

RIITTAASKOLA

Rikoksestaan syyntakeettomana
tuomitsematta jätetty
oikeuspsykiatrinen potilas
ja hänen hoitonsa

Potilaan, vanhempien ja hoitajien näkökulmat



RIITTA ASKOLA

Rikoksestaan syntyneenä
tuomitsematta jätetty
oikeuspsykiatrinen potilas
ja hänen hoitonsa

Potilaan, vanhempien ja hoitajien näkökulmat



AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Esitetään Tampereen yliopiston yhteiskuntatieteiden tiedekunnan
tiedekuntaneuvoston suostumuksella julkisesti tarkastettavaksi
Tampereen yliopiston Arvo-rakennuksen Jarmo Visakorpi -salissa,
Arvo Ylpön katu 34, Tampere
2. päivänä marraskuuta 2018 klo 12.

TAMPEREEN YLIOPISTO

RIITTA ASKOLA

Rikoksestaan syyntakeettomana
tuomitsematta jätetty
oikeuspsykiatrinen potilas
ja hänen hoitonsa

Potilaan, vanhempien ja hoitajien näkökulmat

Acta Universitatis Tamperensis 2417
Tampere University Press
Tampere 2018

Ohjaajat

Professori Eija Paavilainen
Tampereen yliopisto
Dosentti Merja Nikkonen
Tampereen yliopisto

Esitarkastajat

Dosentti Raija Kontio
Turun yliopisto
Professori Nina Lindberg
Helsingin yliopisto

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

Copyright ©2018 Tampere University Press ja tekijä

Kannen suunnittelu
Mikko Reinikka

Taitto
Sirpa Randell

Acta Universitatis Tamperensis 2417
ISBN 978-952-03-0849-0 (nid.)
ISSN-L 1455-1616
ISSN 1455-1616

Acta Electronica Universitatis Tamperensis 1927
ISBN 978-952-03-0850-6 (pdf)
ISSN 1456-954X
<http://tampub.uta.fi>

Kiitokset

Haluan lämpimästi kiittää väitöskirjani ohjaajia professori Eija Paavilaista sekä dosentti, yliassistentti (emerita) Merja Nikkosta, jotka asiantuntemuksellaan ja ohjauksellaan ovat tukeneet ja luotsanneet minua eteenpäin. Erityisesti Eijan tuki on ollut arvokasta ja korvaamatonta Merjan jäätyä eläkkeelle ja pois työelämästä.

Haluan osoittaa kiitokseni tutkimukseni seurantaryhmälle. Erityisesti kiitän FT, TM Olavi Louherantaa, jonka arvokkaat ja tärkeät näkemykset sekä horjumaton usko ovat kantaneet minua. Seurantaryhmäläisiäni dosentti Hanna Putkosta ja professori Päivi Åstedt-Kurkea kiitän rakentavista kommentteista. Kiitän myös TtT Päivi Soinista, joka on toiminut kanssakirjoittajana tuoden tutkimuksen osajulkaisuihin oman vankan asiantuntemuksensa ja tärkeän panoksensa.

Suuret kiitokset kuuluvat tutkimukseni esitarkastajille dosentti Raija Kontiolle ja professori Nina Lindbergille, joiden tarkat, arvokkaat ja rakentavat kommentit ja neuvot auttoivat tutkimuksen viimeistelyssä.

Osoitan lämpimät kiitokseni Terveystieteiden yksikön tohtoriopiskelijoiden seminaari-ryhmäläisille kannustuksesta ja eteenpäin vievistä palautteista. Kiitän MA, kielenkääntäjä Virginia Mattilaa tutkimusartikkelien englannin kielen editoinnista ja kääntämisestä sekä FM Seija Pylkköä yhteenvedon kielentarkistuksesta. Samoin esitän kiitokseni tietopalveluneuvoja Sirpa Randellille väitöskirjatyöni taitosta.

