle Omahoitajasuhteen toimiminen
Omahoitajan ja potilaan luottamuksellinen hoitosuhde	Omahoitajan ja potilaan tiiviimpi hoitosuhde Omahoitajan säilyminen potilaan vaihtaessa osastoa Omahoitajan ja potilaan luottamuksellinen hoitosuhde
Potilaan motivoiminen ja ohjaaminen omahoitajan toimesta	Potilaan motivoiminen omahoitajan tehtävänä Omahoitajan antamien neuvojen kuunteleminen Asioiden tekeminen omahoitajan kanssa
Potilaan rinnalla kulkeminen hoidon ajan	Omahoitajan oleminen potilaan puolella Potilaan tunteminen apuna ymmärtämisessä Omahoitajan toimiminen potilaan asioiden edistäjänä Omahoitajan positiivinen kiinnostuminen potilaaseen Omahoitaja potilaan toivon ylläpitäjänä Omahoitaja potilaan jaksamisen tukijana
Syvällinen keskusteleminen omahoitajan kanssa hoitosuhteessa	Säännöllinen tapaaminen omahoitajan kanssa Säännöllinen keskusteleminen omahoitajan kanssa Syyllisyyden tunteiden läpikäyminen
Menneisyyden käsitteleminen hoitosuhteessa omahoitajan kanssa	Sairaudenaikaisten asioiden läpikäyminen omahoitajan kanssa Potilaan vaikeiden asioiden käsitteleminen Potilaan asioiden käsitteleminen mahdollista pitkässä hoitosuhteessa

Potilaalle sopivan omahoitajan valitseminen kuvaa omahoitajasuhteen merkityksellisyyttä potilaan auttamisessa parhaalla mahdollisella tavalla. Omahoitajan valitseminen on tärkeää, jotta hoitavan henkilön ja potilaan keskinäinen suhde toimisi. Omahoitajan ja potilaan keskinäisen yhteyden tulee olla hyvä, koska omahoitajalla on suuri merkitys potilaalle. Sopivan omahoitajan löytymiseksi tehdään joskus hoitavien henkilöiden kesken muutoksia potilaan parhaaksi. Omahoitaja on keskeinen apu potilaalle, ja on tilanteita, joissa omahoitaja korvaa potilaan läheisen ihmisen. Toki omahoitajan lisäksi ovat käytettävissä muutkin hoitavat henkilöt, mutta omahoitajan ja potilaan väliseen hoitosuhteeseen liittyy erityinen merkitys.

”omahoitajan vaihtaminen ei oo aina hylkäämistä et se ei oo et se voi joskus tapahtua ihan perustellusti ja se voi olla hyväksi et se ei niinku oo se mut niinniin mut se tapahtuu jonkun tämmösen syyn et siin on jotenkii sit kannattaa mieltää miten tää on viisasta tehdä” (LJ)

Omahoitajan ja potilaan luottamuksellinen hoitosuhde rakentuu tasavertaiselle vuorovaikutussuhteelle. Luottamuksellinen hoitosuhde perustuu rehellisyyteen ja luottamukseen kahden ihmisen välillä. Näin ollen tämä hoitosuhde on tiiviimpi kuin muut suhteet hoitaviin henkilöihin. Toivoa potilaalle ylläpitää tieto hoitosuhteen jatkuvuudesta ja oman hoitajan säilymisestä koko hoitajakson aikana. Omahoitaja on potilaan turva ja potilaan kannalta omahoitajan säilyminen osastosiirroissa ylläpitää toivoa. Potilaan ja omahoitajan hoitosuhde kuvattiin tiiviimmäksi ja syvällisemmäksi kuin suhteet muihin hoitaviin henkilöihin. Luottamukselliseen hoitosuhteeseen kuuluu molemminpuolinen henkilöiden tunteminen. Hyvän hoitosuhteen kuvattiin ylläpitävän potilaan toivoa.

Potilaan motivoiminen ja ohjaaminen omahoitajan toimesta kuvaa omahoitajan tehtävää potilaansa ajatuksien valmistelemissa hoitoa vastaanottaviksi. Omahoitaja toimii potilaan motivaattorina, joka ohjaa kuuntelemaan annettuja neuvoja ja ohjeita siitä, kuinka potilas voisi toimia edistääkseen kuntoutumistaan. Omahoitajalla on keskeinen rooli potilaan henkilökohtaisen hoitosuunnitelman laatimisessa ja toteuttamisessa yhdessä potilaan kanssa.

”olee siinä mukana ja et omahoitajan pitää jotenkii motivoida potilasta niin että se toivo pysyy koko ajan yllä kannattaa kuunnella nyt näitä neuvoja kannattaa nyt tulla mukaan tähän hoitoon eikä mun mielestä omahoitajan tarvii tehdä erityisesti paljon muuta” (LB)

Potilaan rinnalla kulkeminen hoidon ajan on omahoitajan tärkeä tehtävä. Omahoitajan rooli on potilaan tukemista kaikissa tilanteissa. Työryhmässä on silloin yksi henkilö, joka ymmärtää potilasta ja auttaa häntä vaikeina hetkinä. Omahoitaja on potilaan

puolella edustaen potilasta erilaisissa ammatillisissa tiimeissä. Tiiviin hoitosuhteen myötä potilaan tunteminen auttaa tämän ymmärtämisessä, jolloin omahoitaja ymmärtää omaa potilastaan paremmin kuin kukaan muu. Omahoitajan toimiminen potilaan asioiden eteenpäin viejänä kuvaa potilaan asioiden ylläpitämistä. Omahoitaja informoi lääkäriä potilaan asioista, joista on potilaan kanssa keskustellut. Hän välittää lääkärille tietoa potilaan voinnin muutoksista sekä mahdollisista jatkohoitosuunnitelmista. Omahoitajan positiivinen kiinnostuminen potilaaseen kuvaa omahoitajan roolia olla aidosti läsnä hoitosuhteessa potilaan kanssa. Potilaansa asioista kiinnostunut omahoitaja työskentelee positiivisella työotteella nähden potilaansa tilanteessa paljon mahdollisuuksia. Kiinnostuminen potilaaseen heijastuu omahoitajan kyvystä myötäelää asioita potilaan rinnalla. Hän tietää potilaansa elämästä ja ajatuksista pieniä yksityiskohtia ja on kiinnostunut kuulemaan niitä aina lisää. Kiinnostuminen näkyy omahoitajan kykyä kuunnella potilaansa kertomaa päivästä toiseen ja viikosta seuraavaan. Omahoitaja ei koskaan menetä toivoaan oman potilaansa kohdalla, vaan hän huolehtii potilaan toivon säilymisestä tilanteiden muuttuessa. Omahoitaja potilaan toivon ylläpitäjänä tarkoittaa omahoitajan vahvaa roolia potilaan toivon kantajana. Hän huolehtii potilaansa kontaktin säilymisestä suljetun osaston ulkopuolelle. Omahoitajan kanssa käydään kaupungilla asioimassa tai vaikkapa kanttiinissa hoidon alkuvaiheessa ja huolehditaan näin potilaan jaksamisen tukemisesta.

”kyllä osastollakii tarkkaan syynätään et koska tää mun omahoitaja tulee töihin ja kysytään ja kysytään et ja odotetaan ja sitten tosiaan pitää huomioidaan että missä sä oot ollu lomalla tai vaik ei omahoitajakaan vaan korvaavaki on jos on vaan pidempään poissa ni ja sitten on jos jää vähä pidemmälle virkavapaille tai lomille ni se on pieni surutyö siinä että yleensä omahoitaja joka tietää että jää pois tekee sitten sen keskustelun ja käy potilaan kans läpi että ei tuu yllätyksenä pitkä hyvä suhde joka toimii ja toinen jää pidemmäks aikaa pois ni kyl se vaikuttaa siihen potilaaseen auttamatta” (HH)

Syvällinen keskusteleminen omahoitajan kanssa kuvaa potilaan asioiden käsittelemistä hoitosuhteessa. Potilaan kanssa tavataan säännöllisesti, jolloin omahoitaja voi säädellä keskustelujen etenemistä. Potilaan asioita työestetään ja käsitellään hoitosuhteen aikana. Omahoitajan kanssa säännöllinen tapaaminen on tärkeää potilaalle hänen asioiden edistämiseksi. Säännöllisesti sovitut keskustelut ovat potilaille tärkeitä. Omahoitaja kannustaa puhumalla potilastaan jaksamaan eteenpäin hoidossa. Hän voi jättää potilaalleen kannustavia muistilappuja jäädessään pidemmälle vapaille. Omahoitajan kanssa viikoittaisissa tapaamisissa mietitään potilaan hoidon kannalta ajankohtaisia asioita, kuten lupa-asioita tai siirtoa toiselle osastolle. Omahoitajan säännöllisissä tapaamisissa potilas pääsee ilmaisemaan oman tahtonsa asioihin, joita omahoitaja omalla toiminnallaan vie eteenpäin. Potilaalle on myös tärkeää, että hänen asioitaan vastaan-

otetaan. Syyllisyyden tunteiden läpikäyminen omahoitajan kanssa hoitosuhteessa on sairautenaikaisten asioista nousevien tunteiden läpikäymistä. Potilaan toivoa ylläpitää asioista puhuminen ja puhuminen aina uudelleen ja uudelleen, mutta sävy muuttuu ajan funktiona. Syyllisyydestä ja häpeästä päästään rakentamaan tulevaisuutta. Omahoitajan kanssa käydään läpi niin huonot kuin hyvätkin asiat. Potilaan sairautensa aikana tekemistä teoista kokema syyllisyys käsitellään. Potilaille on tärkeää, että asioiden herättämät tunteet käsitellään terapeuttisella työtöteellä. Keskustelut suunnataan ongelma-kohtiin. Omahoitajan kanssa käydyt keskustelut koettiin hyödyllisiksi ja toivoa ylläpitäviksi.

”mä en välillä halunnut keskustella kuin ehkä kerran kuussa mutta täällä suurin piirtein parin viikon välein ainakin tai kerran viikossa” (PE)

Menneisyyden käsitteleminen hoitosuhteessa omahoitajan kanssa on potilaan elämänhistoriassa tapahtuneiden asioiden läpikäymistä. Menneisyydestä puhuminen kuvattiin tärkeäksi potilaan toivon kannalta. Menneisyyden käsitteleminen sekä vaikeista asioista puhuminen omahoitajan kanssa kuvattiin keskeisiksi asioiksi eteenpäin pääsemisen kannalta. Asioiden käsitteleminen perusteellisesti on mahdollista, koska hoitoaika on pitkä. Pitkä hoitoaika mahdollistaa potilaan toivon ylläpitämisen. Asioiden käsittelemisen kuvattiin olevan helpompaa omahoitajan kanssa, koska kiirettä ei ole. Toivon ylläpitäminen on mahdollista tällaisessa hoitosuhteessa. Pitkä hoitoaika ja potilaan pysähtyminen hoitoonsa antavat mahdollisuuden potilaan toivon ylläpitämiseen.

”mut se syyllisyyden kans menee hirveesti aikaa ja se toivo tavallaan siitä että se on okei ollu sairauden aikana tehtyjä juttuja mut et se toivo siitä että ne on niinku taakse jäänyttä ja voi sitä elämää rakentaa... uudella tavalla... se on niinku tuolla meidän päässä tullu monta kertaa esille... kyl se syyllisyys on aika voimakasta” (HK)

5.5.2 Selkeiden yksilöllisten tavoitteiden asettaminen potilaalle hoidon etenemiseksi

Selkeiden yksilöllisten tavoitteiden asettamista tukevat tiedon antaminen potilaalle hoidon tarkoituksesta, hoitosuunnitelman tekeminen potilaan hoitojaksolle ja potilaan yksilöllisyyden huomioon ottaminen (taulukko 12).

Taulukko 12. Selkeiden yksilöllisten tavoitteiden asettaminen potilaalle hoidon etenemiseksi

Alakategoriat	Ominaisuudet
Tiedon antaminen potilaalle hoidon tarkoituksesta	Potilaiden riittävän hyvä informoiminen Hoidon tavoitteista kertominen potilaalle
Hoidosuunnitelman tekeminen potilaan hoitojaksolle	Yhteisesti asetettujen tavoitteiden laatiminen Konkreettisten tavoitteiden asettaminen potilaalle Potilaan hoidon suunnitteleminen lyhemmällä aikavälillä Tavoitteiden suuntaaminen tulevaisuuteen
Potilaan yksilöllisyyden huomioon ottaminen	Potilaan yksilöllisyyden huomioiminen hoidossa Yksilöllinen hoidon suunnittelu

Tiedon antaminen potilaalle hoidon tarkoituksesta tarkoittaa, että hoitavat henkilöt antavat riittävää ja hyvää informaatiota potilaalle siitä, miten potilaan hoito pääpiirteittäin etenee. Potilaalle tulee kertoa avoimesti hoidolle asetetuista tavoitteista sekä potilaan hoitoa edistävästä tai estävästä tekijöistä, kuten millä tavalla potilaan hoito tulee jatkumaan tai päättymään. Potilaalle tulee kertoa myös siitä, millä tavalla hoidossa päästään eteenpäin. Potilaan tulee tietää myös, millaiseen sairaalaan hän on saapunut sekä millainen osasto on kysymyksessä. Asioiden perustelevuus ja sen selittäminen, miksi asiat tehdään näin, kuvattiin tärkeäksi potilaan toivon kannalta. Tiedon antaminen potilaalle siitä, ettei kukaan potilas tule jäädäkseen sairaalaan, koettiin potilasta helpottavaksi ja toivoa ylläpitäväksi.

”pitää olla selvä että potilas ymmärtää mitä tapahtuu et jos tilanne on tällainen meidän tavoitteet on tällaiset et mitä meidän täytyis tehdä että et joutuis samanlaiseen tilanteeseen kun me ollaan tavoite tilanteessa ni millä tavalla se vaikuttaa” (LF)

Potilaan toivoa ylläpitää konkreettinen suunnitelma hoidosta, **hoitosuunnitelman tekeminen potilaan hoitojaksolle**. Potilaan toivoa ylläpitää tieto hoitavien henkilöiden ja potilaan yhteistyössä asettamista yhteisistä tavoitteista. Yhteinen tavoite on sairaalasta siirtyminen avohoitoon, mutta sitä ennen asetettujen tavoitteiden toteutuminen on tärkeää. Potilaalle tulee konkretisoida, kuinka hänen on mahdollista edetä hoidossa. Hoidon tavoitteiden toteutumisen realistinen miettiminen edistää potilaan toivon ylläpitämistä. Potilaan eteneminen hoidossa vähitellen luo potilaalle toivoa, kun hän tietää asioiden hoituvan. Hoidon etenemisen tueksi tehdään konkreettinen suunnitelma, joka tarkoittaa eteenpäin suuntautuvia tavoitteita, realistisia tavoitteita, välitavoitteita ja selkeitä tavoitteita. Eteenpäin suuntautuneet tavoitteet ovat askelmia kohti seuraavaa päivää tai seuraavaa viikkoa. Realistiset tavoitteet on suhteutettu potilaan vointiin. Välitavoitteiden avulla asiat pidetään potilaan arkea lähellä ja lähellä välitöntä tulevaisuutta. Asetettujen tavoitteiden avulla potilaalla on mahdollisuus edetä hoidossaan, ja hoidon edistyminen vähitellen ylläpitää potilaan toivoa.

”Konkreettisia välitavoitteita tavallaan et millä voi helpottaa tai motivoida potilaita tekemään työtä... muuten toimimaan hoitosuunnitelman mukaisesti on vaikea määritellä että minä päivänä hän saa tai pääsee täältä pois kun riippuu niin monesta muustakin asiasta onko hoitopaikka ja sit yhtäkkiä potilaan voinnissa tapahtuukin jotain että hän joutuukin ään äs taaksepäin hoidossa ni siinä varmaan se että on niitä pieniä välitavoitteita et voi konkreettisella tasolla sopia et mä luulen et se tukee sitä toivoa et jaksaa vielä yrittää ja aamulla nousta ja lähtee töihin taas” (LE)

Potilaan yksilöllisyyden huomioon ottaminen kuvaa sitä, kuinka jokaisen oikeuspsykiatrisen potilaan kohdalla tulee laatia yksilöllinen hoitosuunnitelma hoitojaksolle, koska jokaisella yksilöllä on erilaisia heikkouksia ja vahvuuksia, jotka täytyy huomioida hoitoa suunniteltaessa. Yksilöllisyyden huomioimisen kuvattiin olevan merkittävä tekijä potilaan toivon tunteen luomisen kannalta. Yksilöllisyys huomioidaan myös potilaan omien valintojen tekemisenä – myös sellaisten, joita hoitohenkilökunta ei pidä sopivana potilaalle.

”Meillä pitää olla siinä prikalla mahdollisimman paljon yksilöllistä hoitoa et se toivo voi lähteä jokaiselle jokaisella voi lähteä omaa toivo liikkeelle eikä se toivo voi eikä tarvitsekaan olla samanlainen kaikilla mut siihen vaaditaan niinku varmasti niinku osaamista mutta myöskin paljon ymmärrystä” (HB)

5.5.3 Potilaan voimavarojen vahvistaminen hoidon eri vaiheissa

Potilaan voimavaroja vahvistavat hoidon alussa potilaan elämän perusasioiden puolesta tekeminen, hoitavien henkilöiden läsnäolo potilasta varten, potilaalle sopivan lääkityksen aloittaminen, potilaan kannustaminen tulevaisuutta kohden päivittäisessä hoitotyössä, potilaan aktivoiminen toiminnallisuudella sairaalahoidon aikana ja potilaan ohjaaminen pärjäämään sairauden oireiden kanssa (taulukko 13).

Taulukko 13. Potilaan voimavarojen vahvistaminen hoidon eri vaiheissa

Alakategoriat	Ominaisuudet
Hoidon alussa elämän perusasioiden tekeminen potilaan puolesta	Hoidon alussa psykiatrinen tehohoito Hoidon alussa huolehtiminen potilaan syömisestä Hoidon alussa huolehtiminen potilaan juomisesta Hoidon alussa huolehtiminen potilaan peseytymisestä Hoidon alussa huolehtiminen potilaan ihmissuhteista Potilaasta huolehtiminen silloin, kun potilas ei pysty siihen itse Potilaan puhtaiden vaatteiden saaminen
Hoitavien henkilöiden läsnäolo potilasta varten	Haastattelutilanteessa keskittyminen potilaan asioihin Hoitavien henkilöiden läsnäolo luo toivoa potilaalle Potilaan kuulumisien kysyminen päivittäin Potilaan pyytäminen keskustelemaan Potilaan voinnin aktiivinen huomioiminen päivittäin Potilaan lähellä oleminen Potilaan kädestä kiinni pitäminen Potilaan vieressä istuminen
Potilaalle sopivan lääkityksen aloittaminen	Tulovaiheessa lääkityksen kuntoon saaminen Lääkityksen löytäminen potilaalle Potilaan oireiston helpottuminen lääkehoidolla Lääkehoidon merkitys potilaan voinnin parantumisessa
Potilaan kannustaminen tulevaisuutta kohden päivittäisessä hoitotyössä	Tulevaisuudesta puhuminen potilaan kanssa Potilaiden kannustaminen eteenpäin Potilaan eteenpäin siirtyminen elämässä ajatuksen tasolla Hoitavien henkilöiden usko potilaan kuntoutumiseen Potilaan kuntoutumiseen liittyvien asioiden rohkea kokeileminen
Potilaan aktivoiminen toiminnallisuudella sairaalahoidon aikana	Potilaan harrastukset hoidon aikana Potilaalle mielekkään toiminnan järjestäminen Aktiveettitoiminnan järjestäminen osastolle Askartelu apuna ajatuksien siirtämisessä muualle Säännöllinen päivätoiminta Työterapiaan pääseminen Potilaan ulkotöissä käyminen Potilaiden työterapiassa käyminen Toiminnalliset hoitomuodot potilaalle toivoa luovana tekijänä Retkillä käyminen potilaiden kanssa Ostoksien tekeminen hoidon aikana
Potilaan ohjaaminen selviämään sairauden oireiden kanssa	Sopeutuminen tilanteeseen sairauden kanssa Potilaan ohjaaminen pärjäämään Itsensä tunteminen oman sairauden kanssa Potilaan ohjaaminen tunnistamaan oman sairauden oireita Potilaan ohjaaminen sairauden oireiden hallinnassa Potilaan tukeminen sairauden oireiden kanssa toivoa luovana tekijänä Arkipäivistä selviytyminen sairauden kanssa Elämän kuntoon saaminen sairauden kanssa

Hoidon alussa elämän perusasioiden tekeminen potilaan puolesta on psykiatrissa tehohoitoa. Oikeuspsykiatrisen potilaan hoidon alku voi olla tehohoitoa ja aktiivista perushoitamista potilaan omien voimavarojen vahvistamiseksi, jos hän ei siinä vaiheessa siihen itse pysty. Tämä tarkoittaa hoitavien henkilöiden vastuullista tehtävää huolehtia potilaan kaikista perustoiminnoista: syöminen, juominen, peseytyminen ja pukeutuminen sekä ihmissuhteet. Hoitavien henkilöiden havaitsemat pienet muutokset parempaan päin potilaan voinnissa ylläpitävät potilaan toivoa. Sairaalassa potilaan elämään tuodaan tavallisten ihmisten elämään kuuluvia perusasioita. Tavallisen arjen myötä oikeuspsykiatrisen potilaan toipuminen lähtee etenemään.

*”A: se on alkupäässä sehän on periaatteessa niinku jos vertaa somatiikkaan ni se on psykiatrissa tehohoitoa siinä aluks potilas saattaa hengittää itse mut kaikkiin niihin muihin asioihin joutuu hoitaja puuttumaan oli ne ihmissuhteet oli ne syöminen juominen peseytyminen ja kaikki on sitä että me vahvistetaan sitä itsearvostusta ja omanarvontuntoa ja et nimenomaan on tärkeitä et syöt ja on tärkeitä et sä otat lääkkeitä ja–
B: ja ollaan jopa muistutettu et pitää hengittää muistatko näitä...*

A: hmm kyl siinä vaiheessa mut se on niinku pohjaa sille et voidaan mennä seuraavalle askelmalle –

B: mut se lähtee ihan tolta niinku ruohonjuuritasolta useammalla” (HAB)

Hoitavien henkilöiden läsnäolo potilasta varten on hoitavien henkilöiden olemista potilaan saatavilla. Potilaat toivoivat hoitavien henkilöiden olevan enemmän läsnä osaston arjessa osallistuen vaikkapa aamukokouksiin. Hoitavien henkilöiden keskittyminen haastattelutilanteessa ainoastaan potilaan asioihin kuvattiin tärkeäksi ja toivoa ylläpitäväksi. Luonteva jokapäiväinen kontakti potilaaseen tarkoittaa hoitavien henkilöiden pysähtymistä potilaan vierelle kysyen päivittäisiä kuulumisia tai muuten huomioimalla potilasta vaikka pyytämällä keskustelemaan. Potilaiden voinnin aktiivinen havainnoiminen on potilaan voinnin arvioimista päivittäin vuorovaikutuksessa potilaan kanssa ja sen kertomista potilaalle itselleen. Potilaan toivoa ylläpitää hoitavien henkilöiden tekemien havaintojen kertominen ääneen potilaalle. Potilaalle kerrotaan hänen hoitoonsa liittyvät asiat sellaisina kuin ne kerrotaan hoitavillekin henkilöille. Hoitavien henkilöiden fyysinen läsnäolo kuvattiin myös tärkeäksi. Potilaalla on sairaalahoidon aikana hetkiä, jolloin hän tarvitsee hoidollista fyysistä läheisyyttä, joka on kädestä kiinni pitämistä tai vieressä istumista.

”sen hoitajan ei tarvii sanoo kun mitä sulle kuuluu ja sekin jo auttaa siihen että tulee istumaan viereen ja tekee yhdessä jotakin sillon kun ollaan huonossa kunnossa eikä pystytä vielä keskustelemaan sekin” (HD)

Potilaalle sopivan lääkityksen aloittaminen on potilaille toivoa ylläpitävä tekijä. Hoidon alkuvaiheessa lääkityksen varmistaminen sopivaksi kuvattiin tärkeäksi, koska

potilaan oireisto usein helpottuu sopivan lääkityksen löytymisen myötä. Lääkehoidolla on suuri merkitys potilaan voimien parantumisessa. Potilaalle itselleen lääkityksen käyttäminen tuo varmuutta kohti tulevaisuutta.

”tietysti lääkitys on toi...senmonen ennen niitä sivuoireita oli niin paljon enemmän että tänään kuitenkin se lääkitys antaa toivoa siitä paremmasta elämästä kun siinä on kuitenkin laadullisesti toisia ulottuvuuksia et sä voit opiskella ja voit rakentaa sitä elämää ja sä voit kurkottaa sitä kohtri” (HA)

Potilaan kannustaminen tulevaisuutta kohden päivittäisessä hoitotyössä tarkoittaa potilaan kanssa keskustelemista tulevaisuuteen suunnaten: seuraavaan päivään, seuraavaan viikkoon ja seuraavaan vuoteen. Hoitavat henkilöt kannustavat ja tukevat potilasta siirtymään elämässä eteenpäin ajatuksien tasolla. Potilaita rohkaistaan kohti tulevaisuutta kertomalla esimerkkejä, kuinka jokainen potilas tavalla tai toisella menee hoidossaan ja elämässään eteenpäin. Potilaan kanssa keskusteluun otetaan laajempi näkökulma tulevaisuuteen pohtimalla vaihtoehtoja, kuten mitä potilas voi alkaa opiskella tai mihin hän suuntautuu elämässään laitoshoidon päätyttyä. Tulevaisuuden lähellä pitäminen, vaikka se voikin olla kaukana, koettiin ylläpitävän potilaan toivoa. Hoitavien henkilöiden uskominen potilaan pärjäämiseen ja kuntoutumiseen on tärkeää. Potilas itse tarvitsee uskoa omaan mahdollisuuteensa toipua vakavasta sairaudesta, ja tämän uskon vahvistamiseksi hoitavat henkilötkin tarvitsevat uskoa samaan asiaan. Potilaan epäonnistumisen jälkeen on aina yritettävä uudelleen, ja on uskallettava kokeilla erilaisia asioita potilaan auttamiseksi. Potilaalle pyritään luomaan onnistumisen kokemuksia, mikä ylläpitää hänen toivoaan.

”toivon ylläpitämisestä se tavallaan se yksilön oma intressi tai vastuu siitä myöskin olemassa ettei oo pelkästään mikään semmonen ulkoapäin tuleva tunne tai tila mikä annetaan jollekin ihmiselle vaan myöskin se oma osallisuus siihen” (LE)

Potilaan aktivoiminen toiminnallisuudella sairaalahoidon aikana on tärkeä asia potilaan toivon ylläpitämisessä. Mielekkään toiminnan ja toiminnallisen tekemisen avulla potilaiden toimintakykyä pystytään tukemaan sairaalassa kohti tulevaisuutta ja avohoitoa. Toiminnallisen tekemisen ja ohjatun toiminnan järjestäminen potilaille koettiin tärkeäksi. Potilaille pyritään järjestämään toimintaa lisäämällä henkilökuntaa osastolle, jotta he pääsevät ulkoilemaan tai kuntoilemaan. Hoitohenkilökunnan lisääminen osastoille toiminnallisuuden lisäämiseksi on potilaiden kuntoutumisen kannalta keskeistä. Osallistujat kuvasivat, että toiminnallisiin ryhmiin osallistuminen siirtää potilaiden ajatuksia pois nykyhetkestä, jolloin heillä on mahdollisuus saada eräällä tavalla ”lomaa” vaikeiksi kokemista asioista. Toimivassa hoitojärjestelmässä potilaiden hoidon sisällössä on kuntouttava työote. Suljetulla osastolla oleminen ilman tekemistä

ei ole toipumisen kannalta potilaiden edun mukaista. Potilaille tulee olla aktiviteetteja, jotta elämän perusrytmi löytyy kuntoutumisen aikana. Kaikki toiminnallinen koettiin potilaiden toivon ylläpitämisen kannalta tärkeäksi, kuten ulkotyöt, puutarhatyöt ja säännöllinen päivätoiminta ryhmineen. Oikeuspsykiatristen potilaiden toimintakyvyn näkökulmasta myös retkillä käyminen ja kaupoissa asioiminen kuvattiin tärkeäksi. Toiminnallisuuden lisäksi näissä tilanteissa potilas pääsee harjoittelemaan sosiaalisia taitojaan ja voi itse arvioida konkreettisesti omaa vointiaan. Potilaiden kuvattiin harjoittelevan sosiaalisia taitojaan ja ihmissuhdetaitojaan vuorovaikutuksessa toisten kanssa. Toiminnallisten hoitomuotojen varhaisempi mukaanotto koettiin tärkeäksi ylläpitämään toivoa potilaille jo heti hoidon alussa.

”mun mielestä tää päivätoiminnan järjestäminen on tosi tärkeä asia ja se että on ne tietyt rutiinit viikko on jakotettu tietyllä tapaa se on todella tärkeää ja tota tota ja kyllä se sitten siellä... sit kun alko tapahtumaan et tulee päivätoimintaa ja ryhmiä tällästä ni sehän antaa ihan erilailta erilaiset näkymät – –” (OB)

Potilaan ohjaaminen selviämään sairauden oireiden kanssa tarkoittaa hoidon alussa potilaan sopeutumisen tukemista uuteen tilanteeseen sairauden kanssa. Hoitavien henkilöiden tehtävä on ohjata potilasta tunnistamaan ja hallitsemaan oman sairautensa oireistoa sekä ohjata potilasta sairauden oireiden hallinnassa. Hoidon alussa potilaan tulee oppia tuntemaan itsensä ja hyväksyä uusi elämäntilanne. Potilaan tukeminen sairauden oireiden kanssa selviytymisessä ylläpitää tämän toivoa. Potilaan kannalta toivoa ylläpitää niiden taitojen saaminen, jotka tukevat elämän kuntoon saamista ja avohoidossa selviytymistä.

”– – erilaisia ryhmiä psykoedukaatio ja muita ryhmiä niinku ja kyllähän niissä niinku keskustellaan ja tavallaan sitä toivoa ylläpitävää ja tavallaan se että puhutaan myös jatkosta että mitä tämän jälkeen on miten potilas tuntee oireet” (HS)

5.5.4 Potilaslähtöisen turvallisen hoitoympäristön luominen

Turvallisen hoitoympäristön luovat potilasta koskevien hoitopäätöksien tekeminen hoidossa, rakentava rajojen asettaminen, potilaan osallistuminen oman hoitonsa suunnitteluun ja hoitavien henkilöiden yhteistyökumppanuus potilaan kanssa (taulukko 14).

Taulukko 14. Potilaslähtöisen turvallisen hoitoympäristön luominen

Alakategoriat	Ominaisuudet
Potilasta koskevien hoitopäätöksiä tekeminen hoidossa	Hoitopäätöksiä tekeminen potilaan hoidosta Hoitopäätöksen tekeminen lääkityksen aloittamisesta Ulkopuolisen henkilön arvio potilaalle tehdyistä hoitopäätöksistä
Rakentava rajojen asettaminen	Rutiinit sairaalassa Rajojen asettaminen osastolla Turvallisen olon tunteminen
Potilaan osallistuminen oman hoitonsa suunnitteluun	Potilaan osallistuminen oman hoitosuunnitelman tekemiseen Hoitosuunnitelmissa potilaan oma vaikuttaminen tulevaisuuteensa Potilaan näkemyksien huomioiminen Potilaan omien tavoitteiden asettaminen hoidolle Potilaan oman hoitotahdon tekeminen hoidossaan
Hoitavien henkilöiden yhteistyökumppanuus potilaan kanssa	Yhteistyön tekeminen potilaan kanssa Sopimuksien tekeminen potilaan kanssa

Potilasta koskevien hoitopäätöksiä tekeminen hoidossa on keskeinen elementti oikeuspsykiatriassa, koska hoidetaan vasten tahtoaan hoidossa olevia potilaita. Potilasta koskevien päätöksiä tekeminen tapahtuu yhteistyössä hoitavien henkilöiden kanssa. Hoitavien henkilöiden tekemät hoitopäätökset ovat potilaan toivoa ylläpitäviä, koska näissä päätetään monista asioista hoidon aikana. Hoitavien henkilöiden tekemistä hoitopäätöksistä lääkehoidon määrääminen on keskeinen asia, jonka ympärille hoito rakentuu. Potilaan toivoa ylläpitää myös se, että hoitavien henkilöiden tekemien päätöksiä takana on hoidon ulkopuolinen henkilö (ylilääkäri), joka ohjaa viime kädessä päätöksiä tekemistä. Hoitavien henkilöiden määräyksestä oikeuspsykiatriset potilaat osallistuvat muun muassa päihderyhmään. Hoitopäätöksiä tekeminen ylläpitää potilaiden toivoa ja edistää yhteistyön rakentumista hoitavien henkilöiden kanssa.

”lääkärin työnkuva on sellainen että siihen kuuluu aika paljo niinku rajoittamista jos aatellaan oikeuspsykiatrisessa työssä ni rajoittamista ja ja niinku semmosten asioiden toteamista potilaalle joista potilas ei välttämättä oo ollenkaan samaa mieltä ja ja puhutaan lääkityksestä ja rajoituksista tuota niinku sanoin ja sairaalahoidon loppumisesta ja jatkamisesta” (LN)

Rakentava rajojen asettaminen tarkoittaa laitoshoidossa olevien arkipäiväisten rutiinien olemassaoloa. Tämä tarkoittaa säännöllistä päivärytmiä, johon kuuluvat säännöllinen ruokaileminen, säännöllinen lääkkeiden ottaminen ja suihkussa käyminen, aamulla herääminen ja yöllä nukkuminen. Rajojen asettaminen osastolla on selkeiden arkirutiinien olemassaoloa. Näiden rutiinien olemassaolo ja perusasioiden tekeminen

kuvattiin oikeuspsykiatrisen potilaan hoidossa tärkeäksi ja potilaan toivoa ylläpitäväksi. Niiden kuuluminen laitoshoidon arkeen kuvattiin potilaalle tärkeänä turvallisuuden tunteen lähteenä. Laitoshoidossa selkeyden kuvattiin tuovan toivoa potilaan elämään. Selkeys tarkoittaa samalla tavalla toistuvia asioita sairaalan arjessa. Sen kuvattiin rauhoittavan potilasta ja lisäävän turvallisuuden tunnetta.

” – no kyllähän toivoo pitää yllä ihan niinku arkirutiinit ja kaikki tämmöset niinku että on rutiinit on olemassa ainakii mun mielestä – – ” (PK)

Potilaan osallistuminen oman hoitonsa suunnittelemiseen kuvattiin potilaan näkemysten huomioon ottamiseksi. Potilaiden toivon kuvattiin koostuvan pienistä asioista, joiden huomioiminen hoitoneuvottelussa ylläpitää potilaan toivoa. Vastuun antaminen potilaille omaan hoitoon osallistumisesta sekä oman hoitosuunnitelman tekemisestä lisäävät hoitavien henkilöiden ja potilaiden yhteyden tunnetta ”samalla puolella” olemisesta, mikä ylläpitää potilaan toivoa. Potilaan oman tahdon kuvattiin myös heräävän, kun hänellä on itsellään mahdollisuus olla vaikuttamassa asioihinsa. Osallistuminen oman hoidon suunnitteluun on merkki potilaan omasta toivosta. Potilaiden ottaminen mukaan osaston toiminnan suunnitteluun sekä kaikkia koskevien asioiden läpikäyminen yhdessä osastokokouksissa ylläpitävät potilaiden toivoa oikeuspsykiatriassa. Potilaan toivon ylläpitäminen hoidon aikana on mahdollista, kun hänellä on mahdollisuus vaikuttaa omaan elämäänsä hoidon aikana. Potilaan pääseminen osaksi hoitoaan koskevien suunnitelmien ja päätöksien tekemistä ylläpitää toivoa. Potilaan mahdollisuutta tehdä hoitotahto oman hoidon sisällöstä kuvattiin myös potilaan toivoa ylläpitäväksi tekijäksi. Potilaan mahdollisuus säädellä itse omien asioiden käsittelyn aikataulua sekä omien tavoitteiden asettaminen hoidolle mahdollistavat potilaan motivoitumisen omaan hoitoonsa.

” – joka tilanteessa on niin se että meidän yhteinen tavoite on se että sä pääset täältä pois että tavallaan se se et asetetaan se yhteinen tavoite et se on mut mitä kaikkea se vaatii nii se on sit tietenkii eri juttu mutta että se on niinku potilaalla tietona että tämä on se mihin pyritään – – ” (LJ)

Hoitavien henkilöiden yhteistyökumppanuus potilaan kanssa on yhteistyön tekemistä potilaan kanssa. Potilaan ja hoitavien henkilöiden yhteistyön tekemistä edistää tiedon antaminen potilaalle siitä, että hoitavat henkilöt ovat potilaan kanssa ”samalla puolella” tarkoituksenaan auttaa häntä. Potilaan ja hoitavien henkilöiden yhteistyö on tärkeää, jotta potilas tietää, ettei ole yksin asioidensa kanssa. Hoitavat henkilöt voivat tehdä myös sopimuksia yhteistyössä potilaan kanssa. Ulkoilemisesta tai hetken aikaa omassa huoneessa olemisesta voidaan tehdä potilaan kanssa yhteistyössä sopimus. Tällainen sopimuksien tekeminen ylläpitää potilaan toivoa.

” – et me pyritään hoitaa tää asia nyt niin että sä oikeesti selviät sitten omilla jaloil-lais mistä sitten mikä se paikka sitten onkaan – – ” (LK)

5.5.5 Potilaan elämäntaitojen vahvistaminen

Potilaan elämäntaitojen vahvistamista tukevat elämäntaitojen opetteleminen yhdessä hoitavien henkilöiden kanssa, palautteen antaminen potilaalle positiivisista asioista, potilaan vastuun saaminen hoidon aikana ja huumorin käyttäminen päivittäisessä hoi-totyössä (taulukko 15).

Taulukko 15. Potilaan elämäntaitojen vahvistaminen

Alakategoriat	Ominaisuudet
Elämäntaitojen opetteleminen yhdessä hoitavien henkilöiden kanssa	Normaalien asioiden tekeminen potilaiden kanssa Potilaan kanssa yhdessä pelaaminen Hoitajien eläminen mukana potilaiden arjessa Potilaan kanssa yhdessä tekeminen silloin, kun ei pysty puhumaan Mindfulnessin opettaminen potilaalle Potilaan vihanhallintataitojen harjoittelu
Palautteen antaminen potilaalle positiivisista asioista	Potilaalle rehellisen palautteen antaminen Potilaan onnistumisen tukeminen Potilaan hyvän palautteen saaminen Potilaan kehuminen Potilaan vahvuksien etsiminen
Potilaan vastuun saaminen hoidon aikana	Potilaan vastuun saaminen omista asioistaan hoidon aikana Potilaan vastuun kantaminen tehdyistä sopimuksista hoidon aikana Potilaan omien voimavarojen huomioiminen opintojen suunnittelussa Potilaan jaksamisen huomioiminen opiskelujen aloittamisessa Sairaalahoidon aikana opiskeleminen oman voinnin mukaan
Huumorin käyttäminen päivittäisessä hoitotyössä	Huumorin käyttäminen hoitajan ja potilaan välisessä vuorovaikutuksessa Hyvän huumorin käyttäminen potilasta kantavana tekijänä Huumori potilaalle toivoa luovana tekijänä

Elämäntaitojen opetteleminen yhdessä hoitavien henkilöiden kanssa on perustehtävä oikeuspsykiatrisilla osastoilla. Potilaiden kanssa tehdään yhdessä tavallisia asioita, kuten pelataan, ruokaillaan ja jutellaan. Näissä vuorovaikutustilanteissa opetellaan ja käydään keskusteluja siitä, kuinka potilaan tulisi toimia erilaisissa tilanteissa. Hoitavat

henkilöt ovat suljetulla osastolla hyvinkin lähellä potilaiden arkea. Tässä tilanteessa yhdessä tekeminen hoitavien henkilöiden kanssa ylläpitää potilaan toivoa, kun hän ei pysty vielä puhumalla käsittelemään asioitaan. Mielenhallintataitojen opettaminen on mindfulness-taitojen opettamista, mikä antaa potilaalle on mahdollisuuden harjoitella tietoisuus- ja läsnäolotaitoa. Mindfulness tarkoittaa keskittymistä tähän hetkeen ja hetken kokemiseen. Mielenhallintataitoja on myös vihanhallintataitojen harjoittelu ryhmässä.

”D: mä tuossa ennemmin sanoin just et kun porukka nuorenee ni heillä on jo kaikki nämä härpäkkeet sitten valmiina mut kyllä meillä on siellä muutama potilas vielä jotka ei halua mitään älypuhelimia ne vaan justinsa sen verran että vastaa puhelimeen jos soittaa tai he soittaa et se on tavallaan se et yks porukka on hiipumassa jo pois päin jo ja näin sitten tulee tää nuorten porukka joilla nää valmiiksi jo kaikki..

E: ja ne osaa käyttää –

D: ja ne osaa käyttää ja ne tietää –

E: ne opettaa meitä –

D: nii mä just meinasin sanoo et yks potilas mulle opetti kuinka siirretään kuvat puhelimesta tietokoneelle se tuli vaan ja teki näin asia selvä – –” (HDE)

Palautteen antaminen potilaalle positiivisista asioista on potilaille annettu rehellinen ja rakentava palaute. Palautetta annetaan potilaan voinnissa tapahtuvista pienistäkin muutoksista. Potilaalle hyvän rehellisen palautteen saaminen luo mielihyvän tunteen. Potilaalle pyritään antamaan palautetta ja kehuja aina kun se on mahdollista. Potilaan hoidossa pyritään myös etsimään positiivisia näkökulmia ja ylläpitämään potilaan toivoa tämän kautta.

”positiivista palautetta aina kun se on paikallaan ja tuota noin” (HD)

Potilaan vastuun saaminen hoidon aikana tarkoittaa potilaslähtöisyyttä. Potilaan oman elämän positiivisia asioita etsitään potilaan hoidon rinnalle. Hoidon aikana potilaalle annetaan lisää vastuuta omista asioistaan ja tehtyjen sopimuksien pitämisestä hoidon aikana. Vastuun saaminen asioiden hoidosta ylläpitää potilaan toivoa. Vastuun saamisella potilas osoittaa oman vastuun kantamisen kykynsä. Potilasta tuetaan hoidon aikana aloittamaan tai jatkamaan keskenjääneitä opintojaan hänen niin halutessaan. Sairaalahoidon aikana on mahdollista opiskella. Hoitavat henkilöt huomioivat ja tukevat potilasta voimavarojen tunnistamisessa.

”siinä mun mielestä tapahtui kans se ettei hän kokenu itseään miksikään ja sitten kun ilmeisesti se oli sitten minä ja muu hoitotiimi kun joka ruvettiin että ei nuori ihminen että mieti nyt vähä ... nii se tuli sieltä ja aivan oma-aloitteisesti haki kouluun ja pääsi ja ihan hyviä numeroita saa” (HE)

Huumorin käyttäminen päivittäisessä hoitotyössä on sen käyttämistä potilaiden ja hoitavien henkilöiden välillä. Kuntoutusosastoilla hoitavien henkilöiden ja potilaiden kuvattiin käyttävän yhdessä huumoria ja nauravan paljon. Huumorin kuvattiin kantavan potilasta eteenpäin. Huumorin käyttämisen kuvattiin ylläpitävän potilaiden toivoa.

N: et jos aattelee et mäki oon tuossa kuntoutustalossa ni x-osastolla ni kyllä se on niin erilaista kun joku suljettu osasto että meillä nauretaan paljo meillä on paljo huumoria sellaista hyvää huumoria...Sellaista hyvää huumoria niinku potilaitten kesken ja

Q: sitä sitä pitäskii viljellä paljo

N: se kantaa kyllä

Q: se on paljo parempaa ku psykelääke mä oon aina sanonu

O: sillä voi vetää niin paljo paboja asioita muualle

P: ja se on niin ihana huomata että sellainen potilas joka on ilmeetön ja ei paljo naura mut sit ku sieltä tulee se ensimmäinen hymy niin se on kyllä aiva aivan huippu filis” (HNQOP)

5.5.6 Toivon ylläpitäminen työryhmässä

Toivon ylläpitäminen työryhmässä muodostuu seuraavista tekijöistä: jaksamisen jakaminen työryhmässä, hoitavien henkilöiden toimiminen esimerkiksi toivon ylläpitämiseksi ja työryhmän tavoitteellinen potilaan hoidon toteuttaminen (taulukko 16).

Taulukko 16. Toivon ylläpitäminen työryhmässä

Alakategoriat	Ominaisuudet
Työryhmän tuki	Omahoitajan jaksaminen silloin, kun muut eivät jaksa Yhden hoitavan henkilön positiivinen vaikuttaminen työryhmään Jaksamisen ääneen lausuminen työryhmässä Hoitajan jaksamisesta keskusteleminen työryhmässä Työryhmässä keskusteleminen hoitavan henkilön kyvystä aloittaa hoitosuhde uudelleen Työryhmän jaksaminen toisten hoitavien henkilöiden puolesta Voimakkaan hoitavan henkilön toimiminen toivon ylläpitäjänä työryhmässä Työryhmässä lupa puhua koetusta toivottomuudesta Hoitavien henkilöiden tunteiden purkautuminen puhumalla Työryhmän tuki hoitavalle henkilölle potilaan toivoa ylläpitävänä tekijänä Työryhmän keskinäinen huumorin käyttäminen
Hoitavien henkilöiden toimiminen esimerkiksi toivon ylläpitämiseksi	Hoitavien henkilöiden tehtävänä esimerkiksi toimiminen Hoitavien henkilöiden toiveikkuus
Työryhmän tavoitteellinen potilaan hoidon toteuttaminen	Työryhmän hyvän yhteistyön toiminen Työryhmän tavoitteellinen lähestyminen potilaan ongelmiin Hoitavien henkilöiden yhteinen hoidon päämäärän tavoittelemine

Työryhmän tuki on omahoitajan ja moniammatillisen työryhmän vastavuoroisuutta potilaan hoidossa. Moniammatillisessa työryhmässä puhutaan avoimesti hoitavien henkilöiden jaksamisesta. Omahoitaja on työryhmän näkökulmasta se henkilö, joka yleensä jaksaa oman potilaansa kanssa. Omahoitajan jaksaminen tukee moniammatillista työryhmää silloin, kun muut työryhmästä eivät enää jaksaa. Yhdenkin hoitavan henkilön positiivisen, tehokkaan ja voimakkaan vaikuttamisen koettiin edistävän koko työryhmän jaksamista potilaan hoidossa.

”aina joskus että tulee sellanen tilanne että ei vaan kerta kaikkiaan nää että nyt tästä mennään mihinkään ja se kuuluu asiaan että sit onneks on ne työkaverit siinä jotka jaksaa puolesta et saa se on ihan ookoo et välillä otetaan askel taaksepäin ja joku muu hoitaa sen sitten sen että se potilas taas tuntee että on toivoo ettei aina tarvii olla siinä noin sanottu etulinjassa jaksamassa” (HA)

Joskus omahoitaja ei kuitenkaan jaksaa vaativassa hoitosuhteessa potilaan kanssa, ja moniammatillisessa työryhmässä puhutaan avoimesti jaksamisesta. Hoitavilla henkilöillä on lupa puhua avoimesti kokemastaan toivottomuudesta potilaansa kanssa. Tässä tilanteessa työryhmä auttaa omahoitajaa jatkamaan hoitosuhdettaan. Työryhmän tuki ilmenee yhteistyönä positiivisten asioiden etsimisellä ja potilaan hoitoon etsitään yhdessä keinoja omahoitajan työkaluiksi hoitosuhteeseen. Työryhmässä keskustellaan tutun potilaan saapuessa osastolle myös siitä, kykeneekö edellisellä hoitajaksolla ollut omahoitaja jatkamaan hoitosuhdetta uudelleen. Työryhmän tuki hoitavalle henkilölle ylläpitää viime kädessä potilaan toivoa. Omahoitajan jaksamista tukee yhteistyön tekeminen muiden hoitavien henkilöiden kanssa. Hoitavat henkilöt ovat omahoitajan tukena hoitosuhteen eteenpäin viemiseksi. Hoitavien henkilöiden puhuminen toistensa kanssa auttaa heitä jaksamaan, minkä seurauksena potilas saa tarvitsemansa toivon taas heiltä. Huumorin käyttäminen työryhmässä auttaa jaksamaan. Hoitavien henkilöiden keskinäinen huumorin käyttäminen on oman jaksamisen tueksi tärkeää. Huumorin keinoin kevennetään tunnelmaa psyykkisesti raskaassa työssä.

Hoitavien henkilöiden toimiminen esimerkillisesti toivon ylläpitämiseksi on moniammatillisen työryhmän yksittäisen henkilön toimintatapa. Hoitavien henkilöiden toimiminen esimerkkinä omille kollegoille vahvistaa muiden hoitavien henkilöiden toiveikkuutta ja ylläpitää siten potilaan toivoa. Hoitavien henkilöiden kuvattiin toimivan potilaan toivoa ylläpitävästi, kun he eivät saavu tilanteisiin päätään riiputellen ”toivottoman näköisinä tai oloisina”. Hoitavien henkilöiden toimiminen esimerkillisesti kuvattiin myös tärkeäksi potilaiden kannalta, koska tällöin he näkevät hoitoympäristössään toiveikkaita ihmisiä.

”B: se onkin hirveen vaikeeta... pitää olla itse se malli nyt ainakin että jos sinne itse meen vaan päätää riiputellen ja –

C: tuhkaa päälle

B: kyllä ja todeten että taasko se nyt on tehny tollee ni aina se tekee noin tietenkin ja huomennakin se tekee noin ... niin ei niin... mutta tota nii pitää olla tietyllä tapaa positiivinen ja potilaan puolella aina” (LBC)

Työryhmän tavoitteellinen potilaan hoidon toteuttaminen on työryhmän yhteistyön tekemistä potilaan hoidossa. Työryhmän tavoitteellinen lähestyminen potilaan ongelmiin on tärkeää. Se tarkoittaa potilaalle asetettujen tavoitteiden systemaattista tavoittelemista ja saavuttamista. Hoitavilla henkilöillä tulee olla tiedossa yhteinen määrittäminen ja potilaan hoidon tavoitteet.

”järjestellä ja selkeyttää tätä hoitoa ja sen hoidon tavoitteita ja sillä tavalla sitten ylläpidetään sitten meidän potilaiden toivoa et tää hoito menee näin ja näin täs on nää hoitoasteikot tai portaitot ja näin pitää mennä että saavutetaan nää” (LH)

5.6 Potilaan toipuminen interventioiden avulla ylläpitää potilaan toivoa

Potilaan toipumista interventioiden avulla ovat potilaan virittäytyminen omaan kuntoutumiseen, potilaan itsemääräämisoikeuden lisääntyminen hoidon aikana ja potilaan identiteetin vahvistuminen hoidon aikana.

5.6.1 Potilaan virittäytyminen omaan kuntoutumiseen

Potilaan virittäytymistä omaan kuntoutumiseen tukevat potilaan motivoituminen kuntoutumiseen, potilaan omien tulevaisuudenhaaveiden asettamisen, potilaan omien voimavarojen tunnistaminen, potilaan itsensä uskomisen kuntoutumiseen ja läheisten välittäminen potilaasta (taulukko 17).

Taulukko 17. Potilaan virittäytyminen omaan kuntoutumiseen

Alakategoriat	Ominaisuus
Potilaan motivoituminen kuntoutumiseen	Potilaan omien tavoitteiden tekeminen hoidon aikana Potilaan oma halu edetä hoidossa Elämän suunnan muuttaminen potilaan omasta halusta
Potilaan omien tulevaisuudenhaaveiden asettaminen	Potilaan suuntautuminen tulevaisuuteen Potilaan oma puhuminen tulevaisuudesta Potilaan haaveileminen tulevaisuudesta
Potilaan omien voimavarojen tunnistaminen	Potilaan oma arvioiminen selviytymisestä sairauden oireiden kanssa Potilaan omien asioiden käsitteleminen Potilaan omien mahdollisuuksien tiedostaminen
Potilaan itsensä uskomisen kuntoutumiseen	Potilaan luottamus hoidon etenemiseen Potilaan itsensä uskomisen kuntoutumiseen Potilaan hyvien muistojen muistelemisen Potilaan itsestään huolehtimisen herääminen
Läheisten välittäminen potilaasta	Potilaan huomaaminen, ettei häntä ole unohdettu Potilaan läheisen rakkauden osoittaminen potilaalle Potilaan läheisen osoittaminen potilaalle, että hänellä on lapsuudenperhe

Potilaan motivoituminen kuntoutumiseen on potilaan omien päätöksiä tekemistä elämän suunnan vaihtamisesta. Potilaan motivoitumista omaan kuntoutumiseen lisää potilaan omien tavoitteiden asettaminen hoidossaan. Ensimmäinen askel kuntoutumiseen alkaa potilaan huomattessa laitoshoidon olevan hyödyllistä hänelle itselleen ja potilas haluaa muutosta. Mahdollisuus tehdä omia päätöksiä hoitonsa aikana ylläpitää potilaan toivoa ja motivoitumista kuntoutumiseen. Potilaan asioiden läpikäynnin uudelleen ja uudelleen vahvistaa potilaan siirtymistä hoidossa eteenpäin. Innostus kuntoutumiseen herää vähitellen. Elämän suunnan muuttaminen tapahtuu potilaan omasta halusta. Joskus potilas on jopa karannut toisesta hoitolaitoksesta päästäkseen oikeuspsykiatriseen hoitolaitokseen ja saadakseen itsensä taas kuntoon.

”D: mutta kyllä se johtuu siitä potilaasta ittestään hyvin hyvin paljon haluaako se yleensä parantua

N: nimenomaan joo mikä se oma motivaatio on

*Q: nimenomaan ja sen pitää olla vielä tuplasti vahvempi kuin meillä terveillä”
(HDNQ)*

Potilaan omien tulevaisuudenhaaveiden asettaminen tarkoittaa potilaan siirtymistä omissa ajatuksissa hoidosta eteenpäin. Potilas alkaa sairaalahoidon aikana hankkia omaan huoneeseensa henkilökohtaisia tavaroita tulevaisuutta varten. Potilaan kuvattiin sisustavan omasta potilashuoneestaan ikään kuin omaa asuntoa vähitellen hoidon

aikana. Potilaan toivoa ylläpitäväksi kuvattiin haaveileminen ja oman tulevaisuutensa suunnitteleminen. Potilas suuntautuu myös puheissaan tulevaisuuteen. Ajatuksissa voi olla ajokortin hankkiminen, parisuhteen solmiminen, hyvien harrastuksien löytäminen, maratonin juokseminen, opiskelupaikan saaminen, osa-aikatyön saaminen, oma koira tai perheen perustaminen. Potilas ylläpitää omia tulevaisuuden haaveitaan internetin välityksellä tai lukemalla matkaoppaita. Potilaiden haaveet sairaalahoidon loppumisen jälkeen suuntautuivat omaan kotiin, tuettuun asumiseen tai kuntoutuskotiin. Potilaan omat tulevaisuudenhaaveet ylläpitävät potilaan toivoa päivästä toiseen sairaalahoidon aikana. Potilaiden toiveiden kuuleminen hoitavien henkilöiden toimesta ylläpitää potilaiden toivoa. Potilaan toiveista edetään kohti toivoa pitkän sairaalajakson aikana.

”pääsin tännekii sairaalaan ni jos on hyvässä kunnossa ni pääsee mut mä en uskalla vielä sitä omaa asuntoo vieläkkä haaveilla mä otan päivä kerrallaan tän asian ja mie-tin sitä kuntoutuskodissa sitä asiaa uudellee et mihin mun rahkeet riittää – –” (PC)

Potilaan omien voimavarojen tunnistaminen on potilaasta itsestään löytyvien vahvuuksien hyödyntämistä. Potilas pääsee omassa kuntoutumisessa eteenpäin, kun hän on hyväksynyt omat asiansa sellaisina kuin ne ovat. Potilaan omien asioiden käsitteleminen auttaa näkemään niitä vahvuuksia tai heikkouksia, joihin hänen tulee kiinnittää huomiota kuntoutumisensa kannalta. Potilas voi löytää uusia tapoja huolehtia itsestään asioiden käsitteleminen avulla. Hän voi tiedostaa itse paremmin omat mahdollisuutensa selviytyä tulevaisuudessa. Itsenäinen oman voinnin arvioiminen on mahdollista, kun potilas osaa arvioida sairauden oireiden kanssa selviytymistä arjessa.

”psykiatrisen hoidon ois hyvä muistaa se että ei olla ni ongelmaakeskeisiä et kyllähän kaikissa ihmisissä ihmisistä löytyy aina vahvuuksia tai että ihmisellä on mielenkiinnon kohteita” (HA)

Potilaan itsensä uskomisen kuntoutumiseen on potilaan uskomista omiin mahdollisuuksiinsa. Potilas saa luottamusta omasta kyvystään selviytyä yksin, kun luottamus hoidosta saatuun apuun vahvistuu. Tämän seurauksena potilas alkaa uskoa omaan mahdollisuuteensa selviytyä itsenäisesti sairauden ja sairauden oireiden kanssa. Huonoina hetkinä parempien hetkien muistelemisen auttaa potilasta jaksamaan eteenpäin ja luo uskoa paremmasta huomisesta. Läheiset toimivat potilaille hyvien muistojen herättelijöinä, mikä vahvistaa potilaan uskoa omaan kuntoutumiseen. Potilaan huolehtiminen itsestään hoidon aikana on kiinnostumista omasta itsestä. Potilas alkaa huolehtia tavalliseen elämään kuuluvasta tavasta pitää huolta omasta ulkonäöstään. Itsestään huolehtiminen alkaa pukeutumiseen panostamisena sekä oman ulkoisen olemuksen kohentamisena vaikkapa meikkaamalla.

”positiivisia asioita tuuva esiin ja hyviä muistoja ja nää muistot kannattaa” (OA)

Läheisten välittäminen potilaasta on potilaan läheisten ihmisten osoittamaa huolenpitoa ja välittämistä. Kokemus omalla itsenään olemisesta omien läheisten ihmisten kanssa vahvistaa potilasta. Kun potilas huomaa, että hän on edelleen tärkeä ja hänestä välitetään, se ylläpitää potilaan toivoa. Toivoa selviytymisestä eteenpäin ylläpitää se, että läheiset hyväksyvät potilaan samana ihmisenä kuin aina ennenkin. Kun läheiset kertovat potilaalle, että hänellä on edelleen perhe ja perhe rakastaa häntä juuri sellaisena kuin hän on, se ylläpitää potilaan toivoa ja uskoa omaan kuntoutumiseen.

”no ens alkuun että myö hyväksytään sinut eikä hylätä sinuu me ollaan sulle ne samat omaiset kato se oli [potilaan] ens alkuun suurin pelko että myö hylätään hänet ja et myö luotetaan sinnuun ja et sie oot sama poika meille kuin aina ennenkii sama lapsi kun aina ennenkii välit sisaruksiin ovat ihan yhtä tärkeet että tätä kautta ensin se luottamus että sinua ei hylätä” (OA)

5.6.2 Potilaan itsemääräämisoikeuden lisääntyminen hoidon aikana

Potilaan itsemääräämisoikeuden lisääntymistä hoidon aikana tukevat potilaiden vapaus hallita henkilökohtaista yhteydenpitoaan, potilaan vapauksien lisääntyminen, potilaan pääseminen sairaalan kuntoutustoimintoihin, potilaan oma harrastaminen hoidon aikana ja potilaan pääseminen sairaalan ulkopuolelle (taulukko 18).