Tutkimustani ovat taloudellisesti tukeneet Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, Suomalainen Konkordia-liitto ry, Kansan Sivistysrahasto, Väinö Tannerin rahasto, Suomen Sairaanhoitajaliitto sekä Tampereen Kaupungin Tiederahasto. Lämpimät kiitokset saamastani taloudellisesta tuesta, joka on mahdollistanut tutkimustyön tekemisen.

Kiitän HYKS Psykiatrian tulosyksikön työtovereitani ja esimiehiäni kiinnostuksesta tutkimustani kohtaan. Erityisesti haluan kiittää Jani Turusta ajatuksia herättävistä keskusteluista ja rinnalla kulkemisesta.

Rakkaimmat kiitokset kuuluvat ystäväilleni, perheelleni ja läheisilleni, jotka ovat kannustaneet minua ja uskoneet minuun muistuttaen samalla elämän muista arvokkaista asioista. Kiitokset kuuluvat myös kissoilleni, Rontti ja Kasper pitivät minut kiinni arjessa, kun olin liiaksi uppoutunut tutkimusmaailmaan ja kirjoittamiseen.

Kiitos haastattelemilleni henkilöille, oikeuspsykiatrisille potilaille, heidän vanhemmilleen ja hoitohenkilökunnalle. Ilman heitä tutkimustani ei olisi ollut mahdollista toteuttaa. Omistan tämän kirjan kaikille ihmisille, joita mielenterveyden järkkäminen jollakin tavalla koskettaa, potilaille, heidän läheisilleen ja kanssakulkijoille.

Helsingissä aurinkoisena syyspäivänä 2018

Riitta Askola

Tiivistelmä

Oikeuspsykiatrisen potilaan hoito eroaa tavanomaisesta psykiatrisesta hoidosta monin tavoin. Oikeuspsykiatrisen hoitojärjestelmä on muuttumassa entistä potilaslähtöisemmäksi samaan aikaan, kun arvioidaan tuetun tai velvoitteellisen avohoidon käytön edellytyksiä psyykkisesti sairaiden väkivaltarikollisten hoidossa.

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata oikeuspsykiatrisen potilaan ja hänen läheisensä elämää ja hoitoa sekä tarkastella oikeuspsykiatrisen potilaan rikoksen, josta hänet on jätetty syyntakeettomana tuomitsematta, merkitystä potilaan ja hänen vanhempiansa elämässä ja tehdä näistä kuvauksista metasynteesi. Tässä tutkimuksessa metasynteessin tarkoituksena oli oikeuspsykiatrisen potilaan, potilaan vanhempien sekä hoitohenkilökunnan näkökulmia yhdistelemällä ja käsitteitä yhtenäistämällä tuoda esiin elementtejä, joita oikeuspsykiatrisen potilaan ja hänen vanhempiansa hoito sisältää. Tutkimus tuotti uutta, aiemmin kansallisesti ja kansainvälisesti tutkimatonta tietoa erittäin sensitiivisestä aiheesta, ja samalla yhdistettiin myös oikeuspsykiatrisen potilaan, hänen vanhempiansa ja oikeuspsykiatrisen hoitotahon edustajien kokemuksia ja näkemyksiä.

Tutkimus koostui kahdesta vaiheesta vuosina 2012–2018. Vaiheessa I kerättiin ja analysoitiin kahdeksan oikeuspsykiatrisen potilaan, kuuden oikeuspsykiatrisen potilaan vanhemman sekä kahdeksan valtion oikeuspsykiatrisen sairaalan hoitajan haastattelut. Oikeuspsykiatristen potilaiden haastattelujen aineisto analysoitiin narratiivisella menetelmällä. Oikeuspsykiatristen potilaiden vanhempien ja hoitohenkilökunnan haastattelut analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Vaiheessa II muodostettiin osajulkaisuiden tuloksista metasynteesi.