Taulukko 18. Potilaan itsemääräämisoikeuden lisääntyminen hoidon aikana

Alakategoriat	Ominaisuudet
Potilaiden vapaus hallita henkilökohtaista yhteydenpitoaan	Yhteydenpidon monimuotoistuminen sairaalan ulkopuolelle Potilaan ja läheisten tapaaminen ilman hoitajaa
Potilaan vapauksien lisääntyminen	Potilaan vapauksien saaminen hoidon edetessä Potilaan kanttiinilupien saaminen Potilaan vapaakävelyluvan saaminen Kontrollin väheneminen hoidossa Lepositeissä olevan potilaan pääseminen kanttiinin Eristetyn potilaan elämän sisällön miettiminen Vapaampi liikkuminen
Potilaan pääseminen sairaalan kuntoutustoimintoihin	Osastolta pääseminen työterapiaan Osastolta pääseminen pelaamaan sählyä Osastolta pääseminen soittamaan musiikkia Teatteriretkille pääseminen Uimaan pääseminen Kalaretkille pääseminen
Potilaan omaan ajatuksiin keskittyminen	Potilaan omassa rauhassa oleminen Potilaan itsenäinen miettiminen Potilaan lepäileminen Potilaan rukoileminen
Potilaan oma harrastaminen hoidon aikana	Käsitöiden tekeminen Musiikin kuunteleminen Politiikan harrastaminen Kirjastossa käyminen Netissä surfaaminen Lukeminen Kalastaminen
Potilaan pääseminen sairaalan ulkopuolelle	Osastolta pääseminen kaupunkiin Normaalin elämän näkeminen Potilaan seurakunnassa käyminen Elokvissa käyminen Kirpputoreilla käyminen Pizzalla käyminen Purjehtiminen Kaupungilla käveleminen Harjoittelujaksolle pääseminen Vieraileminen läheisten luona "Oman loman" ottaminen hoidosta

Potilaiden vapaus hallita henkilökohtaista yhteydenpitoaan tarkoittaa yhteydenpidon monimuotoistumista sairaalan ulkopuolelle. Potilaan toivoa ylläpitää, kun hänellä on mahdollisuus pitää yhteyttä sairaalan ulkopuoliseen maailmaan puhelimen tai Internetin välityksellä. Potilaille on mahdollisuus tavata läheisiä ihmisiä ilman hoitajan tai hoitajien läsnäoloa. Hoitajan mukana oleminen läheisten vierailuiden aikana ei ole enää pääsääntö vaan poikkeus.

”osa vierailuista on valvottuja riippuu sitten sen potilaan voinnista ja et sekään ei oo enää mikään pääsääntö että hoitaja on aina mukana mut sittenhän se helpottaa sitä tapaamista kun ei tarvii olla sitä hoitajaa” (HD)

Potilaan vapauksien lisääntyminen tapahtuu hoidon edetessä. Potilaan saadessa lisää vapauksia kuvattiin sen ylläpitävän potilaan toivoa. Vapauksien lisääntyminen etenee vähitellen hoidon aikana. Potilas voi ensin saada kanttiiniluvan tai vapaakävelytun. LePOSITEISSÄ olevan potilaan pääseminen kanttiinisiin tai kävelyllä ylläpitää potilaan toivoa. ERISTYKSESSÄ olevan potilaan elämän sisällön miettiminen ylläpitää myös potilaan toivoa. Potilaan toivoa ylläpitää vapaampi liikkuminen kuten pääseminen osastolta ulos, kuten puistoon, saunaan, kävelyllä, kauppaan, kanttiinisiin tai punttisalille.

”eristyksessä niit sitten ruvettu miettimään just näitä että mitenkä heille saahaan jotenkii tavallaan iloa tai sisältöä sinne elämään ja minkälaisista asioita sitä voi heille ehkä jonkunlaista ehkä toivon pilkahdusta tuoda” (HS)

Potilaan pääseminen sairaalan kuntoutustoimintoihin tarkoittaa vapauksien lisääntymisen jälkeen mahdollisuutta osallistua kuntouttaviin toimintoihin hoidon aikana. Pääseminen erilaisiin ryhmiin tekemään asioita toisten potilaiden kanssa kuvattiin potilaan toivoa ylläpitäväksi. Askarteleminen, käsitöiden tekeminen ryhmissä tai töihin pääseminen työterapiaan kuvattiin potilaan toivon ylläpitämisen kannalta tärkeäksi.

”tuo työterapia niillä on kaikkennäkösiä ryhmiä retkiä ja elokuvissa käyvät luontokalastus ja ihan siis sieltä tulee kaikkennäköstä on minigolfpeli ja pelejä ja yleisurheilukisoja ja saappaanheittoa ja on siis paljon sitä aktiiviteettia” (HT)

Potilaan omiin ajatuksiin keskittyminen on saatujen vapauksien myötä myös mahdollisuutta olla omassa rauhassa ja keskittyä omiin ajatuksiin. Potilaan toivon ylläpitäminen on yksin ollessa mahdollisuutta miettiä ja pohtia omia asioitaan itsenäisesti omassa rauhassa. Toivon ylläpitämisen kannalta potilaan on myös hyvä joskus lepäillä tai rukoilla omassa oloissaan.

”mä haluan olla mahdollisimman paljon omissa oloissani. Niin ku et en haluais olla missään laitoksessa ollenkaan että, tai yleensäkkään täällä sairaaloissa ja tuota niin. Haluaisin elää omaa elämäni sillain. Työterapiassa mielellään käyn täällä näin ku ei se oo pakollista mutta mä käyn siellä sen takia että se on ihan virkistävää ja näin pois päin ja siitä saa vähän rahaakin mutta tuota noin –” (PE)

Potilaan oma harrastaminen hoidon aikana on vapauksien lisääntymisen myötä potilaan mahdollisuutta tehdä niitä asioita, joita hän haluaa. Harrastaminen sairaalassa kuvattiin tärkeäksi potilaan toivon näkökulmasta. Potilaalla on mahdollisuus lähteä yksin ulkoilemaan tai käymään kaupungilla, kuten kirjastossa. Potilaan toivoa ylläpi-

tää myös mahdollisuus musiikin kuuntelemiseen, käsitöiden tekemiseen, kävelemiseen, lukemiseen, internetissä surffaamiseen tai politiikan harrastamiseen. Pääseminen kuntosalille, pelaamaan sählyä, kalastamaan tai soittamaan musiikkia on potilaan oman toivon ylläpitämisen näkökulmasta tärkeää. Vapauksien lisääntymisen myötä potilaalla on mahdollisuus päästä sairaalan ulkopuolelle.

” – no en mä tee oikeastaan mitään. Oleskelen vaan, teen töitä, ja kuuntelen musiikkia, ja lueskelen siinä – – ” (PA)

Potilaan pääseminen sairaalan ulkopuolelle on potilaiden omaa itsemääräämisoikeuden hallintaa ja mahdollisuutta asioida sairaalan ulkopuolella. Laitoksen ulkopuolinen ympäristö ylläpitää potilaan toivoa. Potilaiden toivoa ylläpitää liikkuminen yhteiskunnassa ja tavallisen elämän näkeminen. Mahdollisuus opiskella tai jatkaa opintojaan sairaalahoidon aikana tavallisessa oppilaitoksessa on potilaan toivon kannalta tärkeää. Potilaat osallistuvat sairaalan ulkopuolisiin harrastustoimintoihin sairaalahoidon aikana. He käyvät myös omissa seurakunnissaan, kaupungilla kävelemässä, ostoksilla, kirpputoreilla, elokuvissa, teatterissa, purjehtimassa sekä uimassa. Harrastukset sairaalan ulkopuolella kuvattiin potilaiden toivoa ylläpitäviksi tulevaisuutta ajatellen. Lomille pääseminen sairaalan ulkopuolelle on myös potilaille tärkeää. Pääseminen harjoittelujaksoille kuntoutuskotiin tai omien läheisten luo kuvattiin tärkeäksi potilaan toivon kannalta. Lomilla potilaan viettämä aika omien läheistensä kanssa kuvattiin niin ikään tärkeäksi. Potilaiden omaa toivoa ylläpitäväksi kuvattiin myös oman vapaan ottaminen hoidosta eli karkaaminen.

”mulla tuli niinku kiintiö täyteen. Mä halusin pitää vapaata vähän aikaa lomaa” (PA)

5.6.3 Potilaan identiteetin vahvistuminen hoidon aikana

Potilaan identiteetin vahvistumista hoidon aikana ovat potilaan itsetunnon kasvaminen ja potilaan omien vahvuuksien löytäminen (taulukko 19).

Taulukko 19. Potilaan identiteetin vahvistuminen hoidon aikana

Alakategoriat	Ominaisuudet
Potilaan itsetunnon kasvaminen	Positiivinen potilaan huomioiminen Potilaan kokemus omasta tärkeydestä toivoa vahvistavana tekijänä Luottamuksen osoittaminen potilaalle Potilaan itseluottamuksen parantuminen Potilaan itseluottamuksen saaminen hoidossa
Potilaan omien vahvuuksien löytäminen	Potilaan omien vahvuuksien huomioiminen Potilaan voinnin kohentuminen Potilaan omavoiminnan tunteminen Potilaan hyvien asioiden esiin nostaminen hoidossa

Potilaan itsetunnon kasvaminen tapahtuu positiivisen palautteen antamisen myötä. Palautteen antaminen päivittäisessä kohtaamisessa vahvistaa vähitellen potilaan itsetuntoa. Potilaan positiivinen huomioiminen ja rohkaiseminen on paikallaan aina, kun se on suinkin mahdollista. Kokemus omasta tärkeydestä vahvistaa potilaan toivoa. Luottamuksen osoitusten saaminen hoitavilta henkilöiltä edistää ja kasvattaa potilaan itseluottamusta ja näin ollen ylläpitää potilaan toivoa.

”sain hyvää palautetta yhdelle potilaalle hiljattain aika huonokuntoiselle hiljattain ni hän naukiintui tuijottamaan et tarkoitatko sä tota ei mulle kukaan ei ikinä sano mulle positiivista – –” (HJ)

Potilaan omien vahvuuksien löytäminen on ihmisenä kasvamista vastuun saamisen ja onnistumisen myötä. Potilaan voiminnan kohentuminen ja itsensä tunteminen oman sairauden kanssa ylläpitävät potilaan toivoa. Potilaan kokemus tasavertaisesta vuorovaikutuksesta hoitavien henkilöiden kanssa vahvistaa itsearvostusta ja kokemusta omasta tavallisuudesta ihmisenä. Omien vahvuuksien hyödyntäminen ja hyvien asioiden esiin nostaminen hoidon aikana ylläpitävät potilaan toivoa.

”myöskin niitä erilaisia rooleja mitä meidän potilailla on ne voi olla isiä, äitejä ja niil on ammatteja ei vaan kulje sen siinä potilaan asussa vaan et hoitavat tahot näkee et ehkä sieltä nousee sitten omanarvontunto ja jaksaa uskoa että mul jotain muutakin tekemistä kun olla vuosikausia täällä – –” (HB)

5.7 Potilaan verkosto ja ihmissuhteet hoidon aikana ylläpitävät potilaan toivoa

Potilaan verkostot ja ihmissuhteet muodostuvat potilaalle ja läheisten kanssa toimivasta yhteistyöstä, sosiaalisten suhteiden ylläpitämisestä potilastovereiden kanssa sekä potilaan läheisten ja hoitavien henkilöiden välisestä yhteistyöstä.

5.7.1 Potilaan ja läheisten toimiva yhteistyö

Potilaan ja läheisten toimiva yhteistyö tarkoittaa läheisten ihmissuhteiden ylläpitämistä kuten perhe-elämän toteuttaminen hoidon aikana, läheisten ihmisten keskeisen roolin hyödyntämistä hoidon aikana potilaan, läheisten ihmisten luottamuksellista suhdetta, teon käsittelemistä läheisten ihmisten kanssa ja heiltä anteeksi saamista, potilaan osallistumista läheisten elämään, emotionaalisen tuen saamista läheisiltä ihmisiltä hoidon aikana ja läheisten toimimista luottamuksellisesti (taulukko 20).

Taulukko 20. Potilaan ja läheisten toimiva yhteistyö

Alakategoriat	Ominaisuudet
Perhe-elämän toteuttaminen hoidon aikana	Elämäkumppanina oleminen hoidon aikana Naimisiin meneminen hoidon aikana Perheen perustaminen hoidon aikana
Potilaan läheisten ihmisten keskeinen rooli potilaan elämässä hoidon aikana	Läheisten voimavarana oleminen Potilaalla tieto läheistensä olemassaolosta tarvittaessa Äidin oleminen aina lapsensa elämässä
Potilaan ja läheisten ihmisten luottamuksellinen suhde	Läheisten luottamus potilaaseen Potilaan ja läheisen päivittäinen puhuminen nykyhetkestä Läheisten kanssa yhteyden pitäminen päivittäin
Teon käsitteleminen läheisten kanssa ja heiltä anteeksi saaminen	Potilaan ja läheisen päivittäinen tapahtuneiden asioiden läpikäyminen Syytteenalaisen teon käsittely läheisten kanssa Potilaan ja läheisen päivittäinen menneisyyden käsitteleminen Läheisiltä anteeksi saaminen Potilaan hyväksyminen Vuorovaikutussuhteiden korjaantuminen perheenjäsenten kanssa Läheisten myönteinen suhtautuminen potilaaseen

Potilaan osallistuminen läheisten elämään	Perheen oleminen fyysisesti sairaalan lähellä potilaan vierailemisen mahdollistajana Potilaan pääseminen lomilla lapsuudenkotiin Vieraileminen sisarusien luona lomilla Perheenjäsenten vieraileminen sairaalassa Potilaan pääsy osallistumaan läheisten elämään olemalla siinä mukana
Emotionaalisen tuen saaminen läheisiltä ihmisiltä hoidon aikana	Läheiset potilaan psyykkisen jaksamisen tukena hoidon aikana Läheisten hyvien muistojen tuominen potilaan elämään Läheisten positiivisten asioiden tuominen potilaan elämään Läheiset ihmiset tukemassa potilasta eteenpäin Läheisten ja potilaan ymmärtävä vuorovaikutus Potilaan ilahduttaminen läheisten toimesta Läheisten olemassaolo potilaan elämässä tärkeintä
Läheisten toimiminen luottamuksellisesti	Potilaan kannustaminen lääkkeiden käyttämiseen Potilaan kannustaminen päihteettömyyteen Läheisten huolehtiminen potilaan asioista Läheiset sovittelijoina perheen sisäisissä ristiriidoissa

Perhe-elämän toteuttaminen hoidon aikana on keskeinen potilaan toivoa ylläpitävä tekijä. Potilaan läheiset ihmiset ovat henkilöitä, jotka ovat potilaan rinnalla. Läheiset ovat tärkeä voimavara hoidon aikana. Potilaan toivon ylläpitäjänä pidettiin myös sitä, että potilaalla on tieto läheisten ihmisten olemassaolosta ja että he ovat mukana tarvittaessa hoidon aikana. Parisuhde ja perhe-elämän toteuttaminen hoidon aikana ovat merkittäviä potilaan oman toivon kannalta. Potilaalla on hoidon aikana mahdollisuus seurustella ja ylläpitää tai luoda parisuhde. Sairaalassa voi mennä naimisiin tai perustaa perheen.

”U: naisten osaston näkökulmasta jotenkii siellä nuoria naisia ni ne meikkaa ja laittautuu ja hankkii sieviä vaatteita ja hankkivat seurustelukumppaneita jaja se on aika se on tosi –

M: tosi elämää

U: hankkivat lapsia – –” (LUM)

Potilaan läheisten ihmisten rooli on keskeinen potilaan elämässä hoidon aikana, koska he mahdollistavat sairaalan ulkopuolisen elämän säilymisen potilaan arjessa. Läheiset mahdollistavat potilaan pääseminen lomille heidän luokseen. Läheisten kautta potilaan elämässä säilyy muitakin ihmiskontakteja sairaalan ulkopuolella. Sairaalahoiton päättymisen jälkeen potilaan on helpompi palata kotiympäristöön, kun sairaalan ulkopuolisia ihmissuhteita on jo olemassa. Vahvan sosiaalisen verkoston olemassaolo ylläpitää potilaan toivoa. Läheisten ihmisten rooli potilaan elämässä on olla keskeinen

tuki potilaan toivon näkökulmasta. Myös läheisten on hyvä ymmärtää, millainen merkitys heillä on potilaan elämässä.

”hän on lomilla lomilla niinku perheen kans tai sitten mun äidin luona et sillai et on niinku et huomaa et ei oo unohdettu ja nyt kun hän on lomilla joka toinen viikonloppu hän käy seurakunnassa joka perjantai-iltais in siel nuorten illassa sielt on alkanu tulee uudenslaisia kavereita ja tota ja se on ihan selkeesti tuonu vähä semmosta virtaa elämään ja toivoa toivoa tulevasta että kaikista suurin toivon antaja oli se että pääs pois sieltä – –” (OD)

Potilaan ja läheisten ihmisten luottamuksellinen suhde on potilaan ja läheisten tiivistä yhteydenpitoa hoidon aikana. Luottamus on molemminpuolista, ja sitä kuvaava lämmin vuorovaikutussuhde. Yhteyden pitäminen potilaan ja läheisen ihmisen välillä voi olla päivittäistä. Yhteyden pitäminen on molemminpuolista, ja se tapahtuu puhelimen välityksellä. Puhelimitse käydään läpi päivän tapahtumia etenkin hoidon alussa. Potilaan ja läheisten tiivis päivittäinen kontakti ylläpitää potilaan toivoa.

”mutta hän sitten itki mulle ja purki mulle niitä asioitaan ei siel ollu ketään siel sairaalassa kelle ois voinu puhua koska ei näillä potilailla oo mitään sellaista niille ei tarjota sitä keskustelumahdollisuutta kun siinä alussa ehkä pari kertaa kun tutkitaan mielentilaa ja se on sit siinä – –” (OD)

Teon käsitteleminen läheisten kanssa ja heiltä anteeksi saaminen tarkoittaa potilaan ja läheisten ihmisten välisen hyvän luottamuksellisen yhteistyön perustaa. Potilaan ja läheisten ihmisten välien korjaantuminen alkaa, kun potilas saa läheisiltään anteeksi. Läheisten hyväksyntä ja myönteinen suhtautuminen potilaaseen ylläpitää potilaan toivoa. Potilaan ja läheisten päivittäistä yhteyden pitämistä tarvitaan tapahtuneiden asioiden läpikäymiseksi. Potilaan ja läheisten keskinäinen asioiden selvittäminen ja syytteenalaisen teon käsitteleminen ovat keskeisessä asemassa potilaan ja läheisten ihmisten vuorovaikutussuhteiden korjaantumisessa. Potilaan lähentyminen läheistensä kanssa on keskeistä potilaan toivon ylläpitämisen kannalta.

”tää teko ja syyllisyys ja myöskin omaisten mukana olo ni monesti liittyy käsikädessä jos omaiset on mukana ni sieltä tulee jonkin tasoinen niinku anteeksi antaminen asian käsittely ja toivo suhteet niiden omaan elämään et miten mennään nii myös se toivo säilyy potilaalla paremmin tai löytyy – –” (HB)

Potilaan osallistuminen läheisten elämään on potilaan ja läheisten luottamuksellisen ja tiiviin yhteyden pitämisen myötä sitä, että potilas pääsee jälleen osallistumaan perheensä elämään. Potilaan läheisten ja hoitavan yksikön läheisyys mahdollistavat läheisten vierailemisen potilaan luona useammin. Läheisten ihmisten vieraileminen potilaan luona sairaalassa on perheen yhteistä aikaa, jolloin voidaan vaikkapa musisoida

yhdessä. Läheiset haluavat potilaan myös kotiinsa luokseen viikonloppulomalle, jolloin potilaalla on mahdollisuus päästä vierailemaan heidän luonaan. Lomalla ollessaan potilas tapaa ystäviä, sisarusia tai omia lapsiaan. Potilas pääsee olemaan osa perhettään vieraillessaan lomilla heidän luonaan. Läheisten kanssa käydään kaupungilla, osallistutaan yhteisiin perhetapahtumiin ja juhliin sekä vietetään heidän kanssaan muutenkin aikaa. Potilaan läheisten toimiminen potilaan auttamiseksi on potilaan auttamista niin paljon kuin mihin heidän omat voimavaransa riittävät.

”D: ei nii tää vanhempi ei edes

E: ei halua edes

D: ei puhua ei yrittää ja tää nuorempi hyvin vastahakoisesti niinkun tavallaan oikeestaan meidän pyynnöstä yrittää ja yritetään puhua hänelle että jos hän nyt yrittää unohtaa kaikki ne mitä on ollu ja menny ja taas yritetään vaan uudestaan nyhän me mennään jouluna sinne heille ja

E: koska me ollaan sanottu että

D: me emme tule

E: ellei [potilas] saa tulla mukaan koska ei meillä oo oikein sydäntä jättää häntä yksinään

D: emme jätä häntä yksinään emmekä mihinkään” (ODE)

Emotionaalisen tuen saaminen läheisiltä ihmisiltä hoidon aikana on läheisten ihmisten toimimista potilaan psyykkisen jaksamisen tukemiseksi hoidon aikana. Läheisten ihmisten kuvattiin edustavan potilaan toivoa sairaalahoidon aikana. Läheiset ihmiset kokivat myös omaksi vastuukseen potilaan toivon ylläpitämisen hoidon aikana. He ylläpitävät potilaan toivoa tuomalla hoitoon positiivisia asioita. Läheisten ihmisten kuvattiin tuovan potilaan elämään menneestä hyviä muistoja, joiden ajateltiin tuottavan positiivisia ajatuksia hoidon aikana. Läheiset ihmiset kannustavat potilasta jaksamaan eteenpäin hoidon aikana. He kannustavat potilasta osallistumaan arkeen ja osallistumaan yhteiskunnan toimintoihin. Läheiset ihmiset auttavat ja tukevat potilasta arjen asioissa. Potilaan läheiset ihmiset ymmärtävät potilasta parhaiten, koska he tuntevat potilaan yksilölliset tarpeet ja erityispiirteet jo pitkältä ajalta. Potilaan ja läheisten ihmisten välinen vuorovaikutus kuvattiin vastavuoroiseksi, joten potilaan puhuminen läheisten ihmisten kanssa on tärkeää. Läheisten ihmisten asuessa kaukana hoitopaikasta he lähettävät potilaalle säännöllisesti paketteja ilahduttaakseen tätä. Läheisten merkitys kuvattiin niin suureksi, että heidän menettämistä verrattiin toivon menettämiseen.

”se tuntu hirveen pitkälle läheisen kannalta katsottuna ja sitten kun ei saanut pitää mitään yhteyttä niinku puhelimitse mut sitten tota sitten kun hän sai siirtyä sellaseen sellaselle osastolle missä sai pitää oman kännykän ni mää on tosiaan itse alkanu soittaa 2010 mä soitan päivittäin mä oon ainoa joka soitti ensimmäiset kolme vuotta joka ikinen päivä purettiin niitä tuota asioita mitä on menneisyudessa mitä on puhutaan

tästä päivästä ja tota ja se niinku tota mä oon yrittäny tuota osoittaa että häntä ei oo unohdettu häntä rakastetaan edelleen – –” (OB)

Läheisten toimiminen luottamuksellisesti on läheisten ihmisten puhumista potilaalle niistä asioista, jotka edistävät potilaan vointia. Läheiset ihmiset tukevat potilasta lääkehoidon käyttämiseen sekä päihitteettömyyteen. He huolehtivat myös potilaiden pärjäämisestä kotilomilla. Potilaalle voidaan tehdä asioita valmiiksi, tai läheiset ihmiset voivat järjestellä potilaan asioita sairaalahoidon aikana. Läheiset huolehtivat sairaalasta annettujen ohjeiden noudattamisesta lomalla ja tarvittaessa soittavat hoitolaitokseen epäselvissä asioissa. Läheisten käyttäytyminen ja toimiminen luottamuksellisesti kuvattiin potilaan toivoa ylläpitäväksi hoidon aikana. Läheiset ihmiset pyrkivät edistämään potilaan ja muiden potilaan läheisten ihmisten vuorovaikutussuhteita toimimalla perheenjäsenten välissä sovittelijan roolissa. Samanaikaisesti he kannustavat potilasta sairaalahoidon aikana yhteydenpitoon läheisten ihmisten kanssa.

”mut se että vanhemmat ja omaiset käyttäytyy luottamuksen arvoisesti niin että hoitajat voivat tosiaan luottaa – –” (OA)

5.7.2 Sosiaalisten suhteiden ylläpitäminen potilastovereiden kanssa

Sosiaalisten suhteiden ylläpitäminen potilastovereiden kanssa muodostuu vertaistuen saamisesta potilastovereilta hoidon aikana ja vertaistuen saamisesta sairaalan ulkopuolella (taulukko 21).

Taulukko 21. Sosiaalisten suhteiden ylläpitäminen potilastovereiden kanssa

Alakategoriat	Ominaisuudet
Vertaistuen saaminen potilastovereilta hoidon aikana	Vertaistukiryhmän toimiminen osastolla Vertaistukiryhmän toimiminen sairaalassa Tukihenkilöiden toimiminen sairaalassa Potilaiden keskinäinen kannustaminen toivon ylläpitäjänä Potilaiden keskinäinen toistensa tukeminen Ystävien saaminen potilastovereista Potilaiden yhteinen toiminnallinen tekeminen sairaalassa
Vertaistuen saaminen sairaalan ulkopuolella	Yhteisöjen olemassaolo potilaan elämässä (aa-kerho, järjestöt) Potilastovereiden kokoontuminen siviilissä Sairaalan ulkopuolisten ihmissuhteiden olemassaolo Kavereiden olemassaolo elämässä Kavereiden kanssa puhuminen Kaverit kuuntelevat

Vertaistuen saaminen potilastovereilta hoidon aikana ylläpitää potilaan toivoa. Vertaistukitoiminta sairaalassa kuvattiin potilaan toivon kannalta tärkeäksi. Potilastukihenkilöiden toimiminen ja vertaistoiminta ovat sairaalassa tärkeä tuki potilaalle. Vertaistukiryhmään mukaan pääseminen on potilaalle tärkeää. Ryhmän jäsenet ovat linkki potilaiden ja hoitavien henkilöiden välillä, ja he viestittävät potilasnäkökulmaa sairaalan kehittämisen- ja suunnitteluryhmissä. Vertaistukiryhmä tai ryhmän jäsenet osallistuvat sairaalan eri osastojen kokouksiin tuoden kannustavia terveisiä osaston potilaille. Tukihenkilöiden toiminta sairaalassa ylläpitää potilaan toivoa. Potilaana oleminen auttaa ymmärtämään toista potilasta paremmin. Potilaat pitävät toisiaan tasa-arvoisina, joten toisen potilaan auttaminen ja ymmärtäminen nähtiin toivoa ylläpitäväksi. Potilaat kannustavat toisiaan arjessa jaksamaan ja yrittämään eteenpäin. He ylläpitävät toistensa toivoa keskinäisessä vuorovaikutuksessa. He kyselevät toisiltaan kuulumisia ja saattavat halata toisiaan lohdutukseksi. Potilaan toivoa ylläpitää myös se, kun hän näkee toisen potilaan etenevän hoidossaan. Sairaalahoitoa aikana potilaat luovat uusia ihmissuhteita ja saavat uusia ystäviä elämäänsä. Potilaalle on tärkeää löytää aitoja ystäviä hoidon aikana. Hyvät ystävyysuhteet hoidon aikana sairaalassa tai kuntoutuskodissa ylläpitävät potilaan toivoa. Potilaiden yhteinen toiminnallinen tekeminen sairaalassa on ajan viettämistä potilastoverien kanssa. Potilastoverien kanssa pelataan pelejä osastolla tai osaston ulkopuolella sekä katsotaan yhdessä elokuvia. Potilaiden hyvä keskinäinen yhteishenki kuvattiin tärkeäksi ja potilaan toivoa ylläpitäväksi sairaalahoidon aikana.

”no täällä sitten saanut uusia kavereita paljon ympäri suomee että...Että niinni ne antaa toivoo sillälailla niitten kanssa voi olla tekemisissä jatkossakin... Ja mitä muuta toivoo mulle antaa tietenkin mulla-mulla-mulla on siinä mielessä onnellisessa asemassa mulla on vahva sosiaalinen verkosto” (PC)

Vertaistuen saaminen sairaalan ulkopuolella on potilaalle tärkeää. Erilaiset yhteisöt elämässä sairaalahoidon jälkeen kuvattiin potilaan toivoa ylläpitäväksi. Potilaalla voi olla suunnitellusti erilaisia ryhmiä sairaalahoidon päättymisen jälkeen, jotka tukevat tämän selviytymistä kotona. Sairaalassa potilastovereihin tutustuminen ja ystävyys jatkuvat sairaalasta kotiutumisen jälkeenkin. Potilaat kokoontuvat kotiutumisen jälkeen yhteen omissa kotiympäristöissään viettämään jälleen aikaa yhdessä. Potilaalla voi olla kotona selviytymisen tukena myös tukihenkilö, joka edistää potilaan toivoa. Kavereiden kanssa oleminen on osa potilaan arkea sairaalan ulkopuolella. Omat kaverit kuvattiin tärkeiksi potilaan toivon ylläpitämisessä. Kavereiden kanssa yhdessä oleminen ja heidän kanssaan keskusteleminen ja se, että he myös kuuntelevat potilaan huolia, ylläpitää potilaan toivoa. Lapsuudenaikaisten ystävien kanssa oleminen on potilaalle

tärkeää kuten myös sairaalasta saatujen uusien ystävien mukana oleminen potilaan elämässä.

”sanoisin että se on hänen ystäväpiirinsä... joka koulusta asti... ne ei koskaan hylännyt häntä – –” (OA)

5.7.3 Potilaan läheisten ja hoitavien henkilöiden välinen yhteistyö

Potilaan läheisten ja hoitavien henkilöiden välistä yhteistyötä tukevat potilaan läheisten osallistuminen potilaan hoitoon, hoitohenkilökunnan ja potilaan läheisten toimiva yhteistyö, läheisten ja hoitavien henkilöiden säännöllinen keskusteleminen ja läheisten huomioiminen hoidon aikana (taulukko 22).

Taulukko 22. Potilaan läheisten ja hoitavien henkilöiden välinen yhteistyö

Alakategoriat	Ominaisuudet
Potilaan läheisten osallistuminen potilaan hoitoon	Läheisten osallistuminen heille tarkoitettuun päivään Läheisten mukana oleminen hoidon alusta alkaen Läheisten mukaan tuleminen myöhemmässä vaiheessa Potilaan läheisten pyytäminen mukaan hoitoon Tilaa antaminen läheisille potilaan hoitoon osallistumiseen Sukulaisten mukana oleminen hoidossa Potilaan läheisten ihmisten mielipiteiden kuuleminen Potilaan läheisten vaikuttaminen hoidon suunnitteluun Potilaan läheisten informoiminen hoidosta
Hoitohenkilökunnan ja potilaan läheisten toimiva yhteistyö	Hoitavien henkilöiden ja potilaan läheisten toimiva yhteistyö Hoitavien henkilöiden ja potilaan perheen yhteistyö Potilaan läheisten mukaan ottaminen voimavaraksi potilaalle hoidon aikana Potilaan läheiset potilaan parhaina tuntijoina Potilaan läheisten merkitys
Läheisten ja hoitavien henkilöiden säännöllinen keskusteleminen	Potilaan läheisten ja hoitavien henkilöiden yhteinen keskusteleminen Hoidon vaiheista kertominen potilaan läheisille Säännöllinen potilaan läheisten tapaaminen sairaalassa Potilaan läheisten vastauksien saaminen kysymyksiin Läheisten ja hoitavien henkilöiden tasavertainen kommunikointi Läheisten ja hoitavien henkilöiden toimiva vuorovaikutus
Läheisten huomioiminen hoidon aikana	Potilaan läheisten häpeän tunteen kokeminen Potilaan läheisten syyllisyyden tunteiden kokeminen Koko perheestä välittäminen hoidon aikana Läheisten jaksamisen tukeminen Läheisistä hyvän huolen pitäminen Läheisten tarpeiden huomioiminen

Potilaan läheisten osallistuminen potilaan hoitoon on läheisten mukana olemista hoidossa. Potilaan läheisille ihmisille järjestetään vuosittain päivä, johon heitä pyydetään osallistumaan. Läheisten osallistuminen hoitoon on tärkeää, ja se ylläpitää potilaan toivoa. He voivat olla hoidossa mukana alusta alkaen tai tulla mukaan myöhemmässä vaiheessa. Läheiset pyydetään hoitoon osallisiksi, jos se on mahdollista, ja heille annetaan tilaa osallistua potilaan hoitoon. Läheisten ihmisten mukana oleminen hoidossa auttaa potilasta eteenpäin hoidon aikana. Potilaan toivoa ylläpitää läheisten ihmisten aktiivisuus hoidossa. Hoidossa voi olla mukana läheisin ihminen tai sisarukset tai vaikka koko suku. Läheisten ihmisten mahdollisuus olla mukana potilasta koskevassa päätöksenteossa hoidon aikana on tärkeää. Heidän ajatuksiensa huomioon ottaminen ja näkemyksiensä kuuleminen ylläpitää potilaan toivoa. Läheisten ihmisten vaikuttaminen hoidon suunnitteluun ylläpitää potilaan toivoa. Läheisten osallistuessa potilaan hoitoon tulee heitä myös informoida hoidosta.

”myö omaiset tietään että lääkäreillä on ihan valtava tietämys mutta niitten täytyy yrittää ymmärtää meitäkii ja meidän puhetta ja sitten ja sitten myö omaiset tunnetaan omat lapsemme parhaiten että yksilöt on niin erilaisia että voi tuota kuitenkin eihän ne voi kun hoitajat lääkäritkin vaihtuu aika usein ei ne kerkee oppia tuntemaan tätä potilasta hyödyntäkööt sen omaisten tietämyksen” (OA)

Hoitohenkilökunnan ja potilaan läheisten toimiva yhteistyö on hoitavien henkilöiden ja potilaan läheisten yhteistyön tekemistä sairaalahoidon aikana. Hoitavat henkilöt keskustelevat potilaiden kanssa ja ottavat heidän läheisensä hyvään kontaktiin. Potilaan läheiset ihmiset otetaan hoitoon mukaan voimavaraksi potilaalle. Heidän hyödyntäminen voimavarana hoidossa ylläpitää potilaan toivoa. On tärkeää huomioida olemassa olevien sairaalan ulkopuolisten verkostojen hyödyntäminen hoidon aikana. Läheiset ihmiset tuntevat potilaan parhaiten. Oman lapsen tunteminen lapsuudesta saakka antaa toisenlaisen näkökulman hoidettavana olevan potilaan hoidon suunnitteluun. Potilaan oman äidinroolin merkitys kuvattiin tärkeäksi kuten myös potilaan vanhempien rooli sairaalahoidon aikana. Vanhempien mukana oleminen hoidossa ylläpitää potilaan toivoa ja auttaa jaksamaan.

”pitäs olla tasavertasena keskustelijana olkoon sitten lääkärin roolissa siellä potilaitten kanssa mutta että silloin kun jutellaan tästä tärkeestä potilaasta ni sillo pitää heittäytyä ihan samalla tasolle” (OB)

Läheisten ja hoitavien henkilöiden säännöllinen keskusteleminen on keskustelemista potilaan hoidosta. On tärkeää, että hoitavat henkilöt tapaavat potilaan läheisiä ihmisiä säännöllisesti. Läheisten ja hoitohenkilökunnan aktiivinen keskusteleminen on tärkeää. Keskusteluissa läheiset haluavat saada tietoa hoidon vaiheesta tai siitä, millai-

sia muutoksia hoidossa on tapahtunut. Läheisille kerrotaan hoidon vaiheista ja hoidon etenemisestä. On myös tärkeää, että potilaan läheiset saavat vastaukset mieltä askarruttaviin asioihin. Läheisten ja hoitavien henkilöiden toimiva vuorovaikutus on tasaver- taisen vuorovaikutuksen toimimista ihmisten välillä. Sen kuvattiin edistävän potilaan asioita. Hoitavien henkilöiden ja läheisten kohtaamisen ollessa tasa-arvoista se ylläpitää potilaan toivoa. Hoitavien henkilöiden ja läheisten vuorovaikutuksessa kuvattiin myös tärkeäksi hoitavien henkilöiden aktiivinen rooli läheisten kuuntelemisessa.

”on tosiaan kiva kuulla sitten siinä vaiheessa kun kuntoutus on edennyt että hhm pit- källe että ja omaisilta tulee sellaista palautetta että se potilas on palautunut siks alku- peräiseksi henkilöksi mikä se oli alun pitäen se oli niinku välissä joku muu henkilö joka ei ollut kontaktissa omaisiin ja jos oli niin se oli niin huonovointinen psyykkisesti että ei se varsinaisesti ollu se sama henkilö se sama lapsi jonka he ovat niinku kasvattaneet että se välillä oli joku muu ja nyt se on palautunut takaisin siks alkuperäiseksi henki- löksi se on mun mielestä aika voimakasta ja hyvää palautetta kuulla eikä missään nimessä harvinaista” (LL)

Läheisten huomioiminen hoidon aikana on potilaan perheestä välittämistä sairaala- hoidon aikana. Läheisten ihmisten syyllisyyden ja häpeän tunteiden kanssa eläminen on selviytymistä päivästä toiseen potilaan hoidon alkuvaiheessa. Hoitavien henkilöi- den empatian osoittaminen läheisille on merkityksellistä.

”ettei hän edes oikein uskalla ulos mennä kun kaikki aattelee että tuossa on se tappajan äiti ja tavallaan niinku se että se omainen hän oli kaubean kiitollinen että poika on täällä tallessa ja turvassa ja nyt hänen ei tarvii mieltä sitä joka ilta et siellä on tilan- ne onks se häne poikansa hengissä vai mutta että niinkun näin et on omaisille joskus äärimmäisen niinku semmosia että siinä tilanteessa että omaistahan ei voi kun tukea jaksamista tukea täällä meillä näkee kyllä monenlaista siltä saralta” (LJ)

Läheiset ihmiset ovat kohdanneet henkisesti raskaita asioita ja ovat perheenä vakavien asioiden äärellä. Perheen tukeminen surun ja kriisivaiheen yli on tärkeää samoin kuin läheisten ihmisten tarpeiden huomioiminen ja eteenpäin selviytymisen tukeminen. Lä- heisten jaksamisen tukeminen on tärkeää, koska se ylläpitää potilaan toivoa.

5.8 Yhteenveto tuloksista

Tämän tutkimuksen tulos kuvaa oikeuspsykiatrisen potilaan toivon ylläpitämisen moniulotteista ilmiötä niiden ihmisten näkökulmasta, jotka tässä todellisuudessa sitä elävät. Oikeuspsykiatrisen potilaan toivon ylläpitäminen on kokonaisuus, jossa vaikut- tavat hoitojärjestelmä, potilaat, läheiset ja hoitavat henkilöt. Tietoisuus toivoa ylläpitä-

vistä tekijöistä mahdollistaa potilaan toivon ylläpitämisen potilaan, läheisten ja hoitavien henkilöiden toimesta (ks. kuvio 1, s. 47).

Oikeuspsykiatrisen potilaan toivon ylläpitäminen on kokonaisvaltainen prosessi, johon vaikuttavat potilaan, hoitavien henkilöiden ja läheisten vuorovaikutus sekä heidän toimimisensa hoidon eri vaiheissa. Oikeuspsykiatrisen potilaan toivo on perusvoimavara, joka on aina olemassa ja joka muuntautuu hoidon aikana. Toivo antaa uskoa paremmasta tulevaisuudesta ja uusista mahdollisuuksista. Oikeuspsykiatrisen hoitojärjestelmä mahdollistaa hyvän hoidon lähtökohdan oikeuspsykiatrisille potilaille. Hoitavat henkilöt luovat omalla toiminnallaan perusturvan oikeuspsykiatrisen potilaan hoidolle. Hoidon lähtökohtana on ihmisen hyväksyminen arvokkaana yksilönä. Potilaan hoito etenee yksilöllisten tavoitteiden pohjalta. Hoitavat henkilöt tukevat potilaan toipumista koko hoidon ajan vahvistaen olemassa olevia voimavaroja. Hoitavat henkilöt auttavat ymmärtämään, mikä on potilaalle mahdollista ja mihin potilas kykenee. Merkitykselliset ihmissuhteet hoidon aikana kantavat potilasta eteenpäin. Läheisten ihmisten merkitys on potilaalle korvaamaton hoidon aikana ja hoidon jälkeen.

6 POHDINTA

6.1 Tutkimuksen eettisyys

Tässä tutkimuksessa eettisyyden pohtiminen on ollut mukana koko tutkimusprosessin ajan. Tutkimuksen eettiset näkökulmat on huomioitu tutkimuksen jokaisessa vaiheessa hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009; Kuula 2006). Tutkimuseetiikassa keskeisiä periaatteita ovat ihmisoikeuksien kunnioitus, haitan välttäminen, luottamus, rehellisyys, oikeudenmukaisuus ja kunnioitus (Kylmä & Juvakka 2012; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012; Launis 2007; Orb ym. 2001).

Tutkimusaiheen valintaa perusteli se, että hoitotieteellistä tutkimusta suomalaisesta oikeuspsykiatrasta on tehty ylipäättään vähän ja toivosta ei lainkaan tästä kontekstissa. Samalla se lisää tämän tutkimusaiheen eettistä oikeutusta. Tutkimukseen osallistujat eivät itse välttämättä hyötyneet tutkimuksesta, mutta tutkimus on vahvistanut heidän tietoisuuttaan oikeuspsykiatrisen potilaan toivoa ylläpitävistä tekijöistä. Tutkimuksen aihe on eettisesti perusteltu, koska sillä halutaan rakentaa hoitotieteen tietoperustaa ja tuoda uutta tietoa toivon näkökulmasta oikeuspsykiatrisen potilaan hoitoon. Tutkimus antaa oikeuspsykiatriselle hoitotyölle suuntaa siitä, millä tavalla oikeuspsykiatristen potilaiden toivoa on mahdollista ylläpitää hoidon aikana. Tulosten perusteella voidaan käytännössä kehittää oikeuspsykiatrisen hoitotyön interventioita, jotka tukevat toivon ylläpitämistä.

Käytännössä hyvän oikeuspsykiatrisen hoidon avulla ennaltaehkäistään myös muiden henkirikoksien uusiutumista sekä saavutetaan yksilön kannalta parempia hoitotuloksia. Oikeuspsykiatrisen hoidon tavoitteellisuuden kehittäminen on tärkeää, koska oikeuspsykiatrisen potilaan elämänlaadun parantamiseksi tulisi selvittää ne tekijät, jotka edistävät potilaan selviytymistä ja kuntoutumista sairaalahoidon jälkeen. Tutkimuksissa on todettu, että toivo on yhteydessä elämänlaatuun (Hasson-Ohayon ym. 2009). On myös tärkeää luoda sellainen oikeuspsykiatrinen hoitojärjestelmä, joka pystyy vastaamaan potilaiden moniongelmaisuuden ja vaikeaoireisuuden haasteisiin. Tutkimusta tarvitaan, jotta oikeuspsykiatrista potilasta voidaan sairaalasta poistamisen jälkeen tukea niin, että hän selviytyy avohoidossa. (STM 2005.) Toivo on yksi tär-

keä näkökulma, kun oikeuspsykiatrisia potilaita tuetaan toipumisessa (Niebieszczanski ym. 2016; Cashin ym. 2010).

Aiheen valintaan vaikutti myös henkilökohtainen kokemukseni oikeuspsykiatrisesta hoitotyöstä. Tällä tutkimuksella saatiin uutta tietoa oikeuspsykiatrisen hoitotyöhön. Tutkimustulokset nostavat esiin vuorovaikutuksellisuuden merkityksen, jossa jokainen hoitoon osallistuva vaikuttaa toinen toiseensa ja ylläpitää potilaan toivoa. Tutkimusaihe on monessa mielessä herkkä, koska aihe liittyy potilaiden ja läheisten sekä myös hoitavien henkilöiden hoitotilanteisiin ja päätöksentekoon hoidon eri vaiheissa. Sensitiivinen tutkimusprosessi edellyttää eettisesti korkeatasoista toimintaa kaikissa tutkimuksen vaiheissa (Aho & Kylmä 2012). Tutkimusaiheen sensitiivisyyden takia tutkimuksen tarpeellisuutta käsiteltiin tarkasti eettisen toimikunnan lausunnossa. Eettisen toimikunnan lausuntopyynnössä arvioitiin myös tutkimuksen menettelytapoja kuinka tutkimus toteutetaan käytännössä sekä valittua tutkimusmenetelmää.

Tähän tutkimukseen osallistuminen saattaa herättää muistoja potilaiden vaikeista elämäntilanteista, henkilökohtaisista kokemuksista ja rikosoikeudellisista prosesseista. Tutkimukseen osallistuvat potilaat voivat olla myös voimattomia puolustamaan omia oikeuksiaan niin, etteivät ymmärrä mihin ovat suostumassa. (Aho & Kylmä 2012.) Potilaiden hoito on alkanut Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen määräämänä, ja siksi heidän hoitopolkunsa eroaa muista potilaista. Saattaa olla, että heidän on joskus vaikeampi ilmaista vapaata tahtoaan kuin muiden tahdosta riippumattomassa hoidossa olevien potilaiden. He saattavat suostua asioihin alistaisen asemansa vuoksi. Toisaalta tutkimuksissa on myös todettu, että oikeuspsykiatriset potilaat ovat muita tyytymättömämpiä hoitoonsa (Soininen ym. 2013), mistä voi päätellä heidän kykenevän ilmaisemaan ajatuksiaan vähintään yhtäläisesti muiden tahdosta riippumattomassa hoidossa olevien potilaiden kanssa. Vuorovaikutustaidot ihmisten kohtaamisessa korostuivat tässä tutkimuksessa eettisestä näkökulmasta. Haastatteluissa tuli tilannekohtaisesti huomioida ne vaikeat hetket, jolloin haastateltava tarvitsi hetken aikaa tai tilaa jatkaa kertomaansa. Tämän tutkimuksen toteuttaminen perustui tutkimukseen osallistuvien sekä ohjaajien väliseen vapaaehtoisuuteen ja luottamukseen (Kylmä & Juvakka 2012). Potilaat ja läheiset kuuluvat vähemmistöryhmään stigmatisoivan asemansa vuoksi, joten osallistuminen voi lisätä häpeäntunteita. Oikeuspsykiatrisen potilas saattaa tuntea sairautensa ja pitkän laitoshoidonsa vuoksi olevansa enemmän riippuvainen muista ihmisistä kuin missään muissa vuorovaikutussuhteissa elämänsä aikana.

Psykiatriassa on viime vuosina pyritty voimauttamaan potilaita osallistumaan eniten aktiivisemmin hoitoonsa liittyviin asioihin. Osallistujien itsenäiseen päätöksentekoon, oikeuksiin ja psyykkiseen koskemattomuuteen sekä hyvinvointiin kiinnitettiin tässä tutkimuksessa erityistä huomiota. Kaikki mahdolliset ongelmat huomioitiin yhteistyössä potilaiden ja heidän läheistensä kanssa. Sensitiivisessä tutkimuksessa on ai-

neistonkeräämisessä tärkeää huomioida tutkimukseen osallistuvien näkökulma, mikä ohjasi myös tämän tutkimuksen aineiston keräämistä. (Aho & Kylmä 2012). Lähtökohtana oli pysyä herkkänä kaikille mielenilmauksille sekä varmistaa, että tieto tutkimuksesta oli annettu ymmärrettävässä muodossa ja että suostumus oli aito. Potilaat saattavat osallistua tutkimukseen kiltteydestään, joten erityistä huomiota kiinnitettiin potilaiden aitoon suostumukseen osallistua tähän tutkimukseen. Tutkimukseen osallistuvat henkilöt saivat tukea, mikäli haastattelut herättivät negatiivisia tunteita. Haastatteluissa tuli olla herkkänä siitä, milloin haastattelu tuli keskeyttää joko osallistujan tai oman kuormittumisen vuoksi.

Tutkimukseen osallistujista potilaat ja läheiset ovat erityisen haavoittuvia, sensitiivisiä osallistujia, minkä vuoksi osallistujien psyykkiseen koskemattomuuteen ja hyvinvointiin kiinnitettiin erityistä huomiota alusta alkaen. Tutkimukseen valittiin tasaisessa psyykkisessä vaiheessa olevia suomenkielisiä täysi-ikäisiä oikeuspsykiatrisia potilaita, potilaiden läheisiä ihmisiä sekä hoitavia henkilöitä. Tähän tutkimukseen osallistuvien suojeleminen mahdollisilta haitoilta on eettinen velvollisuuteni. (Aho & Kylmä 2012.) Tutkimukseen osallistuvien henkilöiden henkisellet hyvinvoinnille ei koitunut tavanomaisen arkielämän ylittävää haittaa. Tutkimukseen osallistuneet henkilöt halusivat osallistua tutkimukseen, koska kokivat aiheen merkityksellisenä oikeuspsykiatristen potilaiden hoidon kehittämiseksi. Kaikki haastattelut toteutuivat suunnitelmien mukaan, eikä kukaan tutkimukseen suostunut henkilö kieltäytynyt, perunut tai keskeyttänyt osallistumistaan.

Sensitiivisen tutkimuksen toteuttamisessa on merkittävää, että tutkimukseen saadaan rekrytoitua osallistujia, jotka pystyvät ilmaisemaan erilaisia kokemuksia tutkittavasta ilmiöstä. Tutkimusaineistoa rikastuttaa sen kerääminen eri osallistujaryhmiltä. Grounded theory -menetelmän mukaista teoriaa ei olisi voinut rakentaa liian kapeasta näkökulmasta. (Birks & Mills 2011; Hernandez 2009.) Tässä tutkimuksessa haettiin neljän eri näkökulman avulla vastausta tutkimuskysymykseen.

Haastattelujen nauhoittamisesta saattoi aiheutua osallistuneille henkilöille aluksi jännitystä, mutta yleensä jokaisessa haastattelussa osallistujat unohtivat äänityksen ja totesivat sen itsekin ääneen haastattelun päätyttyä. Osallistujat kertoivat tutkimukseen osallistumisen ja haastattelutilanteen olleen positiivinen kokemus. Tutkimukseen osallistuvat henkilöt saivat myös yhteystietoni mahdollisten myöhemmin mieleen tulevien kysymyksien varalle. Missään vaiheessa minulle ei ole esitetty jälkikysymyksiä tai yhteydenottoja tutkimukseen liittyen.

Mahdolliset psyykkiset haitat ja epä mukavuudet osallistujille pyrittiin huomioimaan ja minimoimaan tarkasti etukäteen riittäväällä informaation antamisella ja kunnioittavalla suhtautumisella. Ennen haastattelujen alkamista kertosin vielä suullisesti kirjallisen tutkimusinformaation asiat, kuten haastattelujen äänittämisen ja keskeyttä-

mismahdollisuuden. Tällä tavoin varmistin, että osallistujat olivat ymmärtäneet haastattelujen tallentamisen tarpeen, joskin se oli jo kaikkien osallistujien tiedossa. Haastattelut toteutettiin huomioiden potilaiden ja läheisten yksilölliset toiveet paikasta ja ajankohdasta.

Jokaisen yksilöhaastatteluun osallistuneen henkilön kanssa muodostui syvälinen vuorovaikutussuhde, jonka perustana oli molemminpuolinen luottamus. Jokainen yksilöhaastatteluun osallistunut koki hoidon ulkopuoliselle henkilölle puhumisen pääsääntöisesti helpottavaksi ja vapauttavaksi, vaikka se saattoikin aiheuttaa ahdistusta vaikeiden asioiden tulvahtaessa mieleen. Potilaat ja potilaiden läheiset saivat kertoa vapaasti oikeuspsykiatristen potilaiden toivosta ja toivoa ylläpitävistä tekijöistä, ja ase-tuin tietoisesti kuuntelijan rooliin esittäen välillä tarkentavia lisäkysymyksiä. (Glaser 1992; 1978.) Pohdin potilaiden ja heidän läheistensä keskustelun tarvetta, koska lähes poikkeuksetta jokainen osallistuja kertoi hyötynensä tutkimukseen osallistumisesta.

Sensitiivisessä laadullisessa tutkimuksessa haastattelijan ja tutkimukseen osallistujan tutkimussuhde voi olla intensiivinen kokemus. Haastatteluissa on valmistaututtava vastaanottamaan ihmisten kokemuksia ja tunteita sellaisenaan kuin ne siinä hetkessä ovat. Sensitiivisessä tutkimusaiheessa aineistonkeruusta saattaa muodostua tilanne, joka rasittaa haastattelijaa henkisesti. (Aho & Kylmä 2012.) Tässä tutkimuksessa syytteenalainen teko esiintyy erityisesti potilaiden ja läheisten kertomuksissa, mikä sai pohtimaan oikeuspsykiatristen hoitotyön psyykkistä kuormittavuutta toivon ja toivottomuuden tasapainoilussa potilaan hoidon aikana. Nämä tarinat kuitenkin mahdollistavat sen tiedon saamisen osallistujilta, mitä tutkimuksella oltiin tavoittelemassa.

Oman jaksamisen näkökulma oli myös tärkeää huomioida tehtäessä tätä tutkimusta. Huomioitavia asioita olivat metodiset, ajalliset ja psyykkiset valmiudet. Sensitiivinen tutkimus on haastava prosessi. Henkinen valmistautuminen haastatteluihin oli tärkeää. Potilaiden ja heidän läheistensä tarinat toivosta ja toivoa ylläpitävistä tekijöistä saivat aikaan osallistujien ja haastattelijan herkistymisen. Nämä seikat olisivat saattaneet johtaa myös tutkimuksesta kieltäytymiseen. Eettisesti ajateltuna näinkin vaikeiden asioiden jakaminen vieraalle ihmiselle oli aluksi hämmentävää. Läheisten ihmisten tunteiden vastaanottaminen ja myötäeläminen on ihmisten kohtaamista sillä hetkellä. Psyykkistä kuormittumistani helpotti tieto, että jokainen tutkimukseen osallistunut potilas oli hyvässä hoidossa. Joissakin tilanteissa oli tarpeen ohjata potilaat hoitavien henkilöiden puoleen niissä asioissa, jotka eivät koskeneet varsinaisesti tätä tutkimusta. Läheisillä ihmisillä oli myös kontakteja hoitaviin henkilöihin, joten heidän oli luonnollista selvittää keskeneräisiä asioita hoitavien henkilöiden kanssa.

Tutkimusta tehtäessä oli tärkeää olla tietoinen omasta toiminnasta sekä siitä, miten omat lähtökohdat vaikuttavat tutkimusprosessin kulkuun (Aho & Kylmä 2012). Psykiatristen hoitotyön kokemus auttoi potilaiden ja heidän läheistensä kohtaamisessa sekä

reflektion tekemisessä koko tutkimusprosessin ajan. Haastattelutilanteissa vieraiden ihmisten kotiympäristöön meneminen oli ainutlaatuinen kokemus. Nämä tilanteet olivat aluksi ahdistavia, koska vastassa oli täysin tuntemattomia ihmisiä vieraassa ympäristössä. Varmistin oman turvallisuuteni pitämällä puhelimen käden ulottuvilla haastattelujen ajan sekä kertomalla läheiselle ihmiselle määränpääni, jonne olin menossa haastattelemaan. Näistä asioista keskusteleminen henkilön kanssa, jolla oli samanlaisia kokemuksia, helpotti myös omaa ahdistustani kuitenkin rikkomatta tutkimukseen osallistuneiden luottamusta. Huolehdimin oman ahdistukseni säätelystä hakeutumalla tarvittaessa keskusteluihin tämän henkilön kanssa.

Tulosten raportoinnissa huomioitiin tutkimukseen osallistuneiden yksityisyys kaikissa vaiheissa (Aho & Kylmä 2012; Kylmä & Juvakka 2012; Chiovitti 2003). Tutkimukseen osallistuvien identiteetit turvattiin antamalla tutkimukseen osallistujalle koodi, jota tutkimuksessa käytettiin henkilön identifioimiseksi. Osallistujien tiedot ja niihin yhdistyvä nimi tai koodi säilytetään turvallisessa paikassa. Tutkimukseen osallistuvien yksityisyydensuoja turvattiin niin, etteivät henkilöt ole tunnistettavissa tuloksista. Tutkittavien yksityisyyden kunnioittaminen velvoittaa sekä tutkimuseettisesti että lainsäädännöllisesti.

Tutkimusaineistoa käsiteltiin siten, että tutkimukseen osallistuvien henkilötiedot pysyvät salassa. Alkuperäisilmaisujen käyttämisen tarkoituksena on perustella tehtyjä päätöksiä sekä tehdä tulosten lukeminen lukijalle mielekkääksi. Alkuperäisilmaisusta ei pysty tunnistamaan osallistuneita henkilöitä tai sairaalaa. Tutkimusaineisto on kokonaisuutena säilytetty koko tutkimusprosessin ajan lukollisessa kaapissa. Tietokoneella aineisto on ollut suojattuna, eikä siihen ollut muilla henkilöillä pääsyä. Taltioidut äänitteet, tekstit, suostumuslomakkeet ja taustatiedot säilytettiin niin ikään lukollisessa kaapissa. Tutkimukseen kerätyt tiedot ovat vain omassa käytössäni, ja ne hävitetään viiden vuoden kuluttua tutkimusraportin kirjoittamisesta (Henkilötietolaki 523/1999).

Aineiston analyysin eteneminen on kuvattu huolellisesti ja rehellisesti. Aineisto on analysoitu huolellisesti, jotta asiasisältö ei vääristy tai muutu ja näin pysytään alkuperäisaineistossa. Hoitotieteellisessä tutkimuksessa on tasapainoiltava toisaalta hyvin yksityiskohtaisten tutkimustulosten raportoinnin ja toisaalta tutkimukseen osallistuneiden suojelemisen välillä. Tässä tutkimuksessa on huomioitava tutkimukseen osallistuneiden pieni ryhmä, joka saattaa altistaa tutkimukseen osallistuneet tunnistamiselle.

Tässä tutkimuksessa vastuun ottamisen velvollisuudesta huolehditaan siten, että vaatimukset rehellisyydestä, luotettavuudesta ja huolellisuudesta täyttyvät. Velvollisuuteni on myös yrittää vaikuttaa siihen, kuinka tutkimuksesta saatua informaatiota käytetään parantamaan oikeuspsykiatristen potilaiden toivon ylläpitämistä.

6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimusta varten ei tehty varsinaista systemaattista kirjallisuushakua ennen aineiston keräämistä, vaan kirjallisuus ja muu teoreettinen aineisto kerääntyi vähitellen tutkimusprosessin edetessä. Kirjallisuushaku tehtiin ennen tutkimusta osoittamaan, onko vastaavaa tutkimusta tehty aiemmin. Varsinainen kirjallisuushaku ja siinä käytettävät hakusanat laadittiin yhdessä informaattikon kanssa vuonna 2015. Suomalainen oikeuspsykiatrinen tutkimus ei ole kohdentunut viime vuosikymmenien aikana käytännön tutkimuksiin, mistä syystä tutkimuksen lähtökohtien kuvaamisessa käytetään vanhahkoja lähteitä, jotka ovat kuitenkin relevantteja, koska uusia ei ole kirjoitettu.

Analyysiprosessissa oli muutamia keskeisiä ongelmia. Tutkimusaineisto oli tietomäärältään suurehko, joten analyysin eri vaiheisiin kului paljon aikaa. Analyysiprosessin edetessä huomioitiin, että useat kategoriat ovat kylläntyneitä paljon varhaisemmassa vaiheessa analyysin tarkastuskierroksien avulla. En kuitenkaan rojhennut lopettaa aineiston keräämistä vielä tässä vaiheessa. Aineiston kanssa työskenteleminen vaati monta tarkastuskoodauskierrosta, jotta kategorioiden sisällöt pysyivät yhtenäisinä. Teorian muodostamisen näkökulmasta ongelma oli, että analyysin alkuvaiheessa olin hyvinkin sitoutunut erilaisiin näkökulmiin, jolloin analyysi ei edennyt aineistolähtöisesti. Teoreettinen esiyymmärrys vaikutti analyysin tekemiseen ja saattoi tämän vuoksi jopa vaikeuttaa sitä olennaisesti. Käsitteiden luominen aineistolähtöisesti on vaikeaa, kun mielessä vaikuttaa muiden tutkijoiden raportoimia käsitteitä. (Glaser 1992.) Myös omat ennakkokäsitykset ohjasivat ajatuksien kulkua. Puhtaan todellisuuden saaminen esiin aineistosta on ehkä mahdotonta, mutta lähelle ilmiön keskeisiä piirteitä on mahdollista päästä systemaattisen analysoinnin ja käsitteellistämisen kautta.