Tutkimuksen mukaan rikoksen, josta potilas on jätetty syyntakeettomana tuomitsematta, merkitys oikeuspsykiatrisen potilaan elämässä vaihtelee laajasti riippuen potilaan varsinaisesta rikoksesta, sen herättämistä mielikuvista ja tunteista sekä siitä, kuinka potilas arvioi selviytyneensä rikoksen jälkeen. Oikeuspsykiatrisen potilaan traumakokemukset suoritetuista pakkotoimista heijastuvat hoitoon pitkäksi ajaksi ja heikentävät hoitomyön-

tyvyyttä. Rikos vaikuttaa merkittävästi myös oikeuspsykiatrisessa hoidossa olleen potilaan vanhempien elämään, ja he tarvitsevat ohjausta ja emotionaalista tukea oman traumansa käsittelyyn.

Oikeuspsykiatrinen henkilökunta tarvitsee lisää tietämystä ja malleja potilaan rikoksen käsittelyyn. Oikeuspsykiatrisen potilaan tarinoissa ja kuvauksissa käyttämien identiteetti-tyyppien tunnistaminen ja yksilöllinen huomioonotto voi suunnata hoitajan käyttämään uudenlaisia lähestymistapoja ja näin ohjaamaan potilasta pois haitallisista ajattelu- ja toimintamalleista. Kehittämällä aktiivista tiedonkulkua ja traumaattisten kokemusten käsittelyä, lisäämällä hyväksyvää ja tuomitsematonta asennetta sekä kehittämällä rikoksen läpikäyntiä voidaan parantaa oikeuspsykiatrisen potilaan ja hänen vanhempiensa hoidon laatua.

Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää oikeuspsykiatrisen potilaan hoidon laatua kehitettäessä huomioimalla tutkimuksen esiin tuomat potilaiden ja heidän vanhempiensa autenttiset kokemukset. Tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä kansallisesti tasalaatuisia hoitomalleja, jolloin oikeuspsykiatrisen potilaan saama hoito ei vaihtele eri hoitopaikoissa. Tutkimuksen tulokset antavat suuntaa siitä, mitä hoitomalleissa tulisi huomioida, kun kehitetään kliinistä hoitotyötä, oikeuspsykiatrista hoitojärjestelmää, hoitokulttuuria, perhekeskeistä työskentelyä ja traumatyöskentelyä.

Avainsanat: oikeuspsykiatrinen potilas, vanhemmat, rikos, josta jätetty syyntakeettomana tuomitsematta, hoitajat, psykiatrinen hoitotyö

Abstract

The treatment of forensic psychiatric patients differs in numerous ways from conventional psychiatric care. The treatment system in forensic psychiatric care is becoming more patient centred at the same time as the practicality of supported or mandatory care in the community of mentally disturbed violent criminals is evaluated.

The purpose of the study was to describe the lives and treatment of forensic psychiatric patients and their significant others, to describe the offences of patients in their lives and the lives of their parents and to accomplish a metasynthesis of these descriptions. The purpose of the metasynthesis was, by combining the perspectives of the patient, the patient's parents and the treating personnel, and by rendering the concepts consistent, to bring to the fore those elements embodied in the treatment of psychiatric forensic patients. The study yielded new knowledge about an extremely sensitive and so far nationally and internationally unresearched subject, combining experiences and perspectives of patients, their parents and forensic psychiatric caregivers.

The study consists of two phases during the period 2012–2018. In the first phase interviews were conducted with eight forensic psychiatric patients, with the parents of six such patients and with eight nurses in a public forensic psychiatric hospital. The interviews were analysed. The interview data from the forensic psychiatric patients was analysed using a narrative method. The data from the forensic psychiatric patients' parents and the treating personnel was analysed using inductive content analysis. In Phase 2 a metasynthesis was produced of the studies of which the dissertation is composed.

The study showed a wide variation in the significance of the offences in the lives of the forensic psychiatric patients, depending on the offences themselves, the images these invoked and feelings about how the patients expected to cope after the offence. The traumatic experiences of the forensic psychiatric patients of the compulsory measures experienced were for lengthy periods reflected in the treatment and undermined any positive attitudes to treatment. The offences also had a significant effect on the lives of the

parents of patients in forensic psychiatric care, and they needed guidance and emotional support in the processing of their own trauma.