Grounded theory -menetelmällä tuotetun tiedon luotettavuutta arvioidaan neljällä kriteerillä: sopivuus, toimivuus (ymmärrettävyys), yleistettävyys ja muunneltavuus. **Sopivuus** tarkoittaa kategorioiden sopimista aineistoon ilman pakottamista (Glaser 1978). Tässä tutkimuksessa kategoriat nousevat aineistosta. Aineistoa ei missään vaiheessa pakotettu, vaan kategoriat nousivat aina aineistosta. Tämä lisää luotettavuutta. Analyysiprosessin kaikissa vaiheissa kategorioiden nimeämistä ohjasi sen sisällöllisten ominaisuuksien huomioiminen. Kaikki kategoriat saivat nimen aineiston sisällöstä ja olivat siten oikeutettuja aineiston näkökulmasta. Tutkimukseen osallistuneiden hoitavien henkilöiden kuvaukset ja kokemukset vahvistivat ja tukivat toisiaan. Potilaiden ja heidän läheistensä omakohtaiset kokemukset oikeuspsykiatrisen potilaan toivoa ylläpitävistä tekijöistä olivat merkittäviä teorian sopivuuden ja luotettavuuden näkökulmasta, ja ne täydensivät hoitavien henkilöiden näkökulmaa. **Toimivuus eli ymmärrettävyys** tarkoittaa teorian käytännöllisyyttä ja merkitystä oikeuspsykiatriassa työskenteleville ammattilaisille sekä potilaille että heidän läheisilleen. Teoria kuvaa, kuinka oikeus-

psykiatrisen potilaan toivoa ylläpidetään. Grounded theory -menetelmällä tuotettu teoria sisältää usein sosiaalisia prosesseja, jotka sitovat yhteen teorian eri käsitteet (Glaser 1978). Tässä tutkimuksessa muodostunut teoria on potilaiden, läheisten ja hoitavien henkilöiden väliseen vuorovaikutukseen perustuva sosiaalinen prosessi, joka tuo esiin potilaiden ja heidän läheistensä subjektiivisia kokemuksia tutkittavasta ilmiöstä, jonka taustalla vaikuttavat hoitavien henkilöiden toimiminen. Ymmärrettävyys ja sopivuus edellyttävät käsitteenmuodostuksen selkeyttä tälle tutkimusalueelle.

Grounded theory -menetelmän avulla muodostetaan keskitason teorioita (Peterson & Bredow 2009; Glaser 1978). Tässä tutkimuksessa muodostunut teoria on substansiivinen teoria, aineistolähtöinen keskitason teoria. Hoitotieteen keskitason teorioita on kehitetty eri tavoin, esimerkiksi induktiivisella tai deduktiivisella lähestymistavalla tai näitä yhdistäen (Elo ym. 2013; Riegel ym. 2012; Kääriäinen ym. 2011; Peterson & Bredow 2009).

Yleistettävyyden ansiosta käsitteitä on mahdollista soveltaa oikeuspsykiatriaan yleisesti. Oikeuspsykiatristen potilaiden toivon ylläpitämiseen vaikuttavia tekijöitä voidaan tutkia kokemusten kautta erilaisista näkökulmista. Kyse ei kuitenkaan ole määrällisen tutkimuksen yleistettävyydestä. (Glaser 1978.) **Muunneltavuudella** tarkoitetaan teorian joustavuutta tarvittaessa. Käsitteet kuvaavat oikeuspsykiatrisen potilaan toivon ylläpitämisen todellisuutta. Tulokset ovat sovellettavissa ja osittain siirrettävissä muihin samantyyppisiin olosuhteisiin. Muunneltavuus tarkoittaa, että on mahdollista jatkuvan vertailun menetelmää käyttäen edelleen kehittää teoriaa. Muunneltavuus on mahdollista uuden aineiston keräämisen jälkeen, koska tutkimukseen osallistuneiden välinen vuorovaikutus ja toimintatavat voivat vaikuttaa kokemukseen tutkittavasta ilmiöstä. Uusi aineisto mahdollistaa myös uudet kategoriat, ja teoria voi näin ollen laajentua. Teoriat eivät ole lopullisia totuuksia, vaan teorian muodostuminen on jatkuva prosessi. Teoriaa tulee voida kehittää uuden aineiston avulla. (Cutcliffe 2005; Glaser 1998; Glaser & Strauss 1967). Teorian muunneltavuudesta voidaan ajatella, että jos jotain uutta ja aiemmasta teoriasta poikkeavaa tulee esiin, se ei ole uhka vaan mahdollisuus luoda uutta (Glaser 1978). Muunneltavuutta voidaan arvioida käytännössä myöhemmin, jolloin teorian käyttökelpoisuus on arvioitavissa sen mukaan, kuinka teoria on siirtynyt käytännön hoitotyöhön.

Aineistonkeruumenetelmänä haastattelut toteutettiin avoimina yksilöhaastatteluilta potilaille ja heidän läheisilleen. Ryhmähaastattelut toteutettiin hoitaville henkilöille. Mikäli joku hoitajista tai lääkäreistä olisi halunnut yksilöhaastattelun, olisi sekin ollut mahdollista. Yksilöhaastattelut toivat esiin potilaiden ja läheisten henkilökohtaiset näkemykset potilaan toivoa ylläpitävistä tekijöistä. Tällä tavalla saatiin paras ymmärrys oikeuspsykiatrisen potilaan toivoa ylläpitävistä tekijöistä potilaan ja heidän läheistensä näkökulmasta. Potilaiden ja heidän läheistensä saattaminen ryhmähaastattelutilan-

teeseen olisi saattanut olla heille henkisesti liian raskasta. Läheisen ihmisen vakava sairastuminen ja siihen liittyvät oikeudelliset prosessit voivat olla hyvinkin ahdistavia kokemuksia. Näihin asioihin palaaminen haastattelutilanteissa potilaiden ja potilaiden läheisten kanssa nosti tunteita pintaan. Tästä syystä tiedon saanti olisi voinut olla ryhmätilanteessa niukkaa. Haastattelujen aikaisiin tunnereaktioihin olin varautunut etukäteen (Aho & Kylmä 2012). Näiden seikkojen takia yksilöhaastattelut olivat potilaille ja heidän läheisilleen sopivin aineistonkeruumenetelmä. Aineiston jakauma on vino, mutta menetelmän kannalta sillä ei ole merkitystä tuloksiin.

Ryhmähaastattelussa ryhmän koko on merkittävä tekijä, jotta kaikki osallistujat saavat tuotua näkemyksensä esiin (Stewart ym. 2007). Ryhmän tulee olla tarpeeksi pieni, jotta jokaisella on mahdollisuus ilmaista itseään, mutta toisaalta ryhmän tulee olla riittävän suuri, jotta haastateltavien eri näkemykset tulevat esille (Krueger & Casey 1994). Hoitavien henkilöiden ryhmähaastatteluissa osallistujat kävivät runsasta keskustelua. Haastattelijan rooli kuuntelijana oli helppo, koska kaikki osallistujat tuottivat paljon puhetta ja tarkentavilla kysymyksillä kertomus eteni koko ajan. Ryhmähaastatteluissa keskustelu eteni vilkkaasti, ja eriävät näkemykset herättivät ryhmässä aina lisää kysymyksiä ja keskustelua. Haastattelijan henkilökohtaisilla ominaisuuksilla ja ammattitaustalla saattoi olla vaikutusta haastattelujen onnistumisessa. Haastattelijan on hyvä tietää keskusteltavasta asiasta, koska se auttoi ymmärtämään osallistujien näkemyksiä ja tekemään edelleen tarkentavia lisäkysymyksiä tarvittaessa.

Jokaisen haastattelutilanteen päätyttyä haastattelija pyysi suullisen palautteen osallistujilta. Ryhmähaastatteluihin osallistuneet kokivat osallistumisen hyvänä ja ajatuksia herättävänä. Ryhmähaastatteluissa eriävätkin mielipiteet uskallettiin tuoda esille, jolloin jokaisella haastatteluun osallistuneella oli mahdollisuus tuoda esiin oma näkemyksensä asiasta. Ryhmädynamiikka ja erityisesti valtahierarkia vaikuttavat siihen, kuka ryhmässä puhuu ja mitä sanotaan. (Krueger 1994.) On toki mahdollista, että joku osallistujista ei pystynyt ilmaisemaan omia henkilökohtaisia näkemyksiään ryhmäpaineen alla. Ongelmia olisi voinut ilmetä enemmänkin, jos muutamat henkilöt olisivat dominoineet koko ryhmän toimintaa. Ilmapiiri ryhmähaastatteluissa oli avoin ja myönteinen. Haastattelijana menin tutkimukseen osallistuneiden ympäristöön kuulemaan sen tiedon, mikä osallistujilla oli annettavanaan tästä tutkittavasta ilmiöstä. Haastattelutilanteissa oli avoimia kysymyksiä, joita ohjasivat alustavat tutkimustehtävät. Tutkimuksen edetessä teoreettinen otanta ohjasi aineiston keräämistä.

Haastattelujen litteroinnin tein itse. Litterointi oli antoisaa, koska jokainen haastattelu tuli käydyksi samalla läpi uudelleen. Litteroinnin aikana prosessoin samalla omaa toimintaani haastattelijana arvioiden, miten olin itse toiminut ja mitä olisi tai ei olisi pitänyt sanoa haastattelun edetessä. Litterointi helpotti myös analysointivaiheessa,

koska pystyin heti oivaltamaan, mistä haastattelusta analysoitava teksti oli. Grounded theory -menetelmässä palataan alkuperäiseen aineistoon useasti analysointivaiheessa.

Omakohhtaiset kokemukset oikeuspsykiatriasta saattavat vaikuttaa aineiston analyysiin. Aikaisemmat tietoni saattoivat vaikuttaa muun muassa kategorioiden nimeämiseen. Tämän lähtökohdan takia analyysissä saattaisivat painottua tietyt asiat ja pakottaa aineistoa muuhun kuin osallistujien tuottamaan tietoon. Näiden asioiden ymmärtäminen ja tiedostaminen on auttanut säilyttämään objektiivisuuden aineiston analysoinnissa. Toisaalta omat lähtökohdat ovat auttaneet teorian syntymisessä ja sen moniulotteisuuden ymmärtämisessä. Aineisto oli suurehko, mikä ohjasi analyysin etenemistä oikeaan suuntaan ja esti siten aineiston analysoimisen analyysin tekijästä lähtöisin. Käsitteistä ja niiden välisistä suhteista muodostunut teoria on kirjoitettu huolellisesti.

Grounded theory -menetelmän ymmärtäminen tapahtui vaiheittain tutkimusprosessin edetessä. Glaserilaista grounded theory -menetelmän luotettavuutta lisää aineistolähtöisyyttä noudattava linja. Sen tulee aina olla aineistoon sidoksissa. Noudatettaessa aineiston analysoinnissa kaikkia grounded theoryn -menetelmän peruseräitä saadaan luotettavat tulokset. Grounded theory -menetelmä tuottaa kuvauksen tavasta, jolla ihmiset toimivat vuorovaikutusprosesseissa suhteessa toisiinsa. (Glaser 1998.)

6.3 Tulosten tarkastelu

Oikeuspsykiatrisen potilaan toivo

Tutkimuksen tulosten perusteella toivo on välttämätöntä oikeuspsykiatrisen potilaan toipumiseksi, koska se on potilaalle kantava voima. Toivo on tunnustettu tärkeäksi tekijäksi psykiatriassa (Schrang ym. 2012; 2008; Cutcliffe & Koehn 2007; Koehn & Cutcliffe 2007; Kylmä ym. 2006), mitä myös tämän tutkimuksen tulos vahvistaa.

Kylmä (2005) on todennut toivon olevan elämän voimavara. Skitsofreniapotilaan toipumisen näkökulmasta se tarkoittaa uuden merkityksen ja tarkoituksen löytymistä elämään (Lunt 2002). Tällöin toivolla on parantava voima hyvinvoinnin edistäjänä (Gallagher & Lopez 2009). Tässä tutkimuksessa toivo kuvattiin muuntautuvaksi ominaisuudeksi, joka ei koskaan lopu. Myös aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu toivon olevan suhteellisen kestävä (Landein & Seeman 2000).

Toivo on kulmakivi, johon koko oikeuspsykiatrisen potilaan toipumisen perusta rakentuu. Toipuakseen potilas tarvitsee toivoa. Potilaan henkilökohtainen toivo tulee huomioida. Potilaan toivo ilmenee haaveiluna ja myönteisinä odotuksina tulevaisuuteen. Hoitohenkilökunta ohjaa potilaan toivoa lähemmäksi nykyhetkeä. Toivo ilme-

nee odotuksena tulevaisuuteen, kuten parantuneena terveytenä. Potilaan ajatuksissa se kantaa tulevaisuudessa pidemmälle ja auttaa siten jaksamaan. Hoitavat henkilöt eivät voi antaa takeita siitä, että potilaiden kaikki toiveet täyttyvät. Potilaalle ei voi valehdella, mutta toivon viemiseenkin ei ole lupaa. Kukaan ei koskaan voi tietää, miten asiat etenevät potilaan kohdalla, mikä auttaa ja mikä edistää potilaan psyykkistä hyvinvointia. Tämän tutkimuksen mukaan oikeuspsykiatrisille potilailla on toivoa, kun toivolle annetaan mahdollisuus potilaan hoidossa.

Tämän tutkimuksen tuloksien mukaan toipuminen ylläpitää toivoa. Tämä ei tarkoita, että toipumiseksi kaikkien on pysyttävä toiveikkaina koko ajan vastoinkäymisistä huolimatta. Yksilön omat toiveet ja unelmat ovat usein tärkeämpiä kuin hoitohenkilökunnan arvioimat realistiset tavoitteet. Tämä ei tee kuitenkaan ammattilaisten mielihoidetta arvottomaksi. Ammatilainen ei saa teeskennellä jonkin olevan mahdollista, jos aidosti uskoo, ettei se ole. Ammatilaisten tulisi muistaa, että myös he voivat olla joskus väärässä. Tärkeää olisi myös muistaa, että ihmisen itse itselleen asettamat tavoitteet tukevat tavoitteisiin pääsemistä, vaikka ne eivät olekaan realistisia. (Shepherd 2008; Borg & Kristiansen 2004.) Ammatilaisen näkökulmasta katsottuna potilaan kokema toivo voidaan nähdä epätotena. Potilaan näkökulmasta katsottuna hänen toivonsa on todellinen siinä hetkessä. (Guest & Anderson 2010.) Ihmisille, jotka elävät vakavan mielenterveyshäiriön kanssa, toivon ylläpitäminen voi olla päivittäinen haaste. Positiivinen toivon ravitseminen onnistuu kuuntelemalla potilaan itsensä näkökulmia toivoa ylläpitävistä asioista. Skitsofreniaa sairastavan toivo ei ole erilainen kuin yleisväestöllä (Noh ym. 2008). Tämän tutkimuksen aineistosta hahmottui näkökulmia toivoa ylläpitävistä tekijöistä sekä myös toivoa estävistä tekijöistä aina toivottomuuteen asti.

Oikeuspsykiatrinen hoitojärjestelmä

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan oikeuspsykiatrinen hoitojärjestelmä toimii mahdollisuutena potilaan toivon ylläpitämiselle. Psykkisesti sairaat ihmiset saavat apua terveydenhuoltopalveluista ja ovat siten hoidon piirissä, mikä on oikeuspsykiatrisille potilaille tärkeää. Järjestelmän olemassaolo oikeuspsykiatrisille potilaille on keskeistä, koska avun saamisen tulee olla potilaalle yksinkertaista. Oikeuspsykiatrisen potilaan tai hänen läheistensä voimavarat eivät saa mennä siihen, että hädän hetkellä yritetään selviytyä palvelujärjestelmässä eteenpäin. Oikeuspsykiatriset potilaat eivät ole valinneet itse hoitopaikkaansa. He ovat hoitoon määrättyjä, mikä tarkoittaa, että hoitojärjestelmällä on vastuu huolehtia heidän oikeuksistaan. Oikeuspsykiatrisen hoitojärjestelmän tehtävä on kehittää potilaiden valmiuksia elää hyvää elämää sairaalassa sekä sairaalahoidon päättymisen jälkeen.

Oikeuspsykiatrinen hoitojärjestelmä toimii hyvänä perustana potilaan toivon ylläpitämiseksi. Hoitavien henkilöiden on pysyttävä realiteeteissa potilaan hoidossa, ja aina ei voida antaa yksiselitteisiä vastauksia. Hoitavilla henkilöillä ei ole oikeutta antaa potilaalle ns. väärää toivoa. Näissä tilanteissa täytyy löytää muita keinoja potilaan kannattamiseen. Potilaalle voidaan kuitenkin luvata, että hänestä pidetään hyvää huolta ja häntä hoidetaan parhaalla mahdollisella tavalla. Oikeuspsykiatristen potilaiden kuntoutuminen jatkuu avohoidossa, jossa potilaan toimintakyvyn hyödyntäminen on yksilön oman valinnanvapauden hallinnassa. Toimintakyky syntyy yksilön ominaisuuksista sekä olosuhteista, joissa käyttää omaa toimintakykyään. Oikeuspsykiatrisen potilaan vahvuuksia ja toimintakykyä tuetaan avohoidossa. Täyden elämän elämisen avaimet ovat oikeuspsykiatrisilla potilailla itsellään. Hoitojärjestelmän tulee tukea potilasta yksilöllisesti niistä lähtökohdista, jotka ovat yksilön kannalta keskeisiä. Tuleva on merkityksellisempi kuin nykyinen tai mennyt, koska tulevan ajan voidaan ajatella olevan kokonainen mahdollisuus uuteen, ja se voi merkitä kaikkea, kun taas mennyt aika on vain osa jostakin.

Psykiatriassa pääpaino laitoshoidosta on siirtynyt avohoitoon. Pitkäaikainen oikeuspsykiatrinen laitoshoido syrjäyttää ja voi katkeroida ihmisiä entisestään. Tämän takia potilaan toivon ylläpitäminen hoidon aikana on erittäin tärkeää. Yksistään laitoshoidon kulttuurissa eläminen ei myöskään luo toivottua tukiverkostoa, vaan potilas tarvitsee laitoshoidon aikana kontakteja sairaalan ulkopuolelle. Potilaan pitkäkestoinen laitoshoido vaikeuttaa palaamista normaaliin arkielämään. Tämän takia potilaan toivon ylläpitäminen avohoidossa on keskeistä, koska ilman tukea potilas voi turhautua ja ajautua aina samoihin ongelmiin ihmissuhteissa ja päihteiden käytössä. Potilaan toivoa ylläpitää avohoidossa potilaan hoidon yksilöllinen suunnitteleminen ja tarpeenmukainen tapaamistiheys hoitaviin henkilöihin. Samojen hoitavien henkilöiden mukana oleminen hoidossa ylläpitää myös potilaan toivoa matkalla avohoidossa. Oikeuspsykiatrisen potilaan toivon ylläpitämistä avohoidossa edistää, kun tämän tarvitsemat palvelut tarjotaan tarkoituksenmukaisena ja joustavana kokonaisuutena. Suomessa on aikaisemmillä vuosikymmenillä tutkittu ja kehitelty psykoosi- ja skitsofreniapotilaiden hoitoa ja yksi malli on ns. Keroputaan malli, josta on saatu hyviä hoitotuloksia (Seikkula & Alakare 2004; Seikkula 1991).

Avohoitoa tulisi edelleen kehittää, ettei ”B-sairaalaverkostoa” pääse syntymään oikeuspsykiatrisille potilaille. Tulisi luoda järjestelmä, jossa panostetaan kuntoutuksessa itsenäiseen asumiseen. (Tuori 2011.) Toivoa ylläpitävät siihen orientoituneet menetelmät ja asenne. Nämä ovat nykytiedon valossa eettisesti ja myös tuottavuutta ajatellen oikean suuntaisia menetelmiä oikeuspsykiatrista hoitoa suunniteltaessa ja toteutettaessa. Oikeuspsykiatrista palvelujärjestelmää tulisi kehittää palvelunkäyttäjien näkökulmasta (Coffey 2007). Toivon näkökulmasta psykiatrisissa palveluissa korostuu aktiivi-

vinen osallistuminen omaan hoitoon ja omien elämäntapavalintojen hallinta (Turton ym. 2011).

Oikeuspsykiatrian ammatillinen arvoperusta

Tutkimuksen tulosten perusteella hyvän, sallivan ja potilasta kunnioittavan ilmapiiirin luominen on perusta oikeuspsykiatrisessa hoidossa. Hyvä oikeuspsykiatrinen hoito antaa potilaalle ihmiselämän perustarpeita. Oikeuspsykiatriset potilaat voivat olla lähtökohtaisesti vailla turvaa, lämpöä ja terveitä ihmissuhteita. Heille pitää antaa toivon ylläpitämiseksi toimintaa, kosketuksen tuntemuksia, kunnioitusta, hoitavaa ja parantavaa rakkautta ja arvostusta. Oikeuspsykiatriassa lähimmäisenrakkaus on osa professiota ja hoitavien henkilöiden ammatillista osaamista. Se mahdollistaa kantavan toivon antamisen potilaille haastavissakin tilanteissa. Yleismaailmalliset arvot, kuten ystävällisyys ja kunnioittaminen, on todettu tärkeiksi psykiatristen potilaiden hoidossa (Turton ym. 2011).

Hyvä hoitaminen on paitsi toivottoman ihmisen hoitamista myös toivottomuuden ennaltaehkäisyä. Toivottomuuden syy ei ole yksin ihmisessä ja hänen persoonansa rakenteessa, vaan siihen osallistuu koko yhteisö työilmapiiirin luoja. Hoitavat henkilöt tuovat työssä itsensä ihmisenä, ja heidän arvomaailmansa näkyy kaikissa niissä toimisissa, joita he työssään tekevät. Hoitotyö vaatii lähimmäisestä välittämisen taitoa, koska ilman sitä hoitotyö ei ole mahdollista. Oikeuspsykiatrinen hoitotyö on vastuullinen ammatti, jossa onnistuvat ne henkilöt, jotka tuntevat olevansa henkilökohtaisesti kiinnostuneita teoistaan toista ihmistä kohtaan. Lähimmäisenrakkaus hoitotyössä ilmenee sisäisenä tunteena ja ammatillisena huolenpitona potilaasta. Sisäinen tunne on aitoa ihmisestä välittämistä, empaattisuutta ja halua auttaa potilasta. Se on kauniita sanoja ja hyviä tekoja potilaalle. Se on ihmisen sisällä kasvava voima, joka eettisesti ajateltuna on potilaan kunnioittamista, tasavertaisuutta ja yksilöllisyyttä. (Eriksson 2010; Arman & Rehnsfeldt 2006.) Potilaan kokemus olla arvostettu henkilö syntyy hoitotyössä pienistä asioista. Hoitajan täytyy pystyä asettumaan potilaan asemaan ja ymmärtämään maailmaa hänen näkökulmastaan. (Arman & Rehnsfeldt 2007.)

Hyvä hoitaminen on elämää ylläpitävä voima, joka edistää potilaan toivon heräämistä. Se on ihmisten välisten suhteiden pohjavirta, jota tarvitaan hyvässä oikeuspsykiatrisessa hoitotyössä. Hyvä oikeuspsykiatrinen hoito on sitä, että potilaita hoidetaan rakkautella niin, että toivo syntyy ja vahvistuu potilaalle hoidon aikana. Potilaan toivon ylläpitäminen on hoitaville henkilöille ammatillinen velvollisuus, mutta se liittyy myös hoitavan henkilön persoonaan. Niebieszczanskiin ym. (2016) tutkimus osoittaa samansuuntaisia tuloksia. Toivo on välttämätön voimavara hoitamisen kontekstissa hoitavien henkilöiden jaksamisen näkökulmasta (Flesaker & Larsen 2012).

Tutkimuksen tulosten perusteella yhteyden syntyminen ihmisten välille toimii kaiken perustana. Toisen ihmisen näkeminen arvokkaana ja tasa-arvoisena ihmisenä luo perustan arkisille kohtaamisille. Keskinäistä luottamusta rakennetaan avoimessa vuorovaikutussuhteessa. Kohdatakse toisen ihmisen täytyy ensin kyetä kohtaamaan itsensä, myös omat heikkoutensa ja tarpeensa. Siitä lähtökohdasta syntyy aito kohtaminen, joka on enemmän kuin pelkkä sana. Tässä tutkimuksessa ihmisten kunnioittaminen on periaate, joka tarkoittaa potilaiden kohtelemista ihmisinä, joilla on oikeuksia. Tähän sisältyy potilaiden itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen sekä potilaiden kohteleminen arvokkaina yksilöinä, joilla on omat näkemykset ja arvostukset. Potilashoidon laatuun vaikuttavat henkilöstön lukumäärän lisäksi koulutustaso ja osaaminen, työskentelytapa, työnjakomallit ja yhteistyö moniammatillisessa työryhmässä. Hoidon etiikka näkyy hoitotyön arjessa aktiivisena keskusteluna. Muutamien hoitavien henkilöiden rooli työryhmässä voi olla merkittävä ohjaamaan muuta työryhmää toivoon perustuviin arvoihin ja toimintoihin potilaiden hoidossa. Hoitavien henkilöiden tulisi myös seurata oman toivon tasoa. (Niebieszczanski ym. 2016.) Tässä tutkimuksessa hoitavat henkilöt huolehtivat omasta toivostaan kouluttautumalla sekä työnohjauksissa.

Oikeuspsykiatrisen hoidon interventiot

Tämän tutkimuksen tuloksien mukaan omahoitajalla on keskeinen rooli oikeuspsykiatrisen potilaan toivon ylläpitäjänä. Tutkimustulosten mukaan vahva omahoitajuus vaikuttaa potilaan toivon ylläpitämiseen. Potilaan tulee tuntee, että hän on hyväksytty ja häntä kuunnellaan aidosti. Vuorovaikutus omahoitajan ja potilaan välillä on keskeinen keino edistää potilaita kehittämään luottamusta auttajaansa (Dutta ym. 2016). Tutkimustulosten mukaan hoitosuhde omahoitajan ja potilaan välillä tarjoaa potilaalle mahdollisuuden turvalliseen vuorovaikutukseen. Tämän vuorovaikutuksen avulla potilaan on mahdollista kokea, harjoitella, tulla kuulluksi sekä käsitellä syytteenalaisen tekoon liittyviä asioita ja tunteita. Hyvä omahoitaja pystyy luomaan potilaassa myös toivon perspektiiviä. Kokeneen omahoitajan auttamiskyky kumpuaa suoraan lähimmäisyyden yleisinhimillisestä ytimeistä, jolloin omahoitaja herättää potilaassaan toivon kipinän.

Hoitosuhde on vastavuoroinen vuoropuhelu, mikä tarkoittaa, että potilasta kuunnellaan ja hänen näkemyksensä otetaan vakavasti. Tämän hoitavan vuorovaikutussuhteen avulla potilas voi alkaa jäsentämään omia kokemuksiaan, mikä edistää potilaan toipumista. Oikeuspsykiatrisen potilaan hoitotyössä yksilöllisyys on lähtökohhta. Perusasia on, kuinka hyvin hoitaja tuntee hoidossa olevan ihmisen. Tästä taustasta löytyy elementtejä elämän tärkeiden kokemusten vahvistumiseksi ja potilaan toivon

ylläpitäjäksi. Potilaslähtöisessä hoitotyössä hoitajan tulee hallita kokonaisvaltaisesti psykiatrisen sairaanhoidon eri osa-alueet potilaan hoidon suunnittelemisesta aina hoidon toteuttamiseen. Omahoitajan tulee olla ennakkoluuloton potilasta kohtaan, ettei hän peilaa omia asenteitaan potilaaseen. Asenteet tulevat esille tavalla tai toisella, eikä hoitavien henkilöiden pidä nostaa itseään potilaan yläpuolelle. Tätä tutkimustulosta vahvistaa Olssonin, Strandin, Kristiansenin, Sjölingin ja Asplundin (2013) raportoima terapeutin hoitosuhteen merkitys. Tällainen terapeutin hoitosuhde on tärkeä ja ratkaiseva auttamaan potilasta eteenpäin. Toivo toimii keskeisenä tekijänä lisäämällä yksilön sitoutumista terapeutin vuorovaikutukseen ja edistämällä uskoa entistä myönteisempään tulevaisuuteen (Martin & Stermac 2009; Hillbrand & Young 2008).

Tämän tutkimuksen mukaan oikeuspsykiatrian monimutkainen ja vaativa lähtökohta muodostuu potilaiden valvomisesta, arvioimisesta, lääkitsemisestä, terapeutin suhteiden muodostamisesta ja kuntouttavien suhteiden ylläpitämisestä sekä sosiaalisesta vuorovaikutuksesta osastolla. Oikeuspsykiatrisen hoitaminen eroaa merkittävästi yleispsykiatrisesta hoidosta monella tavalla. Oikeuspsykiatriset hoitajat kohtaavat työssään ikään kuin kaksi velvoitetta olemalla ”vartijoita” ja ”hoitajia”. Tämä on tärkein yksittäinen tekijä, joka erottaa oikeuspsykiatrisen hoidon yleispsykiatrista. (Mason ym. 2008; Peternelj-Taylor 1999.) Oikeuspsykiatristen potilaiden kanssa työskenteleminen on haastavaa (Robertson ym. 2011), koska potilailla on lähes aina kroonisia psykoottisia häiriöitä, päihteiden käyttöä sekä traumaattisia kokemuksia. Oikeuspsykiatriset hoitajat ovat päivittäisessä hoitotyössä eniten osallisena huolehtimassa vuorovaikutuksesta potilaiden kanssa (Mason 2002). Tämä ilmeni myös tässä tutkimuksessa. Hyvä vuorovaikutussuhde potilaaseen on tärkeä, ja se edistää luottamuksen syntymistä hoitosuhteessa. Hoitajan täytyy kohdata potilas ennakkoluulottomasti, ja yhteys potilaaseen luodaan heti sairaalahoidon alussa. Aikaisempien tutkimuksien mukaan tällainen vuorovaikutussuhde on merkittävässä roolissa oikeuspsykiatriassa (Peternelj-Taylor 1998). Terapeutit auttavat potilasta eteenpäin ja niillä on potilaan vointia edistäviä vaikutuksia (Olsson ym. 2013). Aikaisemmissa tutkimuksissa henkilökunta (Cutcliffe 2006; 2004; Koehn & Cutcliffe 2012) ja potilaat (Hobbs & Baker 2012; Borg & Kristiansen 2004) ovat todenneet terapeutin suhteen merkityksen toivon ylläpitämiseksi.

Tutkimuksen tulosten perusteella potilaan toipumista tuetaan kannustamalla potilasta sairaalahoidon arjessa. Ilot, surut ja pettymykset kuuluvat elämään, ja hoitavien henkilöiden tehtävä on tukea potilasta näissä tunnetiloissa rinnalla kulkien. Toivo voidaan ylläpitää kannustamalla, vaihtoehtoja tarjoamalla, kuuntelemalla ja positiivisella asenteella, kuten myös Turner & Stokes (2006) ovat raportoineet. Useissa tutkimuksissa on todettu (Rudnick & Slade 2012; Wu 2010; Cheavens ym. 2006; Schrank

ym. 2010) toivon edistämisestä olevan hyötyä skitsofreniapotilaalle, koska toivo edistää selviytymistä sairauden kanssa.

Turvallisessa ja sallivassa ilmapiirissä opitaan paljon vuorovaikutussuhteista ja niiden herättämistä tunnereaktioista. Potilaita tuetaan avoimeen tunteiden ilmaisuun. Hyvään emotionaaliseen oloon kuuluvat myös lähelläolon kokemukset. Tutkimustulosten mukaan hoitotyössä pitäisi muistaa myös kosketuksen tärkeys. On todettu, että koskettaminen ja halaaminen edistävät terveyttä. (Uvnäs-Moberg & Kankkunen 2007; Mäkelä 2005; Routasalo 1999.) Niillä voi olla positiivisia vaikutuksia oikeuspsykiatrisen potilaan identiteetin vahvistamisessa.

Turvallinen ilmapiiri luodaan osastolle ottamalla potilaat mukaan hoitoon. Potilaita tulee kunnioittaa antamalla heille vastuuta. Heille tulee antaa informaatiota hoidosta, vaikka päätöksentekoa ei voikaan jättää potilaalle. Tutkimustulosten mukaan potilaan toivoa edistää hoitavien henkilöiden herkkyys potilaiden yksilöllisten tarpeiden huomioimiseen, ja se osoitetaan lempeästi, ei tuomitsevasti. Tutkimustulosta tukee Roberts ja Wolfsonin (2004) raportoima empaattinen hoitaminen humanististen periaatteiden mukaisesti. Duttan ym. (2016) tutkimuksessa on havaittu, että terapeuttinen vuorovaikutus potilaan kanssa edistää potilasturvallisuutta osastolla.

Muiden maiden oikeuspsykiatrian käytäntöjä olisi myös syytä tarkastella oppimisen näkökulmasta, koska siten voidaan välttyä toistamasta virheitä, jotka muut ovat jo tehneet, ja tukea sekä kehittää toimivia käytänteitä. (Sharfstein 2015; St. Denis ym. 2012.) Yksilötasolla kokemus toivottomuudesta eli siitä, että ”ei ole enää mitään menetettävää”, tarkoittaa, että potilaat voivat käyttäytyä entistä väkivaltaisemmin. Hoidon ja potilaiden kohtelun ollessa inhimillistä on väkivaltainen käyttäytyminen vähäisempää. Oikeuspsykiatristen potilaiden hoitaminen on eettistä ajattelua ja pohdintaa. Rikokseen syyllistyneiden sairaiden ihmisten toipuminen ja sopeuttaminen takaisin yhteiskuntaan on haasteellinen tehtävä nyky-yhteiskunnassa. Yhteiskunnallisesti tämä on merkittävää, koska meidän jokaisen on mukavampaa liikkua yhteiskunnassa, jossa ei ole katkeroituneita ja vihaa täynnä olevia ihmisiä. Oikeuspsykiatrisia potilaita tulee kohdella ymmärtäväisesti ja hoitavalla rakkaudella. Myötäelävä ymmärtäminen voi olla paras keino väkivallan tai sen toistumisen estämiseksi (Huttunen 2016).

Tämän tutkimuksen mukaan potilaan voinnin kehittymistä ja muutoksen vaiheita seurattiin tavoitteiden avulla. Näitä havaintoja käytetään suunniteltaessa potilaan hoitoprosessia sekä toimintaa. Uudet haasteet innostavat kokeilemaan ja yrittämään. Jokainen potilas oivaltaa eri tahtiin eri arkipäivän haasteiden osa-alueita. Potilaiden erilaiset vahvuudet sekä tavat toimia ja oppia ohjaavat suunnittelua. Vastaavanlaisia tuloksia on Niebieszcanskin ym. (2016) tutkimuksessa, jossa toivoa edistetään tavoitteiden asettamisella ja tarjoamalla valinnan mahdollisuuksia potilaille.

Ryhmätoiminta auttaa hoitajia havainnoimaan potilaita ja tukemaan oppimista oikealla tavalla. Tulosten mukaan potilaan aktivoiminen toiminnallisuuteen ryhmien ja työterapian avulla edistää potilaan toivoa. Potilaille toiminnoissa mukana oleminen luo kokemuksen omasta tärkeydestä yksilönä, mikä vaikuttaa potilaan identiteettiin ja kokemukseen olla hyväksyty ihminen. (Saavedra ym. 2016; Roberts & Hollins 2007.) Potilaiden omaa ajattelua tuetaan antamalla potilaille eri näkökulmia asioihin valmiiden vastauksien sijasta. Hoidon tavoitteena on muutos potilaan terveydentilassa, ja siihen pyritään yhdessä sovitulla hoidolla. Hoitavat henkilöt tukevat potilasta tavoitteiden asettamisessa.

Tämän tutkimuksen mukaan toiminnallinen tekeminen on potilaan toivoa ylläpitävä tekijä. Toiminnallisissa ryhmissä harjoitellaan sosiaalisia taitoja. Tätä tulosta vahvistavat aiemmat tutkimukset, joissa raportoidaan toiminnallisen tekemisen ja toimintaterapian olevan tärkeitä tilanteita sosiaalisten suhteiden muodostamiseen ja ylläpitämiseen (Kaliski & Clercq 2012; Jacobs ym. 2010; Hvalsoe & Josephsson 2003). Oikeuspsykiatriset potilaat ovat saaneet myönteisiä kokemuksia toiminnallisesta kuntoutuksesta (Craik ym. 2010).

Tämän tutkimuksen mukaan hoitotyön haasteena oikeuspsykiatriassa on skitsofreniaa sairastavan ihmisen jäljellä olevien voimavarojen tunnistaminen ja niiden siirtäminen taas oman elämän hallintaan. Skitsofreniaa sairastavaa henkilöä voidaan tulkita väärin, jolloin ajatellaan henkilön olevan laiska, saamaton ja välinpitämätön. Toisen ihmisen voi olla vaikeaa ymmärtää potilaan puutteita, ja voi tuntua sietämättömältä, kun yksinkertaisetkin asiat jäävät tekemättä. On henkisesti raskasta pyytää potilasta aina uudelleen ja uudelleen nousemaan ylös sängystään aamutoimiin. Skitsofreniaa sairastavan henkilön kognitiiviset ongelmat aiheuttavat kyvyttömyyttä oppia käyttäytymismalleja, joiden avulla sosiaalinen elämä sujuisi. Vakavasta mielenterveyshäiriöstä toipuakseen ihminen tarvitsee sosiaalisen maailman ympärilleen. Oikeuspsykiatrisen hoitotyön kannalta on keskeistä ottaa huomioon hoitohenkilökunnan riittävät resurssit, kun suunnitellaan hoidon interventioita, joissa hyödynnetään sosiaalisia suhteita ja toiminnallista kuntoutusta. Oikeuspsykiatristen potilaiden kuntoutuksen tukeminen saattaisi tarvita enemmän resursseja kuin siihen nyt kohdistetaan (St. Denis ym. 2012).

Oikeuspsykiatriassa toipumiseen johtavia periaatteita voidaan harjoitella vuorovaiikutustaitojen ja jokapäiväisten elämäntaitojen osalta. Näiden avulla potilaiden toivo vahvistuu. Ihmissuhteiden merkitys toivon ylläpitämiseksi on nostettu esiin monissa tutkimuksissa (Zauszniewski ym. 2010; Koehn & Cutcliffe 2007; Yamashita ym. 2005; Helm 2004; Martin & Street 2003; Rose ym. 2002). Hoitajat arvioivat potilaan toipumista tukevat toimintatavat oikeuspsykiatrisella osastolla paremmiksi kuin potilaat itse. Näitä olivat toivon ja positiivisten ihmissuhteiden ylläpitäminen, terveyden edistäminen, hoitajien välittäminen potilaista, hoitajien orientoituminen potilaan toi-

pumiseen, mielekkään tekemisen löytyminen ja potilaan perustarpeiden tyydyttäminen. (Corlett & Miles 2010.) Tämä tutkimus antaa samanlaisia viitteitä, koska potilaat ja heidän läheisensä sekä hoitavat henkilöt mainitsivat potilaan toivoa ylläpitäviksi mielekkään päivätoiminnan ja ryhmien olemassaolon sekä potilaasta välittämisen hoidon aikana. Toiminnallisia hoitomuotoja tulisi myös edelleen kehittää.

Tämän tutkimuksen mukaan oikeuspsykiatrinen hoitaminen on moniammatillista tiimityötä, jossa tarvitaan yhteistyötaitoja. Moniammatillisessa tiimissä jokainen jäsen tuo keskusteluun oman näkökulmansa ja asiantuntijuutensa, yhtä hyvin kuin persoonallisuutensakin, joten yhteisestä asiantuntemuksen jakamisesta voi kehittyä uutta ymmärrystä ja uusia mahdollisuuksia. Hoitavien henkilöiden kokemukset ja asiantuntemus jaetaan avoimesti näissä keskusteluissa.

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan hoitajat ovat valmiita ja herkkiä keskustelemaan potilaiden kanssa vaikeistakin asioista. Tulos poikkeaa Mullerin ja Poggenpoelin (1996) tuloksista, jotka toteavat, että psykiatriset sairaanhoitajat eivät keskustele mielellään potilaiden kanssa vaikeista asioista. Tämä voi johtua puutteellisista vuorovaikutustaidoista (McLaughlin 1999), mutta myös siitä, että vaikeat asiat ahdistavat myös hoitajia (Brimblecombo ym. 2007). On myös havaittu, että hoitajat eivät ehdi olla riittävästi potilaiden kanssa (Olofsson & Jakobsson 2001; McLaughlin 1999). Lähtökohteisesti potilaat pitävät tärkeänä, että hoitajilla on aikaa heille (Olofsson & Jakobsson 2001). Tämän tutkimuksen mukaan oikeuspsykiatriassa työskentelevillä hoitavilla henkilöillä on valmiuksia kohdata potilaiden vaikeita asioita. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan voidaan olettaa, että haasteellisessa oikeuspsykiatrisessa hoidossa työskentelee henkilöitä, joilla on myönteinen asenne ja kokemusta hoitaa pitkäaikaista sairaalahoitoa tarvitsevia potilaita. Hoitavat henkilöt jaksavat päivästä toiseen kohdata toivoa tarvitsevia potilaita.

Hoitamiseen vaikuttavat hoitokulttuuri sekä hoitajan yksilölliset ominaisuudet ja asennoituminen. Hoitajilla on suuri merkitys siinä, millaiseksi hoitokulttuuri muodostuu oikeuspsykiatrisella osastolla. (Ward 2010.) Hoitajan ja potilaan välisen vuorovaikutuksen esteet oikeuspsykiatrisessa hoitotyössä ovat myös seurausta hoitajien tehtäväkeskeisestä työstä. (Cashin ym. 2010.) Tehtäväkeskeisessä oikeuspsykiatrisessa hoitotyössä keskitytään suoritettaviin rutiineihin, kuten turvallisen ympäristön ylläpitämiseen valvomalla potilaita ja huolehtimiseen potilaiden päivittäisestä ruoan saamisesta ja ulos pääsemisestä.

Oikeuspsykiatria on nuorehko erikoisala. Näin ollen ideologia, roolit ja odotukset ammattihenkilöiltä voivat aiheuttaa hämmennystä siitä, mikä on oikeuspsykiatrian ydin. Humaani lähestymistapa on, että ihminen saadaan jälleen yhteiskuntakelpoiseksi menneisyydestään huolimatta. Lähtökohta on väärä silloin, kun puhutaan katumuksesta tämän potilasryhmän toipumisen sijaan. Tärkeämpää on katsoa nykyhetkeen ja

tulevaisuuteen huolehtimalla, ettei tule toista tekoa tai ettei tapahdu vastaavaa tai vielä pahempaa. Katuminen ei saa tehtyä tekemättömäksi. Terapeuttinen työote tukee potilaan toipumista avohoitoon. Terapeuttinen työote tarkoittaa potilaan vahvuuksien etsimistä, potilaan elämänkulun kartoittamista (syy-seuraus), elämän perustaitojen opettelemista sekä potilaan valmiuksien vahvistamista omaan elinympäristöönsä palaamiseksi. Potilaan taitojen kasvaessa hänen on hänen mahdollista siirtyä avohoitoon sekä selviytyä siellä oireidensa kanssa.

Potilaan toipuminen interventoiden avulla edistää potilaan toivoa

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella vastavuoroinen ja avoin vuorovaikutus, jossa potilaalla on mahdollisuus omaan päätöksentekoon ja hallinnan tunne omista asioistaan, edistää toipumista ja siten ylläpitää toivoa. Potilaan kokemus, että hänet huomioidaan yksilönä ja häntä kunnioitetaan, auttaa häntä itseään toipumaan. Tämä on edellytys potilaan motivoitumiselle omaan hoitoonsa. Motivoitunut potilas on kiinnostunut omasta tilanteestaan, hyvinvoinnistaan ja hoitokeinoista. Potilaan subjektiivinen kokemus omasta terveydestään vaikuttaa hänen asenteisiinsa ottaa hoitoa vastaan. Mitä alisteisemmassa asemassa potilas on hoitaviin henkilöihin nähden, sitä vähemmän hän pystyy vaikuttamaan omiin valintoihinsa hoidon aikana. Yksilön ymmärtäminen ja interventoiden suuntaaminen tämän kautta edistää potilaan toipumista (Shepherd ym. 2016; Noiseux & Ricard 2008).

Potilaiden ohjaus ja positiivisten tekijöiden, kuten itsetunnon tukeminen, ylläpitävät potilaan toivoa (Schrank ym. 2012; Nedderman ym. 2010). Potilaan kokemus oman sairauden oireiden hallinnasta ylläpitää toivoa. Potilaalla tulee olla hoidossaan omia tavoitteita, joita kohti hän voi edetä. On myös tärkeää, että potilas kokee onnistuvansa, koska tämä ylläpitää toivoa. Potilaan tulee luottaa itseensä, jotta hän pystyisi toteuttamaan asetetut tavoitteet. Tavoitteiden asettaminen edistää sitoutumista hoitoon ja auttaa saavuttamaan asetetut tavoitteet. Hoitaja kannustaa potilasta luottamaan itseensä ja kykyihinsä antamalla mahdollisimman paljon hyvää palautetta. Potilaan aktiivisuus tarkoittaa vastuun ottamista itsestään ja omasta toiminnastaan. Hoitajan tulee kannustaa potilasta omahoitoon ja vastuunottoon. Toivo aktivoi potilaan muutokseen ja tarkentaa tulevaisuuden näkymiä potilaalle (Koehn & Cutcliffe 2012).

Myönteiset ihmissuhteet liittyvät vahvasti kokemukseen, joka syntyy tunteesta olla arvostettu ja kunnioitettu. Tämä on perusta potilaan toivon heräämiselle ja itsetunnon kasvamiselle sekä toipumisen edistämiseksi. Positiiviset suhteet henkilökunnan ja muiden potilaiden kanssa ovat erityisen tärkeitä oikeuspsykiatrisille potilaille, koska he viettävät aikaansa pääsääntöisesti lukitussa sairaalassa ja usein ilman positiivisia ja vahvistavia ihmissuhteita sairaalan ulkopuolella.

Hoitoyhteisön luonnollisia elementtejä on tunnistaa potilaan tarpeet ja kunnioittaa potilaan omia päätöksiä. Toisaalta hoitoyhteisö voi rakentaa tahattomasti esteitä näille tärkeille prosesseille. (Arman ym. 2013.) On tärkeää ymmärtää, että potilaalla on omat unelmat, kyvyt ja haasteet elämässään (Glynn 2014; Putkonen & Huttunen 2007).

Potilaan verkosto ja ihmissuhteet hoidon aikana

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan oikeuspsykiatrinen potilas tarvitsee toivon ylläpitämiseksi vierelleen rakkaita ihmisiä, lähimpiään: puolisoa, lapsia, vanhempia ja ystäviä. Hoitavien henkilöiden tehtävä on luoda potilaalle ja hänen läheisilleen kohtaamiseen sopivat olosuhteet ja varmistaa, että potilas on valmis kohtaamaan läheisensä. Tämän tehtävän hoitamisen tulokset kantavat kauas hyvän hoidon tavoittelussa. Oikeuspsykiatrisessa hoitotyössä hoitaja pyrkii tasa-arvoiseen vuoropuheluun potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Hoitaja ei voi yksin tietää, miten asiat ovat tai miten niiden tulisi olla. Tässä moniäänisessä vuoropuhelussa on mahdollista yhdessä löytää uusia näkökulmia tai merkityksiä potilaan tilanteesta esimerkiksi psyykkisestä sairastumisesta. Nämä auttavat potilasta ja hänen läheisiään jäsentämään ja ymmärtämään tapahtunutta ja mahdollistavat luovien ratkaisujen löytymisen ja myönteisen muutoksen. (Franks 2004.) Tämän tutkimuksen mukaan potilaan, läheisten ja hoitavien henkilöiden vuorovaikutuksen päämääränä on erilaisten näkemyksien yhdistäminen ja kulloinkin kyseessä olevan asian selvittäminen yhdessä. Yhteisen vuorovaikutuksen päämäärien merkityksestä on raportoitu jo kauan (Brophy ym. 1994). Hyvä mielenterveystyö perustuu moniammatilliseen yhteistyöhön (Franks 2004).

Oikeuspsykiatristen potilaiden läheisten näkökulma hoidossa on tärkeä, koska läheiset ovat oikeuspsykiatrisen potilaan voimavara ja merkittävä osa kuntoutumista (Absalom-Hornby ym. 2011; Laithwaite & Gumley 2007; Chang & Horrocks 2006; Bland & Darlington 2002). Tämän tutkimuksen perusteella läheisten tuki on tärkeää oikeuspsykiatrisille potilaille. Läheisten rooli korostuu, koska hoitoajat ovat pitkiä ja usein välimatkakin on pitkä. Läheisten ja ystävien tuki edistää potilaan etenemistä ja toipumista. Positiivinen tuki sairaalan ulkopuolelta vaikuttaa positiivisesti ja antaa potilaalle syyn edetä hoitojärjestelmässä päästäkseen takaisin tuttuun yhteisöön sairaalan ulkopuolella.

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan vertaistuen saaminen henkilöiltä, jotka ovat kohdanneet samanlaisia asioita, ylläpitää potilaiden toivoa ja sen myötä edistää toipumista. Potilaiden keskinäinen hyväksyntä ja taito selviytyä sosiaalisista tilanteista ryhmissä vahvistavat oman elämänhallinnan taitoja. Potilaiden väliset aidot suhteet johtavat potilaan henkilökohtaiseen kasvuun ja identiteetin muotoutumiseen. Marino (2015) on raportoinut samansuuntaisista tuloksista.

6.4 Tulosten hyödyntäminen

Tämä tutkimus tuotti uutta tietoa hoitotieteeseen sekä oikeuspsykiatriseen hoitotyöhön. Muodostuneen teorian avulla saadaan kokonaiskäsitys oikeuspsykiatrisen potilaan toivon ylläpitämisestä. Tämä tutkimus luo pohjan oikeuspsykiatrisen potilaan toivon ylläpitämiselle, koska aiempaa tutkimusta aiheesta ei ole tehty. Näkökulma tutkittavaan ilmiöön on uusi oikeuspsykiatriassa, koska aikaisempi tutkimus ei ole kohdistunut oikeuspsykiatrisen potilaan toivon ylläpitämiseen potilaiden, läheisten ja hoitavien henkilöiden näkökulmasta. Oikeuspsykiatrista hoitotieteen tutkimusta on ylipäätään Suomessa tehty vähän, joten tämä tutkimus tuo uutta tietoa oikeuspsykiatriaan ja sen käytäntöön. Tutkimus on tästä näkökulmasta tärkeä tuomaan uutta tietoa oikeuspsykiatrian käytäntöön.

Muodostuneen teorian avulla on mahdollista ymmärtää oikeuspsykiatrisen potilaan toivon ylläpitämistä moniulotteisena prosessina potilaan ja hänen läheistensä sekä hoitavien henkilöiden välillä. Teoria kuvaa potilaan toivon ylläpitämistä laajempänä kokonaisuutena näiden neljän eri näkökulman kautta. Teoriassa oikeuspsykiatrisen potilas nähdään itse toimijana eikä vain passiivisena hoidon vastaanottajana. Tulos tekee näkyväksi hoitavien henkilöiden tekemän työn potilaan toivon ylläpitämisessä, jossa hoitavat henkilöt ovat lähellä potilasta ja hänelle läheisiä ihmisiä.

Tämän tutkimuksen käsitteet ovat muodostuneet osallistujien kokemusten kautta. Tästä syystä käsitteet ovat konkreettisia ja arkipäiväisen kuuloisia. Muodostuneen teorian ja tulosten avulla voidaan kehittää oikeuspsykiatristen potilaiden toivon ylläpitämistä. Teoriaa voidaan kehittää edelleen testaamalla sitä käytännössä. Tämä auttaa ymmärtämään potilasta hänen näkökulmastaan sekä huomioimaan hoidossa toivoa ylläpitäviä interventioita potilaan toivon ylläpitämisen tukemiseksi. Toivon ylläpitämisen teorian avulla voidaan arvioida, toteutuuko oikeuspsykiatrisen potilaan toivon ylläpitäminen tällä hetkellä oikeuspsykiatrisessa hoitotyössä. Tämän tiedon avulla voidaan arvioida myös hoitavien henkilöiden koulutustarpeita.

Teoria täydentää hoitotieteen tietoperustaa kuvaamalla oikeuspsykiatrian todellisuutta osallistujien kokemuksen kautta. Tämän teoreettisen tiedon avulla oikeuspsykiatriset potilaat sekä heidän läheisensä voivat saada ymmärrystä ja lisätietoa omaan tilanteeseensa. Tämän teorian käsitteet mahdollistavat yhteiskunnallisen keskustelun oikeuspsykiatrisesta hoidosta, koska substantiivisen teorian käsitteet antavat käyttökel-poista tietoa. Teorian sisältämien käsitteiden avulla voidaan rakentaa mittari, jolla tutkitaan oikeuspsykiatristen potilaiden toivon ylläpitämistä. Tulosten pohjalta voidaan kehittää oikeuspsykiatriaan uudenlainen toivon ylläpitämisen käytäntö.

Johtamisella on oikeuspsykiatrisessa hoitokulttuurissa tärkeä rooli. Johtamisen näkökulmasta tietoa voidaan hyödyntää oikeuspsykiatrian johtamisessa, kun toimintoja

suunnitellaan ja organisoidaan uudelleen. Arvoperustalla ei ole mitään merkitystä, jos käytännössä sallitaan toimia toisin. Mikäli johto ei ole sitoutunut yhteisiin arvoihin tai johtoa ei näy arjessa, syntyy piilojohtajia ja toimintakulttuurin suunta voi muuttua. Toimintakulttuurin muutosta voi olla vaikea nähdä sisältäpäin, jos valvonta perustuu pelkästään omavalvontaan. Esimiesten tulee havainnoida, miten hoito todellisuudessa tapahtuu arjessa. Johtajuudella on keskeinen merkitys henkilöstön moraalien kehittämisessä ja henkilöstön tukemisessa. Johtajuuden tarve oikeuspsykiatriassa on merkittävä (Brown & Lewis 2015).

6.5 Johtopäätökset

Tutkimustulosten perusteella esitetään seuraavat johtopäätökset:

1. Toivo on oikeuspsykiatristen potilaiden kantava voima. Oikeuspsykiatristen potilaiden toivosta huolehtiminen hoidon aikana on tärkeää. Potilaan toipuminen ylläpitää toivoa.
2. Oikeuspsykiatrinen hoitojärjestelmä antaa perusturvan, ja hoidon ammatillisen arvoperustan myötä hyvä hoitaminen tarjoaa mahdollisuuden potilaan toipumiselle. Hyvän hoitamisen perustan seurauksena potilaan toivo vahvistuu ja toipuminen voi käynnistyä. Hoitavien henkilöiden työnohjaus sekä kouluttautuminen vahvistavat myötäelävää ymmärtämistä.
3. Potilaan toivon ylläpitämiseksi hoitavat henkilöt tuovat psykiatriseen hoitoon itsensä ihmisenä, ja heidän ammatillinen arvomaailmansa näkyy kaikissa niissä toimissa, joita he hoitamisessa tekevät. Oikeuspsykiatristen potilaan hoidossa myötäelävä ymmärtäminen vaati lähimmäisestä välittämisen taitoa.
4. Oikeuspsykiatristen hoidon tulee olla myötäelävää vuorovaikutusta, ja näin ollen se ylläpitää oikeuspsykiatristen potilaan toivoa. Tärkeä tekijä on luottamus omahoitajan ja potilaan välillä. Omahoitaja on läheinen, mutta samalla ammatillinen.
5. Oikeuspsykiatristen potilaan toivon ylläpitämiseksi hoitoa tulisi ohjata terapeutin asenne. Hoidon lähtökohtana tulisi olla ymmärrys potilaasta yksilönä ja ihmisenä. Omahoitaja on potilaalle tärkein ihmissuhde hoidon aikana.
6. Potilaiden suunnitelmalliset kohtaamiset omahoitajan kanssa ovat potilaan toipumista tukevia. Ymmärtävä ja pitkäkestoinen hoitosuhde edistää potilaan valmiuksien kehittymistä.

7. Oikeuspsykiatrinen kuntouttava työote on potilaan toivon ylläpitämisen näkökulmasta tärkeä. Terapeuttisuus kulkee koko hoidon ajan hoitoa ohjaavana tekijänä. Tämä edellyttää hoitavien henkilöiden tarkoituksenmukaista yhteistyötä.
8. Oikeuspsykiatrisen potilaan toipuminen interventioiden avulla ylläpitää potilaan toivoa, koska interventiot mahdollistavat potilaan omien voimavarojen löytämisen ja oman sairauden hallinnan. Yksilön ymmärtäminen ja interventioiden suuntaaminen sen mukaan edistää potilaan toipumista.
9. Perhekeskeisyys on tärkeää oikeuspsykiatrisen potilaan toivon ylläpitämiseksi, koska sillä on voimakas vaikutus muihin perheenjäseniin. Potilaan perheen merkitys potilaan hoidossa on korvaamaton, eikä sitä pitäisi jättää huomiotta.

6.6 Jatkotutkimusehdotukset

Tämän tutkimuksen tulos on substantiivinen teoria oikeuspsykiatrisen potilaan toivon ylläpitämisestä. Oikeuspsykiatristen hoitajien täydennyskoulutuksessa olisi mahdollista tutkia, millä tavalla oikeuspsykiatrisen potilaan toivon ylläpitämisen teorian käsitteet lisäävät valmiuksia hoitotyöhön. Tämä voidaan testata interventiona koeryhmille, joissa kontrolliryhmä hoidetaan perinteisen mallin mukaisesti, jolle tyypillinen piirre on tiukkakuri. Tutkimuksellinen mielenkiintoni kohdistuu toivottomuuteen. Toivottomuus oikeuspsykiatriassa olisi mielenkiintoinen tutkimuskohde potilaiden, hoitavien henkilöiden ja läheisten näkökulmasta. Millaisia käsityksiä hoitavilla henkilöillä on toivottomuudesta ja sen ilmenemisestä? Onko olemassa toivonsa menettäneitä potilaita, ja jos on, mitä se tarkoittaa? Toipumisorientaatio on merkittävä ideologinen ja käytännöllinen psykiatrian innovaatio, jota tulisi myös integroida toivo- ja toivottomuustutkimuksiin suomalaisessa oikeuspsykiatriassa.

LÄHTEET

- Absalom-Hornby, V., Gooding, P. & TARRIER, N. 2011. Coping with schizophrenia in forensic services; the needs of relatives. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 199, 398–402.
- Aho, A.-L. & KYLMÄ, J. 2012. Sensitiivinen tutkimus hoitotieteessä – näkökohtia tutkimusprosessin eri vaiheissa. *Hoitotiede* 24(4), 271–280.
- Airaksinen, J. 2009. Hankala hallintouudistus. Akateeminen väitöskirja. *Acta Universitatis Tamperensis* 1397. Tampere: Tampereen yliopisto. *Acta Electronica Universitatis Tamperensis* 825. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66446/978-951-44-7663-1.pdf?sequence=1>.
- Anthony, W.A. 1993. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 16(4), 11–23.
- Arman, M. & Rehnsfeldt, A. 2006. The presence of love in ethical caring. *Nursing Forum* 41(1), 4–12.
- Arman, M. & Rehnsfeldt, A. 2007. The 'little extra' that alleviates suffering. *Nursing Ethics* 14(3), 372–386.
- Arman, M., Alvenäng, A., Madani, N.E., Hammarqvist, A.-S. & Ranheim, A. 2013. Caregiving for existential wellbeing: existential literacy. A Clinical study in an anthroposophic healthcare context. *International Journal for Practice Development* 3(1), 1–15.
- Arman, M., Rehnsfeldt, A., Lindholm, L., Hamrin, E. & Erikson, K. 2004. Suffering related to health care: A study of breast cancer patients' experiences. *International Journal of Nursing Practice* 10, 248–256.
- Artinian, B.M. 2009. An overview of glaserian grounded theory. Teoksessa B.A. Artinian, T. Giske & P.H. Cone (toim.) *Glaserian grounded theory in nursing research. Trusting emergence.* Springer Publishing Company, United States of America, 3–7.
- Askola, R., Louheranta, O., Soininen, P., Putkonen, H., Åstedt-Kurki, P. & Paavilainen, E. 2017. The offense as perceived by the parents of forensic psychiatric patients. *Mental Health Nursing* 37, 1–7.
- Askola, R., Nikkonen, M., Putkonen, H., Kylmä, J. & Louheranta, O. 2016. The therapeutic approach to a patient's criminal offense in a forensic mental health nurse-patient relationship – the nurses' perspectives. *Perspectives in Psychiatric Care*, 1–11.
- Bauer, R., Koepke, F., Sterzinger, L. & Spiessl, H. 2012. Burden, rewards and coping – the ups and downs of caregivers of people with mental illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 200(11), 928–934.
- Bell, J. 2009. Family systems nursing: Re-examined. *Journal of Family Nursing* 15, 123–129.
- Bell, J. 2013. Family nursing is more than family centered care. *Journal of Family Nursing* 19(4), 411–417.
- Bland, R. & Darlington, Y. 2002. The nature and sources of hope: perspective of family caregivers of people with serious mental illness. *Perspectives in Psychiatric Care* 38, 61–69.
- Blumer, H. 1966. Sociological implications of the thought of George Herbert Mead. *American Journal of Sociology* 71(5), 535–544.

- Bonney, S. & Sticley, T. 2008. Recovery and mental health: a review of the British Literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 15(2), 140–153.
- Borg, M. & Kristiansen, K. 2004. Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services. *Journal of Mental Health* 13, 493–505.
- Branimir, M., Branka, A-M., Dragutin, I. & Igor, F. 2008. Perception of stigmatization in forensic patients with schizophrenia. *International Journal of Social Psychiatry* 54(6), 502–513.
- Brimblecombo, N., Tingle, A. & Murrells, T. 2007. How mental health nursing can best improve service users' experiences and outcomes in inpatient settings: responses to a national consultation. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 14, 503–509.
- Brophy, G., Carey, E., Noll, J., Rasmussen, L., Searcy, B. & Stark, N. 1994. Hildegard E. Peplau: Psykodynaaminen hoitotyö. Teoksessa A. Marriner-Tomey (toim.) *Hoitotyön teoreetikot ja heidän työnsä*. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy, 315–328.
- Brown, S. & Lewis, K. 2015. Hope for successful implementation of psychosocial/psychiatric rehabilitation in the forensic mental health setting. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 38(4), 365–370.
- Bryant, A. & Charmaz, K. 2007. *The Sage Handbook of Grounded Theory*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Buckley-Walker, K., Crowe, T. & Caputi, P. 2010. Exploring Identity within the Recovery Process of People with Serious Mental Illnesses. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 33(3), 219–227.
- Cashin, A., Newman, C., Eason, M., Thorpe A. & O'Discoll, C. 2010. An ethnographic study of forensic nursing culture in an Australian prison hospital. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 17, 39–45.
- Chang, E.C. & DeSimone, S.L. 2001. The influence of hope on appraisals, coping, and dysphoria: a test of hope theory. *Journal of Social and Clinical Psychology* 20, 117–129.
- Chang, K.H. & Horrocks, S. 2006. Lived experiences of family caregivers of mentally ill relatives. *Journal of Advanced Nursing* 53, 435–443.
- Chang, Y-T., Tao, S.G. & Lu, C-L. 2013. Qualitative inquiry into motivators for maintaining medication adherence among Taiwanese with schizophrenia. *International Journal of Mental Health Nursing* 22, 272–278.
- Charmaz, K. 2000. *Grounded Theory: Objectivist and Constructivist Methods*. Teoksessa N. Denzin & Y. Lincoln (toim.) *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Charmaz, K. 2006. *Constructing Grounded Theory. A practical guide through qualitative analysis*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Charmaz, K. 2011. *Constructing grounded theory. A practical guide through qualitative analysis*. London: Sage Publications.
- Cheavens, J.S., Feldman, D.B., Woodward, J.T. & Snyder, C.R. 2006. Hope in cognitive psychotherapies: On working with client strengths. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 20(2), 135–45.
- Chen, R.K. & Crewe, N.M. 2009. Life satisfaction among people with progressive disabilities. *Journal of Rehabilitation* 75, 50–58.
- Chiovitti, R.F. 2003. Rigour and grounded theory research. *Journal of Advanced Nursing* 44(4), 427–435.
- Choe, K. 2014. Development and preliminary testing of the Schizophrenia Hope Scale, a brief scale to measure hope in people with schizophrenia. *International Journal of Nursing Studies* 51, 927–933.

- Coffey, M. 2007. Researching service user views in forensic mental health: A literature review. *The Journal of Forensic Psychiatry and Psychology* 17(1), 73–107.
- Coppock, T. E., Owen, J. J., Zagarskas, E. & Schmidt, M. 2010. The relationship between therapist and client hope with therapy outcomes. *Psychotherapy Research* 20, 619–626.
- Corbin, J. & Strauss, A. 2008. *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. 2. uudistettu painos. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Corlett, H. & Miles, H. 2010. An evaluation of the implementation of the recovery philosophy in a secure forensic service. *British Journal of Forensic Practice* 12(4), 14–25.
- Coutts, S. 2011. Care or custody: where should mentally disordered offenders be placed? *Internet Journal of Criminology*. http://www.internetjournalofcriminology.com/Coutts_Care_Or_Custody_April_2011.pdf.
- Cowman, S. 2014. Commentary on Forensic and non-forensic psychiatric nursing skills and competencies for psychopathic and personality disordered patients. M. Bowen & T. Mason (2012). *Journal of Clinical Nursing* 23, 1170–1171.
- Craik, C., Bryant, W., Ryan, A., Barclay, S., Brooke, N., Mason, A. & Russell, P. 2010. A qualitative study of service user experiences of occupation in forensic mental health. *Australian Occupational Therapy Journal* 57(5), 339–344.
- Cromar-Hayes, M. 2015. Recovery in a high secure hospital in England. *Mental Health Practice* 18(8), 32–37.
- Curtis, A. & Redmond, R. 2007. Focus groups in nursing research. *Nurse Researcher* 14(2), 25–37.
- Cutcliffe, J. 2005. Adapt or adopt: developing and transgressing the methodological boundaries of grounded theory. *Journal of Advanced Nursing* 51(4), 421–428.
- Cutcliffe, J. R. 2004. The inspiration of hope in bereavement counseling. *Issues in Mental Health Nursing* 25, 165–190.
- Cutcliffe, J. R. 2006. The principles and processes of inspiring hope in bereavement counselling: A modified grounded theory study – part one. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 598–603.
- Cutcliffe, J. R. & Koehn, C. V. 2007. Hope and interpersonal psychiatric/mental health nursing: a systematic review of the literature – part two. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 14, 141–147.
- Davidson, L. & Roe, D. 2007. Recovery from versus recovery in serious mental illness: One strategy for lessening confusion plaguing recovery. *Journal Mental Health* 16, 459–70.
- Deci, E.L. & Ryan, R.M. 2008. "Facilitating optimal motivation and psychological well-being across life's domains". *Canadian Psychology* 49(1), 14–23.
- Deegan, P. 1988. Recovery: the experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 11(4), 11–19.
- Deegan, P. 1996. Recovery as a journey of the heart. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 19, 91–97.
- Dekhtyar, M., Beasley, C., Jason, L. & Ferrari, J. 2012. Hope as a Predictor of Reincarceration Among Mutual-Help Recovery Residents. *Journal of Offender Rehabilitation* 51, 474–483.
- Dennis, A. & Martin, P.J. 2005. Symbolic interactionism and the concept of power. *The British Journal of Sociology* 56(2), 191–213.
- Dinos, S., Stevens, S., Serfaty, M., Weich, S. & King, M. 2004. Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness. *British Journal of Psychiatry* 184, 176–181.
- Dong, D. & Temple, B. 2011. Oppression: a concept analysis and implications for nurses and nursing. *Nursing Forum* 46(3), 169–176.
- Douglas, D. 2003. Grounded theories of management: A methodological review. *Management Research News* 26(5), 44–52.

- Dufault, K. & Martocchio, B.C. 1985. Hope: its spheres and dimensions. *The Nursing clinics of North America* 20 (2), 379–391.
- Dutta, S., Majid, S. & Vollm, B. 2016. Experiences and Perceptions of Nursing Staff Working With Long-Stay Patients in a High Secure Psychiatric Hospital Setting. *Journal of Forensic Nursing* 12(3), 111–119.
- Edworthy, R., Sampson, S. & Vollm, B. 2016. Inpatient forensic-psychiatric care: Legal framework and service provision in three European countries. *International Journal of Law and Psychiatry* 47, 18–27.
- Eggenberger, S. & Nelms, T. 2007. Being family: the family experience when an adult member is hospitalized with a critical illness. *Journal of Clinical Nursing* 16, 1618–1628.
- Elo, S., Kääriäinen, M., Isola, A. & Kyngäs, H. 2013. Developing and testing a middle-range theory of a well-being supportive physical environment of home-dwelling elderly. *The Scientific World Journal*. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/945635>. Cited 2015/12/11.
- Engström, Å. & Söderberg, S. 2007. Receiving power through confirmation: the meaning of close relatives for people who have been critically ill. *Journal of Advanced Nursing* 59(6), 569–576.
- Eriksson, K. 2010. Evidence: To See or Not to See. *Nursing Science Quarterly* 15(1), 61–65.
- Eronen, M., Seppänen, A. & Kotilainen, I. 2012. Oikeuspsykiatrin arviointi ja hoito Suomessa. *Suomen Lääkärelehti* 23, 1823–1826.
- Eronen, M., Tiihonen, J. & Hakola P. 1997. Psychiatric disorders and violent behavior. *International Journal of Psychiatry Clinical Practice* 1(3), 179–188.
- Euroopan mielenterveyden toimintasuunnitelma 2013. Euroopan aluekomitea. https://www.thl.fi/documents/10531/115966/Euroopan_mielenterveyden_toimintasuunnitelma_LOPULLINEN.pdf.
- Fawcett, J. 1993. *Analysis and evaluation of nursing theories*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Fazel, S., Gulati, G., Linsell, L., Geddes, J.R. & Grann, M. 2009. Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine* 6(8), e1000120.
- Flesaker, K. & Larsen, D. 2012. To offer hope you must have hope: Accounts of hope for reintegration counsellors working with women on parole and probation. *Qualitative Social Work* 11, 61–69.
- Franks, V. 2004. Evidence-based uncertainty in mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 11, 99–105.
- Galagher, M. & Lopez, S. 2009. Positive expectancies and mental health: Identifying the unique contributions of hope and optimism. *Positive Psychology* 4(6), 548–556.
- Gildberg, A., Bradley, S., Fristed, P. & Hounsgaard, L. 2012. Reconstructing normality: Characteristics of staff interactions with forensic mental health inpatients. *International Journal of Mental Health Nursing* 21(2), 103–113.
- Glaser, B. 1992. *Basic of Grounded Theory analysis*. Mill Valley: Sociology Press.
- Glaser, B.G. 1978. *Theoretical Sensitivity*. Mill Valley: Sociology Press.
- Glaser, B.G. 2004. Remodeling grounded theory. *Grounded Theory Review* 4(1), 1–24.
- Glaser, B.G. & Hon, D. 2013. Stayning open: The use of theoretical codes in G.T. *The Gounded Theory Review* 12(1), 3–8.
- Glaser, B.G. & Strauss, A.L. 1967. *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. New York: Aldine de Gruyter.
- Glaser, D. & Hon, D. 2007. All is data. *The Grounded Theory Review: An International Journal* 6(2), 1–42.

- Glynn, S. 2014. Bridging Psychiatric Rehabilitation and Recovery in Schizophrenia: A Life's Work. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* 17, 214–224.
- González-Torres, M.A., Oraa, R., Aristegui, M., Fernández-Rivas, A. & Guimon, J. 2007. Stigma and discrimination towards people with schizophrenia and their family members. A qualitative study with focus group. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 42, 14–23.
- Greckhamer, T. & Koro-Ljunberg, M. 2005. The Erosion of a Method: Examples from Grounded Theory. *International Journal of Qualitative Studies in Education* 18(6), 729–750.
- Greenhut, J. 1995. Living without hope: learning to live in the present. *Second Opinion* 2(1), 27–37.
- Guest, J. & Anderson, K. 2010. Hopes and Illusions. *The American Journal of Bioethics*, 10(5), 47–48.
- Hakola, P. 2002. Oikeuspsykiatria. Teoksessa U. Lepola, H. Koponen, E. Leinonen, M. Joukamaa, M. Isohanni & P. Hakola. *Psykiatria*. Helsinki: WSOY, 297, 299–301.
- Hakola, P. & Vartiainen, H. 1988. Kriminaalipotilaiden vakavat rikosresidiivit. *Suomen Lääkärilehti* 43, 827–832.
- Hallikainen, T. & Repo-Tiihonen, E. 2015. Psykoottisen potilaan aggressio – ehkäisy ja hoito. *Duodecim* 131(15), 1361–1366.
- Hamann, J. Cohen, R., Leucht, S., Busch, R. & Kissling, W. 2005. Do patients with schizophrenia wish to be involved in decisions about their medical treatment? *American Journal of Psychiatry* 162(12), 2382–2384.
- Hanson, B. & Taylor, M.F. 2000. Being – with, doing – with: a model of the nurse – client relationship in mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 7, 417–423.
- Harrison, J. & Gill, A. 2010. The experience and consequences of people with mental health problems, the impact of a stigma upon people with schizophrenia: a way forward. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing* 17, 242–250.
- Hasson-Ohayon, I., Kravetz, S., Meir, T. & Rozenzweig, S. 2009. Insight into severe mental illness, hope, and quality of life of persons with schizophrenia and schizoaffective disorders. *Psychiatry Research* 167, 231–238.
- Hatrwel, S. 2004. Triple stigma: Person with mental illness and substance abuse problems in the criminal justice system. *Criminal Justice Policy Review* 15(1), 84–99.
- Helm, F.L. 2004. Hope is curative. *Psychoanalytic Psychology* 21(4), 554–556.
- Henkilötietolaki 523/1999. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523>.
- Hernandez, C.A. 2009. Theoretical coding in grounded theory methodology. *The Grounded Theory Review* 8(3), 51–66.
- Hernandez, C.A. 2010. Getting grounded: Using glaserian grounded theory to conduct nursing research. *Canadian Journal of Nursing Research* 42(1), 150–163.
- Hernandez, M., Barrio, C. & Yamada, A. 2013. Hope and Burden among Latino Families of Adults with Schizophrenia. *Family Process* 52 (4), 697–708.
- Hillbrand, M. & Young, J.L. 2008. Instilling hope into forensic treatment: the antidote to despair and desperation. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* 36, 90–94.
- Hobbs, M. & Baker, M. 2012. Hope for recovery – how clinicians may facilitate this in their work. *Journal of Mental Health* 21, 144–153.
- Holden, T. 1992. Dialogues with excellence: seeing Joan through. *American Journal of Nursing* 92(12), 26–31.

- Holloway, I. & Wheeler, S. 2002. *Research in Nursing*. 2nd Edition. Oxford: Blackwell Publishing Company.
- Holttum, S. 2012. Research watch: recovery as a personal journey: how mental health services are trying to support it. *Mental Health and Social Inclusion* 16(4), 169–174.
- Hunter, A., Murphy, K., Grealish, A., Casey, D. & Keady, J. 2011. Navigating the grounded theory terrain. Part 1. *Nurse Researcher* 18(4), 6–10.
- Huttunen, M. 2012. Lääkäri, potilas ja toivo. *Erikoislääkäri* 4(22), 193–194.
- Huttunen, M. 2016. *Respektiä ja rakkautta*. Tallinna: Prometheus Oy.
- Hvalsoe, B. & Josephsson, S. 2003. Characteristics of meaningful occupations from the perspective of mentally ill people. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 10, 61–71.
- Isohanni, M., Honkonen, T., Vartiainen, H. & Lönnqvist, J. 2007. Skitsofrenia. Teoksessa J. Lönnqvist ym. (toim.) *Psykiatria*. 5. painos. Duodecim, 73–139.
- Jacobs, B., Bruce, M., Sonigra, K. & Blakesley, J. 2010. Service user experiences of a community forensic personality disorder service: A qualitative survey. *British Journal of Forensic Practice* 12(4), 47–55.
- James, P.D. & Cowman, S. 2007. Psychiatric nurses' knowledge, experience and attitudes towards clients with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 14, 670–678.
- Joukamaa, M., Lönnqvist, J. & Suvisaari, J. 2011. Mielenterveyshäiriöiden yleisyys ja hoidon tarve. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen (toim.) *Psykiatria*. Helsinki: Duodecim, 630–640.
- Kääriäinen, M., Kanste, O., Elo, S., Pölkki, T., Miettunen, J. & Kyngäs, H. 2011. Testing and verifying nursing theory by confirmatory factor analysis. *Journal of Advanced Nursing* 67, 1163–1172.
- Kaliski, S.Z. & Clersq, H.G. 2012. When coercion meets hope: Can forensic psychiatry adopt the recovery model? *African Journal of Psychiatry* 15, 162–166.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki: WSOY.
- Karow, A. & Pajonk, F.G. 2006. Insight and quality of life in schizophrenia: recent findings and treatment implications. *Current Opinion in Psychiatry* 19(6), 637–641.
- Kelly, M. & Gamble, C. 2005. Exploring the concept of recovery in schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 12, 245–251.
- Kelsey, A.B., Luther, L., Firmin, R.L., Lysaker, P.H., Minor, K.S. & Salyers, M.P. 2016. Language and hope in schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatry Research* 245, 8–14.
- Klenke, K. 2008. *Qualitative Research in the Study of Leadership*. United Kingdom: Emerald Group Publishing Limited.
- Knutson, M.B., Newberry, S. & Schaper, A. 2013. Recovery Education: a tool for psychiatric nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 20, 874–881.
- Koehn, C. & Cutcliffe, J. R. 2012. The inspiration of hope in substance abuse counseling. *The Journal of Humanistic Counseling* 51, 78–98.
- Koehn, C.V. & Cutcliffe, J.R. 2007. Hope and interpersonal psychiatric/mental health nursing: a systematic review of the literature – part one. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 14, 134–140.
- Kontula, O. 2004. Perhepolitiikka käännekohdassa. *Perhebarometri 2004*. Väestöliitto, Väestöntutkimuslaitos Katsauksia E 18. http://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/9663fd6adf7eb46304914ba2f9ccd7dd/1516360490/application/pdf/4953367/Perhebarometri%202004_web.pdf.

- Kortte, K.B., Gilbert, M., Gorman, P. & Wegener, S.T. 2010. Positive psychological variables in the prediction of life satisfaction after spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology* 55, 40–47.
- Krueger, R. & Casey, M.A. 1994. *Focus groups. A practical guide for applied research*. 3rd Edition. London: Sage Publications.
- Kuehn, B.M. 2012. Evidence Suggests Complex Links Between Violence and Schizophrenia. *JAMA. The Journal of American Medical Association* 308(7), 658–659.
- Kuivalainen, S., Vehviläinen-Julkunen, K., Putkonen, A., Louheranta, O. & Tiihonen, J. 2014. Violent behaviour in a forensic psychiatric hospital in Finland: an analysis of violence incident reports. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 21, 214–218.
- Kukla, M., Salyers, M.P. & Lysaker, P.H. 2013. Levels of patient activation among adults with schizophrenia: associations with hope, symptoms, medication adherence, and recovery attitudes. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 201(4), 339–344.
- Kuosmanen, A., Tiihonen, J., Repo-Tiihonen, E., Eronen, E. & Turunen, H. 2013. Patient Safety Culture in Two Finnish State-Run Forensic Psychiatric Hospitals. *Journal of Forensic Nursing* 9(4), 207–216.
- Kuula, A. 2006. *Tutkimuseettikka, aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Kylmä, J. 1996. *Toivon dynamiikka: inhimillisen olemassaolon uudistuksen lähde*. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Kylmä, J. 2005. Dynamics of hope in adults living with HIV/AIDS: a substantive theory. *Journal of Advanced Nursing* 52, 620–630.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2012. *Laadullinen terveystutkimus*. Helsinki: Edita.
- Kylmä, J., Juvakka, T., Nikkonen, M., Korhonen, T. & Isohanni, M. 2006. Hope and schizophrenia: an integrative review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 13, 651–664.
- Laithwaite, H. & Gumley, A. 2007. Sense on self, adaption and recovery in patients with psychosis in a forensic NHS setting. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 14, 302–316.
- Landein, J. & Seeman, V. 2000. Exploring hope in individuals with schizophrenia. *The International Journal of Psychosocial Rehabilitation* 5, 45–52.
- Launis, V. 2007. Tutkimuksen eettinen arviointi – mitä se on? *Tieteessä tapahtuu* 1/2007, 28–33.
- Lauri, S. & Kyngäs, H. 2005. *Hoitotieteen teorian kehittäminen*. Vantaa: WSOY.
- Law, F. & Guo, G. 2012. Hope and Recovery from Substance Abuse for Female Drug Offenders in Taiwan. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 56(8), 1258–1282.
- Law, F. M. & Guo, G. J. 2011. *Finding hope: Applied hope theory in counseling*. Taipei, Taiwan: Psychology Publication, Inc.
- Lehti, M., Suonpää, K. & Kivivuori, J. 2016. *Rikollisuustilanne 2015. Rikollisuustilanne ja kehitys tutkimuksien valossa. Katsauksia 14/2016*.
- Lehtonen, J. & Lönnqvist, J. 2001. Mielenterveys ja psykiatria. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Heikkinen, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen (toim.) *Psykiatria*. Hämeenlinna: Duodecim, 12–20.
- Lehtonen, J. 2013. Toivo ja epätoivo. Teoksessa R. Pelkonen, M. Huttunen & K. Saarela (toim.) *Sairaus ja toivo*. Helsinki: Duodecim, 16–24.
- Lencucha, R., Kinsella, E. & Sumsion, T. 2008. The Formation and Maintenance of Social Relationships among Individuals Living with Schizophrenia. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* 11, 330–355.
- Levenson, J. & D’Amora, D. 2005. An ethical paradigm for sex offender treatment: response to Glaser. *Western Criminology Review* 6, 145–153.

- Lieberman, D. B. & Lieberman, R. P. 2003. Rehab rounds: Involving families in rehabilitation through behavioral family management. *Psychiatric Services* 54, 633–635.
- Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. 2005. Paradigmatic controversies, contradictions and emerging confluences. Teoksessa N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (toim.) *The Sage Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Livingston, J., Nijdam-jones, A. & Brink, J. 2012. A tale of two cultures: examining patient-centered care in a forensic mental health hospital. *The Journal of Forensic Psychiatry and Psychology* 23(3), 345–360.
- Locke, K. 2001. *Grounded Theory in Management Research*. London: Sage.
- Love, C. & Morrison, E. 2002. Forensic psychiatric nursing struggling to happen, failing to thrive. <http://www.forensicnursemag.com/articles/281feat1.html?wts=20051019122343>.
- Lunt, A. 2002. A theory of recovery. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 40(12), 32–41.
- Lysaker, P. H. & Buck, K. D. 2008. Is recovery from schizophrenia possible: An overview of concepts, evidence and clinical implications. *Primary Psychiatry* 15, 60–66.
- Lysaker, P.H. & Roe, D. 2016. Integrative Psychotherapy for Schizophrenia: Its Potential for a Central Role in Recovery Oriented Treatment. *Journal of Clinical Psychology: in session* 72(2), 117–122.
- Lysaker, P., Roe, D. & Buck, K. 2010. Recovery and Wellness Amidst Schizophrenia: Definitions, Evidence, and the Implications for Clinical Practice. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association* 16(1), 36–42.
- Lysaker, P.H., Roe, D. & Yanos, P.T. 2007. Toward understanding the insight paradox: Internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Bulletin* 33(1), 192–199.
- Madridin julistus 1996. Madrid Declaration on Ethical Standards for Psychiatric Practice. http://www.wpanet.org/detail.php?section_id=5&content_id=48.
- Mäkelä, J. 2005. Kosketuksen merkitys lapsen kehityksessä. *Suomen Lääkärilehti* 60, 1543–1549
- Margetic, B., Aukst-Margetic, B., Ivanec, D. & Filipcic, I. 2008. Perception of stigmatization in forensic patients with schizophrenia. *International Journal of Social Psychiatry* 54, 502–513.
- Marino, C. 2015. To belong, contribute, and hope: first stage development of a measure of social recovery. *Journal of Mental Health* 24(2), 68–72.
- Martin, K. & Stermac, L. 2010. Is Hope Related to Criminal Behaviour in Offenders? *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 54(5), 693–705.
- Martin, T. 2001. Something special: forensic psychiatric nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 8, 25–32.
- Martin, T. & Street, A.F. 2003. Exploring evidence of the therapeutic relationship in forensic psychiatric nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 10, 543–551.
- Mashiach-Eizenberg, M., Hasson-Ohayon, I., Yanos, P., Lysaker, P. & Roe, D. 2013. Internalized stigma and quality of life among persons with severe mental illness: The mediating roles of self-esteem and hope. *Psychiatry Research* 208(1), 15–20.
- Maslow, A.H. 1970. *Motivation and Personality*. New York: Harper & Row.
- Mason, T. 2002. Forensic psychiatric nursing: a literature review and thematic analysis of role tensions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 9, 511–520.

- Mason T., King L. & Dulson J. 2009. Binary construct analysis of forensic psychiatric nursing in the UK: high, medium, and low security services. *International Journal of Mental Health Nursing* 18, 216–224.
- Mason, T., Lovell, A. & Coyle, D. 2008. Forensic psychiatric nursing: Skills and competencies: I role dimensions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 15(2), 118–130.
- Mattila, E., Leino, K., Paavilainen, E. & Åstedt-Kurki, P. 2009. Nursing intervention studies on patients and family members: a systematic literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 23(3), 611–622.
- McEwen, M. 2007. Overview of theory in nursing. Teoksessa M. McEwen & E.M. Wills (toim.) *Theoretical basis for nursing*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- McKenna, H., Pajnihar, M. & Murphy, F. 2014. *Fundamentals of nursing models, theories and practice*. 2nd Edition. Chichester: Wiley Blackwell.
- McLaughlin, C. 1999. An exploration of psychiatric nurses' and patients' opinions regarding inpatient care for suicidal patients. *Journal of Advanced Nursing* 29(5), 1042–1051.
- Mello, J. & Flint, D. J. 2009. A Refined View of Grounded Theory and Its Application to Logistics Research. *Journal of Business Logistics* 30(1), 107–125.
- Menninger, K. 1959. The academic lecture on hope. *American Journal of Psychiatry* 116(6), 481–491.
- Metsämuuronen, J. 2009. *Laadullisen tutkimuksen perusteet*. Helsinki: Methelp.
- Mezey, G.C., Kavuma, M., Turton, P., Demetriou, A. & Wright, C. 2010. Perceptions, experiences and meanings of recovery in forensic psychiatric patients. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology* 21, 683–696.
- Mielenterveyslaki 1990/1116. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116#L3>.
- Miller, J. 1985. Inspiring hope. *American Journal of Nursing* 85(1), 22–25.
- Mills, J., Bonner, A. & Francis, K. 2006. Adopting a Constructivist Approach to Grounded Theory: Implications for Research Design. *International Journal of Nursing Practice* 12(1), 8–13.
- Moghaddasian, S., Dizaji, S.L. & Mahmoudi, M. 2013. Nurses empathy and family needs in the intensive care units. *Journal of Caring Sciences* 2(3), 197–201.
- Moore, S.L. 2005 Hope makes a difference. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 12, 100–105.
- Moulden, H.M. & Marshall, W.L. 2005. Hope in the treatment of sexual offenders: the potential application of hope theory. *Psychology, Crime & Law* 11(3), 329–342.
- Mueser, K.T. & McGurk, S.R. 2004. Schizophrenia. *Lancet* 363, 2063–2072.
- Muller, A. & Poggenpoel, M. 1996. Patients' internal world experience of interacting with psychiatric nurses. *Archives of Psychiatric Nursing* 10(3), 143–150.
- Nedderman, A.B., Underwood, L.A. & Hardy, V.L. 2010. Spirituality Group with Female Prisoners: Impacting Hope. *Journal of Correctional Health Care* 16(2), 117–132.
- Neill, S. 2010. Containing acute childhood illness within family life: a substantive grounded theory. *Journal of Child Health Care* 14 (4), 327–344.
- Niebieszczanski, R., Dent, H. & McGowan, A. 2016. Your personality is the intervention: a grounded theory of mental health nurses' beliefs about hope and experiences of fostering hope within a secure setting. *The Journal of Forensic Psychiatry and Psychology* 27(3), 419–442.
- Noh, C., Choe, K. & Yang, B. 2008. Hope from the perspective of people with schizophrenia (Korea). *Archives of Psychiatric Nursing* 22, 69–77.

- Noiseux, S. & Ricard, N. 2008. Recovery as perceived by people with schizophrenia, family members and health professionals: A grounded theory. *International Journal of Nursing Studies* 45, 1148–1162.
- Nowotny, M. 1989. Assessment of hope in patients with cancer: Development of an instrument. *Oncology Nursing Forum* 16(1), 57–61.
- Olofsson, B. & Jacobsson, L. 2001. A plea for respect: involuntarily hospitalized psychiatric patients' narratives about being subjected to coercion. *Journal of Advances Nursing* 8(4), 357–366.
- Olsson, H., Strand, S., Kristiansen, L., Sjöling, M. & Asplund, K. 2013. Decreased risk for violence in patients admitted to forensic care, measured with the HCR-20. *Archives of Psychiatric Nursing* 27(4), 191–197.
- Ong, A., Bergeman, C. S., Bisconti, T. & Wallace, K. 2006a. Psychological resilience, positive emotions, and successful adaptation to stress in later life. *Journal of Personality and Social Psychology* 91(4), 730–749.
- Ong, A.D., Edwards, L.M. & Bergeman, C.S. 2006b. Hope as a source of resilience in later adulthood. *Personality and Individual Differences* 41, 1263–1273.
- Orb, A., Eisenhauer, L. & Wynaden, D. 2001. Ethics in qualitative research. *Journal of Nursing Scholarship* 33(1), 93–96.
- Papapietro, D. 2008. Commentary: Psychotherapy in a forensic hospital. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* 36(4), 567–571.
- Parrott, F., Macinnes, D. & Parrott, J. 2015. Mental illness and parenthood: being a parent in secure psychiatric care. *Criminal Behaviour and Mental Health* 25(4), 258–272.
- Patton, M.Q. 2002. *Qualitative Research & Evaluation Methods*. 3rd Edition. California: Sage Publications.
- Pejlert, A. 2001. Being a parent of an adult son or daughter with severe mental illness receiving professional care: parents narratives. *Health and Social Care in the Community* 9(4), 194–204.
- Peplau, H.E. 1987. Interpersonal constructs for nursing practice. *Nurse Education Today* 7, 201–208.
- Peplau, H.E. 1992. Interpersonal relations: a theoretical framework for application in nursing research. *Nursing Science Quarterly* 5, 13–18.
- Perälä, J., Suvisaari, J., Saarni, S.I., Kuoppasalmi, K., Isometsä, E., Pirkola, S., Partonen, T., Tuulio-Henriksson, A., Hintikka, J., Kieseppä, T., Härkänen, T., Koskinen, S. & Lönqvist, J. 2007. Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Arch Gen Psychiatry* 64, 19–28.
- Peternelj-Taylor, C. 1998. Forbidden love: Sexual exploitation in the forensic milieu. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 36, 17–23.
- Peternelj-Taylor, C. 1999. Forensic psychiatric nursing. The paradox of custody and caring. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 37(9), 9–11.
- Peterson, S.J. & Bredow, T.S. 2009. *Middle Range Theories. Application to Nursing Research*. Philadelphia: Lipincott Williams & Wilkins.
- Priebe, S., Badesconyi, A., Fioritti, A., Hansson, L., Kilian, R., Torres-Gonzales, F., Turner, T. & Wiersma, D. 2005. Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *British Medical Journal* 330, 123–126.
- Proserpio, T., Ferrari, A., LoVullo, S., Massimino, M., Clerici, C.A., Veneroni, L., Bresciani, C., Casali, P.G., Ferrari, M., Bossi, P., Galmozzi, G., Pierantozzi, A., Licitra, L., Marceglia, S. & Mariani, L. 2015. Hope in cancer patients: the relational domain as a crucial factor. *Tumor* 101(4), 447–454.

- Putkonen, H. & Huttunen, M. 2007. Oikeuspsykiatrina Suomessa. *Duodecim* 123, 2361–2362.
- Rahmqvist Linnarsson, J., Benzein, E. & Arestedt, K. 2014. Nurses' views of forensic care in emergency departments and their attitudes, and involvement of family members. *Journal of Clinical Nursing* 24, 267–274.
- Rautanen, M., Brotherus, L., Soukkanen, M., Niinistö, K. & Ahlgrén-Rimpiläinen, A. 2015. Oikeuspsykiatrinen potilas matkalla avohoitoon. *Suomen Lääkärilehti* 49, 3394–3398.
- Repo, E. & Hellbom, E. 1995. Kriminaalipotilaiden avohoito keskeytyy liian nopeasti. *Suomen Lääkärilehti* 50, 2340–2344.
- Resnick, S.G., Fontana, A., Lehman, A.F. & Rosenheck, R.A. 2005. An empirical conceptualization of the recovery orientation. *Schizophrenia Research* 75, 119–128.
- Rice, E. 2009. Schizophrenia and Violence: Accepting and Forsaking. *Qualitative Health Research* 19(6), 840–849.
- Riegel, B., Jaarsma, T. & Strömberg, A. 2012. A middle-range theory of self-care of chronic illness. *Advances in Nursing Science* 35, 194–204.
- Rikoslaki 1889/39. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1889/18890039001>.
- Roberts, G. & Hollins, S. 2007. Recovery: our common purpose? *Advances in Psychiatric Treatment* 13, 397–399.
- Robertson, P., Barnao, M. & Ward, T. 2011. Rehabilitation frameworks in forensic mental health. *Aggression and Violent Behavior* 16(6), 472–484.
- Roe, D. & Davidson, L. 2005. Self and narrative in schizophrenia: Time to author a new story. *Journal of Medical Ethics: Medical Humanities* 31, 89–94.
- Roe, D., Chopra, M. & Rudnick, A. 2004. Persons with psychosis as active agents interacting with their disorder. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 28(2), 122–128.
- Rose, L., Mallinson, K. & Walton-Moss, B. 2002. A Grounded theory of family responding to mental illness. *Western Journal of Nursing Research* 24(5), 516–536.
- Routasalo, P. 1999. Psychological touch in nursing studies: a literature review. *Journal Advanced Nursing* 30(4), 843–850.
- Rowaert, S., Vandevelde, S., Lemmens, G., Vanderplasschen, W., Vander Beken, T., Vander Laenen, F. & Audenaert, K. 2016. The role and experiences of family members during the rehabilitation of mentally ill offenders. *The International Journal of Rehabilitation Research* 39, 11–9.
- Ruddell, R., Broom, I. & Young, M. 2010. Creating hope for life-sentenced. *Journal of Offender Rehabilitation* 49(5), 324–342.
- Rudnick, A. 2008. Recovery from Schizophrenia: A Philosophical Framework. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* 11, 267–278.
- Ryba, N. 2008. Cognitive-Behavioral Therapy for Offender Hopelessness: Lessons from Treatment of Forensic Inpatients. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 38, 73–80.
- Saavedra, J., López, M., Gonzáles, S. & Cubero, R. 2016. Does Employment Promote Recovery? Meanings from Work Experience in People Diagnosed with Serious Mental Illness. *Culture, Medicine and Psychiatry* 40, 507–532.
- Sacks, M., Carpenter, W. & Strauss, J. 1974. Recovery from delusions. Three phases documented by patient's interpretation of research procedures. *Arch Gen Psychiatry* 30, 117–120.
- Sadoff, R. 2015. *The evolution of forensic psychiatry. History, current developments future directions.* New York: Oxford University Press.
- Salekin, R. T. & Rogers, R. 2001. Treating patients found not guilty by reason of insanity. Teoksessa J. B. Ashford, B. D. Sales & W. H. Reid (toim.) *Treating adult and juvenile offenders with special needs.* Washington: American Psychological Association, 171–195.

- Sartorius, N. 2006. Lessons from a 10-year global programme against stigma and discrimination because of an illness. *Psychology, Health & Medicine* 11, 383–388.
- Schanda, H., Stompe, T. & Ortwein-Swoboda, G. 2009. Psychiatry Reforms and Increasing Criminal Behavior of the Severely Mentally Ill: Any Link? *International Journal of Forensic Mental Health* 8, 105–114.
- Schrank, B., Bird, V., Rudnick, A. & Slade, M. 2012. Determinants, selfmanagement strategies and interventions for hope in people with mental disorders: systematic search and narrative review. *Social Science and Medicine* 74, 554–564.
- Schrank, B., Hayward, M., Stanghellini, G. & Davidson, L. 2011. Hope in psychiatry. *Advances in Psychiatric Treatment* 17, 227–235.
- Schrank, B., Stanghellini, G. & Slade, M. 2008. Hope in psychiatry: A review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 118, 421–433.
- Schrank, B., Woppmann Mag, A., Sibitz, I. & Lauber, C. 2010. Development and validation of an integrative scale to assess hope. *Health Expectations* 14(4), 417–428.
- Seikkula, J. 1991. Perheen ja sairaalan rajasysteemi potilaan sosiaalisessa verkostossa. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research*, 80.
- Seikkula, J. & Alakare, B. 2004. Avoin dialogi: vaihtoehtoinen näkökulma psykiatrisessa hoitojärjestelmässä. *Duodecim* (120), 289–96.
- Seppälä, N. 2014. Psykiatrian historiasta laajasti. *Toivo / Häpeä – psykiatria modernissa Suomessa*. Suomen Psykiatriyhdistys. Tieteessä tapahtuu 3, 66–67.
- Sharfstein, S. 2015. Despair or Hope. The future mental health service delivery in the United States. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 203, 241–242.
- Shaw, J., Amos, T., Hunt, I., Flynn, S., Turnbull, P., Kapur, N. & Appleby, L. 2004. Mental illness in people who kill strangers: longitudinal study and national clinical survey. *BMJ* 328(27), 734–738.
- Shean, G. 2009. Evidence-Based Psychosocial Practices and Recovery from Schizophrenia. *Psychiatry* 72(4), 307–320.
- Sheilds, K. & de Moya, D. 1997. Correctional Health Care Nurses' Attitudes Toward Inmates. *Journal of Correctional Health Care* 4, 37.
- Shepherd, A., Doyle, M., Sanders, C. & Shaw, J. 2016. Personal recovery within forensic setting – Systematic review and meta-synthesis of qualitative methods studies. *Criminal Behaviour and Mental Health* 26(1), 59–75.
- Shepherd, G. 2008. Specification for a comprehensive 'Rehabilitation and Recovery' service in Herefordshire. Hereford PCT Mental Health Services. (www.herefordshire.nhs.uk.)
- Simpson, A. & Penney, S. 2011. The recovery paradigm in forensic mental health services. *Criminal Behaviour and Mental Health* 21(5), 299–306.
- Skitsofrenia. Käypä hoito 2015. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2013. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi35050>.
- Snyder, C. R., Feldman, D. B., Shorey, H. S. & Rand, K. L. 2002. Hopeful choices: a school counselor's guide to hope theory. *Professional School Counseling* 5(5), 298–307.
- Soininen, P., Välimäki, M., Noda, T., Puukka, P., Korkeila, J., Joffe, G. & Putkonen, H. 2013. Secluded and restrained patients' perceptions of their treatment. *International Journal of Mental Health Nursing* 22(1), 47–55.
- St. Denis, E., Sepúlveda, E., Téllez, C., Arboleda-Flórez, J., Stuart, H. & Lam, M. 2012. Forensic psychiatry in Chile. *International Journal of Law and Psychiatry* 35, 496–503.

- Stewart, D.W., Shamdasani, P.N. & Rook, D.W. 2007. Focus Group, Theory and Practice. Second Edition. London: Sage Publications.
- STM 2005. Rikos- ja mielenterveyslain yhteensovittaminen. Kriminaalipotilaita koskevat säännökset. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2005:20.
- Stryker, S. 2008. From Mead to a structural symbolic interactionism and beyond. *The Annual Review of Sociology* 34, 15–31.
- Suomen perustuslaki 731/1999. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>.
- Suomen virallinen tilasto (SVT): Rikos- ja pakkokeinotilasto. Verkkajulkaisu 4. Vuosineljännes 2016. Eräiden rikostyyppien kehitys 2012–2016 (ennakkotieto) Helsinki: Tilastokeskus. https://www.stat.fi/til/rpk/2016/03/rpk_2016_03_2016-10-18_fi.pdf.
- Suontaka, M., Lindberg, N. & Putkonen, H. 2007. Kriminaalipotilaille harkitaan velvoitteista avohoitoa. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 123(19), 2391–2397.
- Suvisaari, J. 2013. Suomalaisten mielenterveys. <http://docplayer.fi/2994266-Suomalaisten-mielenterveys.html>.
- Swanson, J., McGinty, E., Fazel, S. & Mays, V. 2015. Mental illness and reduction of gun violence and suicide: bringing epidemiologic research to policy. *Annals of Epidemiology* 25, 366–376.
- Tapp, D. M. 2000. The ethics of relational stance in family nursing: Resisting the view of “nurse as expert.” *Journal of Family Nursing* 6(1), 69–91.
- Tasmuth, T. 2013. Toivo – potilasta kantava voima. *Duodecim* 129(17), 1800–1801.
- Tenkanen, H. 2010. Hoitotyön vaatavuus korostuu oikeuspsykiatriassa. *Sairaanhoitaja* 1, 21–23.
- Tenkanen, H., Tiihonen, J., Repo-Tiihonen, E. & Kinnunen, J. 2011. Interrelationship between core interventions and core competencies of forensic psychiatric nursing in Finland. *Journal of Forensic Nursing* 7, 32–39.
- THL 2016a. Tarkemmat tilastot: Oikeuspsykiatristen asioiden lautakunnassa käsitellyt asiat 2007–2016. <https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyspalvelut/oikeuspsykiatria/tilastotietoa-oikeuspsykiatristen-asioiden-lautakunnan-paatoksista>.
- THL 2016b. Psykiatrin erikoissairaanhoito 2015: Tilastoraportti 21/2017; 9.6.2017. <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/erikoissairaanhoidon-palvelut/psykiatrin-erikoissairaanhoito>.
- Tiihonen, E. 2004. Mielisairaudet ja väkivaltainen käyttäytyminen. *Työterveyslääkäri* 22(3), 295–298.
- Tong, A., Sainsbury, P. & Craig, J. 2007. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care* 19(6), 349–357.
- Tschoppa, M., Perkins, D., Hart-Katuinb, H., Born, D. & Holta, S. 2007. Employment barriers and strategies for individuals with psychiatric disabilities and criminal histories. *Journal of Vocational Rehabilitation* 26, 175–187.
- Tuori, T. 2011. Psykiatrian rakennemuutos Suomessa. Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen julkaisu. Suuntaaja 1/2011. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/16c29c03-76b7-4056-be5b-4a332c08a84e>.
- Turner, S. & Stokes, L. 2006. Hope promoting strategies of Registered Nurses. *Journal of Advanced Nursing* 56(4), 363–372.
- Turton, P., Demetriou, A., Boland, W., Gillard, S., Kavuma, M., Mezey, G., Mountford, V., Turner, K., White, S., Zadeh, E. & Wright, C. 2011. One size fits all: or horses for courses? Recovery-based care in specialist mental health services. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 46(2), 127–136.

- Tweedell, D., Forchuk, C., Jewell, J. & Steinnage, L. 2004. Families' experience during recovery or nonrecovery from psychosis. *Archives of Psychiatric Nursing* 18, 17–25.
- Törölä, M. & Töttö, P. 2017. Kolme polkua huono-osaisuuteen – oikeuspsykiatristen potilaiden laitosurat, yhteiskunnallinen asema ja paranoidisuus. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 54, 42–55.
- Uvnäs-Moberg, K. & Kankkunen, R. 2007. Rauhoittava kosketus: oksitosiinin parantava vaikutus kehossa. Helsinki: Edita.
- Valle, M.F., Huebner, S.E. & Suldo, S.M. 2006. An analysis of hope as a psychological strength. *Journal of School Psychology* 44 (5), 393–406.
- Van Gestel-Timmermans, H., Van den Bogaard, J., Brouwers, E., Herth, K., Van Nieuwenhuizen, C. 2010. Hope as a determinant of mental health recovery: a psychometric evaluation of the Herth Hope Index-Dutch version. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 24, 67–74.
- van Os, J. & Kapur, S. 2009. Schizophrenia. *Lancet* 374 (22), 635–645.
- Verhaeghe, M., Bracke, P. & Bruynooghe, K. 2008. Stigmatization and self-esteem of persons in recovery from mental illness: the role of peer support. *International Journal of Social Psychiatry* 54 (3), 206–218.
- Villares, C.C. & Sartorius, N. 2003. Challenging the stigma of schizophrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 25, 1–2.
- Vorma, H. & Aalto, M. 2013. Päihdepsykiatristen osaamiseen tarve kasvaa. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 129(19), 2049–2050.
- Wacharasin, C. 2010. Families suffering with HIV/AIDS: What family nursing interventions are useful to promote healing? *Journal of Family Nursing* 16, 302–321.
- Walker, D. & Myrick, F. 2006. Grounded theory: An exploration of process and procedure. *Qualitative Health Research* 16(4), 547–559.
- Walsh, E. & Buchanan, A. 2002. Violence and schizophrenia: examining the evidence. *The British Journal of Psychiatry* 180, 490–495.
- Ward, T. 2010. Is offender rehabilitation a form of punishment? *British Journal of Forensic Practice* 12(4), 4–13.
- Ward, T. & Salmon, K. 2009. The ethics of punishment: correctional practice implications. *Aggression and Violent Behavior* 14, 239–47.
- Ward, T. & Syversen, S. 2009. Human dignity and vulnerable agency: An ethical framework for forensic practice. *Aggression and Violent Behavior* 14, 94–105.
- Ward, T., Gannon, T. & Vess, J. 2009. Human rights, ethical principles and standards in forensic psychology. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 53, 126–44.
- Weiskopf, C.S. 2005. Nurses' experience of caring for inmate patients. *Journal of Advanced Nursing* 49(4), 336–343.
- Werner, S. 2012. Subjective well-being, hope, and needs of individuals with serious mental illness. *Psychiatry Research* 196, 214–219.
- Wilkinson, K. 1996. The concept of hope in life-threatening illness. *Professional Nurse* 11(10), 659–661.
- Williams, A., Moore, E., Adshead, G., McDowell, A. & Tapp, J. 2011. Including the excluded: high security hospital user perspectives on stigma, discrimination, and recovery. *The British Journal of Forensic Practice* 13(3), 197–204.
- Wonghongkul, T., Moore, S.M., Musil, C., Schneider, S. & Deimling, G. 2000. The influence of uncertainty in illness, stress appraisal, and hope on coping in survivors of breast cancer. *Cancer Nursing* 23(6), 422–429.

- Wright, K., Gudjonsson, G. & Young, S. 2008. An investigation of the relationship between anger and offence-related shame and guilt. *Psychology, Crime & Law* 14(5), 415–423.
- Wu, H.C. 2010. The protective effects of resilience and hope on quality of life of the families coping with the criminal traumatisation of one of its members. *Journal of Clinical Nursing* 20, 1906–1915.
- Yamashita, M., Forchuk, C. & Mound, B. 2005. Nurse case management: Negotiating care together within a developing relationship. *Perspectives in Psychiatric Care* 41(2), 62–70.
- Yhdistyneet kansakunnat. United Nations. Universal Declaration of Human Rights. 1948. <http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=fin>.
- Yun-Hee, J. 2004. The application of grounded theory and symbolic interactionism. *Scandinavian Journal Caring Sciences* 18, 249–256.
- Zauszniewski, J., Bekhet, A. & Suresky, M.J. 2010. Resilience in family members of persons with serious mental illness. *The Nursing Clinics of North America* 45, 613–623.
- Åstedt-Kurki, P., Jussila, A-L., Koponen, L., Lehto, P., Majjala, H., Paavilainen, R. & Potinkara, H. 2008. Kohti perheen hyvää hoitamista. Helsinki: WSOY.

LIITTEET

Liite 1. Hakuhistoria CINAHL, Medline, PsycINFO

CINAHL 13.12.2017 (Medline tuplat poistettu)

#	Query	Limiters/Expanders	Results
S5	S1 AND S2 AND S3	Limiters - English Language; Published Date: 20050101-20171231; Exclude MEDLINE records; Journal Subset: Peer Reviewed	65
S4	S1 AND S2 AND S3		188
S3	hope*		19,436
S2	(MH "Mental Disorders+") OR (psyc* or mental*)		647,536
S1	forens* or crimi* or legis* or juri*		121,091

Medline OVID 13.12.2017

# ▲	Searches History	Results
1	(forens* or crimi* or legis*).mp,fs.	391179
2	(psyc* or mental*).mp,fs.	2098090
3	hope*.mp.	79602
4	1 and 2 and 3	526
5	limit 4 to yr="2005 -Current"	297
6	exp Mental Disorders/	1212126
7	2 or 6	2588243
8	1 and 3 and 7	579
9	limit 8 to yr="2005 -Current"	329
10	limit 9 to (english language and journal article)	280

PsycINFO 13.12.2017

#	Searches History	Results
1	(forens* or crimi* or legis*).mp.	88608
2	exp Mental Disorders/ or (psyc* or mental*).mp.	4204356
3	exp Hope/ or exp Hopelessness/	4625
4	1 and 2 and 3	55
5	limit 4 to (english language and "0110 peer-reviewed journal" and yr="2005 -Current")	27

Liite 2.

TIEDOTE

”Oikeuspsykiatrisen potilaan toivon ylläpitäminen” -tutkimus

Arvoisa potilas,

Pyydämme teitä osallistumaan tutkimukseen, jonka tarkoituksena on kuvata oikeuspsykiatrisen potilaan toivoa ja sen ylläpitämistä potilaiden, omaisten, hoitajien ja lääkäreiden näkökulmista. Toivon on todettu olevan tärkeä ihmisen elämälle ja hyvinvoinnille. Tutkimus toteutetaan Tampereen yliopiston terveystieteiden yksikössä professori (ma) Jari Kylmän tutkimushankkeessa. Tutkimuksen tavoitteena on saadun tiedon avulla kehittää oikeuspsykiatrisen potilaan hoitoa niin, että hoidossa huomioidaan potilaan toivon vahvistaminen ja sen ylläpitäminen.

Tutkimuksessa kerätään aineistoa haastattelemalla potilaita. Haastattelussa kerätään kokemuksia oikeuspsykiatrisen potilaan toivosta ja siihen yhteydessä olevista tekijöistä potilaiden, omaisten, hoitajien ja lääkäreiden näkökulmista. Haastattelun kesto on enintään 1,5 tuntia. Haastattelu voidaan keskeyttää ja tauottaa osallistujien niin halutessa. Haastattelu suoritetaan sairaalassa tai sen läheisyydessä olevissa tiloissa. Haastattelut nauhoitetaan tutkijan käyttöön jatkotyöskentelyä varten tutkimukseen osallistuvien luvalla. Haastattelumateriaali tuhoetaan tutkimuksen valmistuttua.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Tutkimukseen suostuminen, siitä kieltäytyminen tai osallistumisen peruminen ei vaikuta Teidän hoitoon tai jatkohoitoon. Tutkimusaineisto käsitellään luottamuksellisesti. Tutkimuksessa mukana olevia henkilöitä ja organisaatioita ei voida raportoinnissa tunnistaa. Tietoon perustuva suostumus tutkimukseen osallistumisesta pyydetään ennen haastatteluja. Tutkimuksessa noudatetaan hyvää tieteellistä tutkimuksen teon käytäntöä sekä noudatetaan lääketieteellisen tutkimuksen eettisiä ja juridisia käytäntöjä (Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 1999/488).

Tutkimuksessa saatua näyttöön perustuvaa tietoa voidaan hyödyntää kehitettäessä hoitotyötä oikeuspsykiatriassa. Tutkimuksesta tullaan raportoimaan kansainvälisissä terveydenhuollon tieteellisissä julkaisuissa ja ammattilehdissä.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja, vastaan mielelläni.

Tutkija:

Saija Turpeinen, TtM, TtT-opiskelija

Tampereen yliopisto

Kellokosken sairaala

Puh: 050-5595834

saija.turpeinen@hus.fi

TIEDOTE

”Oikeuspsykiatrisen potilaan toivon ylläpitäminen” -tutkimus

Arvoisa vastaanottaja,

Pyydämme teitä osallistumaan tutkimukseen, jonka tarkoituksena on kuvata oikeuspsykiatrisen potilaan toivoa ja sen ylläpitämistä potilaiden, omaisten, hoitajien ja lääkäreiden näkökulmista. Toivon on todettu olevan tärkeä ihmisen elämälle ja hyvinvoinnille. Tutkimus toteutetaan Tampereen yliopiston terveystieteiden yksikössä professori (ma) Jari Kylmän tutkimushankkeessa. Tutkimuksen tavoitteena on saadun tiedon avulla kehittää oikeuspsykiatrisen potilaan hoitoa niin, että hoidossa huomioidaan potilaan toivon vahvistaminen ja sen ylläpitäminen.

Tutkimuksessa kerätään aineistoa ryhmähaastattelun (focus group) avulla tai avoimina yksilöhaastatteluina, sekin on mahdollista. Haastatteluilla kerätään kokemuksia oikeuspsykiatrisen potilaan toivosta ja siihen yhteydessä olevista tekijöistä potilaiden, omaisten, hoitajien ja lääkäreiden näkökulmista. Haastattelun kesto on enintään 1,5 tuntia. Haastattelu suoritetaan sairaalassa tai sen läheisyydessä olevissa tiloissa. Haastattelu nauhoitetaan tutkimukseen osallistuvien luvalla. Haastattelumateriaali tuhoetaan tutkimuksen valmistuttua.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Tutkimukseen suostuminen, siitä kieltäytyminen tai osallistumisen peruminen ei vaikuta potilaan hoitoon tai jatkohoitoon. Tutkimusaineisto käsitellään luottamuksellisesti. Tutkimuksessa mukana olevia henkilöitä ja organisaatioita ei voida raportoinnissa tunnistaa. Tietoon perustuva suostumus tutkimukseen osallistumisesta pyydetään ennen haastatteluja. Tutkimuksessa noudatetaan hyvää tieteellistä tutkimuksen teon käytäntöä sekä noudatetaan lääketieteellisen tutkimuksen eettisiä ja juridisia käytäntöjä (Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 1999/488).

Tutkimuksessa saatua näyttöön perustuvaa tietoa voidaan hyödyntää kehitettäessä hoitotyötä oikeuspsykiatriassa, koska hoitoajat ovat pitkiä ja omahoitajuus oikeuspsykiatrisen potilaan kanssa on haasteellista ja erittäin vastuullista. Tutkimuksesta tullaan raportoitmaan kansainvälisissä terveydenhuollon tieteellisissä julkaisuissa ja ammattilehdissä.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja, vastaan mielelläni.

Tutkija:

Saija Turpeinen, TrM, TrT-opiskelija

Tampereen yliopisto

Kellokosken sairaalaa

Puh: 050-5595834

saija.turpeinen@hus.fi

Liite 3.

SUOSTUMUSLOMAKE

(nimi ja syntymäaika)

(osoite ja puhelinnumero)

Osallistun vapaaehtoisesti tutkimukseen, jonka tarkoituksena on kuvata oikeuspsykiatrisen potilaan toivoa ja sen ylläpitämistä elämässä ja sitä vahvistavia tekijöitä potilaiden, hoitajien, lääkäreiden ja omaisten näkökulmista.

Olen tietoinen siitä, että tutkimus perustuu vapaaehtoisuuteen ja minulla on oikeus kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta. Voin myös peruuttaa suostumukseni missä tutkimuksen vaiheessa hyvänsä. Tutkimukseen suostuminen tai siitä kieltäytyminen ei vaikuta samaani hoitoon.

Olen saanut riittävästi tietoa tutkimuksesta. Minulle on selvitetty sekä suullisesti että kirjallisesti tutkimuksen hyödyt, mahdolliset haitat ja riskit sekä osallistumiseen liittyvät käytännön toimenpiteet. Minulla on ollut mahdollisuus esittää tutkijalle lisäkysymyksiä ennen suostumukseni antamista.

Luotan siihen, että tutkija turvaa yksityisyyteni tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Minua koskevat tiedot käsitellään luottamuksellisesti ja siten, ettei henkilötietoja ole mahdollista tunnistaa. Minua koskevat tiedot eivät joudu ulkopuolisten haltuun. Ymmärrän, että tutkijaa sitoo vaitiolovelvollisuus. Kasetti, jolle haastatteluni on nauhoitettu, tuhotaan henkilötietolain (523/1999) edellyttämällä tavalla.

Osallistun tutkimukseen ja

Annan / en anna lupaa haastattelun nauhoittamiseen.

Aika ja paikka	Suostumuksen antajan allekirjoitus	Nimen selvennys
----------------	------------------------------------	-----------------

Aika ja paikka	Suostumuksen vastaanottajan allekirjoitus	Nimen selvennys
----------------	-------------------------------------------	-----------------

Liite 4.

TAUSTATIEDOT POTILAAT

Nimi: _____

Koodi _____

(tutkija täyttää)

Sairaala: _____

Osasto _____

Ympyröi itsellesi parhaiten sopiva vaihtoehto tai täytä puuttuva tieto.

1. Ikä _____ vuotta

2. Sukupuoli

1. mies
2. nainen

3. Oletteko ensimmäistä kertaa hoidossa?

1. kyllä
2. en

3. Kuinka kauan olette olleet hoidossa nykyisessä hoitopaikassa? _____

4. Ovatko omaisenne mukana hoidossa ja hoidon suunnittelussa?

1. kyllä
2. ei
3. en halua omaisten osallistuvan hoitooni

Liite 5.

Taustatiedot läheinen

Vastauspäivämäärä: ____ / ____ 2015

Ympyröikää itseänne parhaiten kuvaava vaihtoehto. Avoiimiin kysymyksiin voitte kirjoittaa vastauksenne sille varatulle paikalle.

LÄHEISENNE TAUSTATIEDOT:

1) Hoidettavana olevan läheisen syntymävuosi: _____

2) Läheisen sukupuoli:

1. Nainen
2. Mies

3) Läheisen hoitoaika osastolla tähän mennessä:

1. alle vuosi _____ kk
2. 1–2 vuotta
3. 2–5 vuotta
4. yli 5 vuotta vuotta

TEIDÄN TAUSTATUETONNE:

4) Teidän syntymävuotenne: _____

5) Sukupuolenne:

1. Nainen
2. Mies

6) Suhteenne hoidossa olevaan potilaaseen:

1. Puoliso
2. Vanhempi
3. Lapsi
4. Muu, mikä? _____

7) Matka sairaalaan:

1. Alle 50 km
2. 50–150 km
3. yli 160 km

8) Kuinka usein vieraillette omaisenne luona

1. viikottain
2. 1–2 kertaa kuukaudessa
3. puoli vuosittain
4. muu _____

9) Vierailujen kesto

1. Alle 30 min
2. 31–60 min
3. Yli 61 min
4. muu _____

Liite 6.

Taustatiedot hoitajat

Nimi: _____ Koodi _____
(tutkija täyttää)

Sairaala: _____

Osasto _____

Ympyröi itsellesi parhaiten sopiva vaihtoehto tai täytä puuttuva tieto.

1. Ikä _____ vuotta

2. Sukupuoli

1. mies

2. nainen

3. Ammatillinen koulutus (viimeisin tutkinto hoitoalalla)

1. sairaanhoitaja

2. erikoissairanhoitaja

3. perus-, lähi- tai mielenterveyshoitaja

4. muu, mikä _____

4. Täydennyskoulutus mielenterveystyöstä

1. kyllä, mitä _____

2. ei

5. Työkokemuksen pituus hoitoalalla _____ vuotta _____ kk

6. Työkokemus oikeuspsykiatriassa _____ vuotta _____ kk

7. Työkokemuksen pituus nykyisessä toimipaikassa _____ vuotta _____ kk

Liite 7.

Taustatiedot lääkärit

Nimi: _____ Koodi _____
(tutkija täyttää)

Sairaala: _____

Osasto _____

Ympyröi itsellesi parhaiten sopiva vaihtoehto tai täytä puuttuva tieto.

1. Ikä _____ vuotta

2. Sukupuoli

1. mies
2. nainen

3. Ammatillinen koulutus

1. lääketieteen kandidaatti
2. laillistettu lääkäri, lääketieteen lisensiaatti
3. erikoislääkäri
4. oikeuspsykiatrian erikoislääkäri
5. tohtori, dosentti
6. muu, mikä _____

4. Täydennyskoulutus

1. kyllä, mitä _____
2. ei

5. Työkokemuksen pituus _____ vuotta _____ kk

6. Työkokemus oikeuspsykiatriassa _____ vuotta _____ kk

7. Työkokemuksen pituus nykyisessä toimipaikassa _____ vuotta _____ kk