The forensic psychiatric personnel need more information and models for processing patients' offences. Recognising and taking more individual account of the identity types in the stories and descriptions by forensic psychiatric patients can direct the nurse to use various approaches and so distract the patient from damaging models of thought and action. By developing active information transfer, by processing traumatic experiences, by increasing an accepting and non-judgmental attitude and also by developing the processing of the offences the quality of care for forensic psychiatric patients and their parents can be improved.

The findings of this study can be utilised in improving the quality of care of forensic psychiatric patients taking due note of the authentic experiences of patients and their parents brought to the fore in the study. The findings can be utilised in developing consistent treatment models nationally so that the treatment forensic psychiatric patients receive does not vary depending on where they are treated. The findings of the study give an indication of what should be taken into account in the further development of clinical treatment models, the forensic psychiatric system of care, the care culture, family-centred work and the processing of trauma.

Keywords: forensic psychiatric patient, parents, offence, nurses, psychiatric nursing

Osajulkaisut

Väitöskirjan yhteenveto-osa perustuu alla mainittuihin alkuperäisartikkeleihin. Osajulkaisuihin viitataan tekstissä roomalaisin numeroin.

- I Askola, R., Louheranta, O., Paavilainen, E., Åstedt-Kurki, P., Soininen, P., Putkonen, H. & Nikkonen, M. 2015. Forensic Psychiatric Patients' Narratives of Their Offense. *Issues in Mental Health Nursing* 36, 162–170.
- II Askola, R., Nikkonen, M., Paavilainen, E., Soininen, P., Putkonen, H. & Louheranta, O. 2018. Forensic Psychiatric Patients' Perspectives on Their Care: A Narrative View. *Perspectives in Psychiatric Care* 54, 1, 64–73.
- III 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. *Issues in Mental Health Nursing* 38, 705–711.
- IV Askola, R., Nikkonen, M., Putkonen, H., Kylmä, J. & Louheranta, O. 2017. The Therapeutic Approach to a Patient's Criminal Offense in a Forensic Mental Health Nurse-Patient Relationship – The Nurses' Perspectives. *Perspectives in Psychiatric Care* 53, 3, 164–174.

Artikkeleiden käyttöön väitöskirjan osana on saatu kustantajien lupa.

Sisällys

1	Johdanto	13
2	Tutkimuksen lähtökohdat	16
2.1	Oikeuspsykiatrinen arviointi	17
2.1.1	Syytteenalainen teko ja syyntakeisuus	17
2.1.2	Mielentilatutkimus	17
2.2	Oikeuspsykiatrinen potilas	21
2.2.1	Oikeuspsykiatrisen potilaan määritelmä	21
2.2.2	Oikeuspsykiatrisen potilaan sairastavuus	22
2.3	Oikeuspsykiatrisen potilaan perhetilanne	24
2.4	Oikeuspsykiatrinen hoito	25
2.4.1	Oikeuspsykiatrinen hoitojärjestelmä kansainvälisesti	25
2.4.2	Oikeuspsykiatrinen hoitojärjestelmä Suomessa	26
2.5	Yhteenvedo tutkimuksen lähtökohdista	32
3	Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	34
4	Empiirisen tutkimuksen toteutus	35
4.1	Tutkimuksen vaiheet	35
4.2	Tutkimusaineisto ja sen kerääminen	35
4.3	Aineiston analysointi	37
4.3.1	Analyysimenetelmät	37
5	Tulokset	40
5.1	Vaihe I: Haastatteluaineiston tulokset	40
5.1.1	Rikoksen merkitys oikeuspsykiatrisen potilaan elämässä	40
5.1.2	Oikeuspsykiatristen potilaiden kokemukset hoidostaan	40
5.1.3	Rikoksen merkitys oikeuspsykiatrisen potilaan vanhemman elämässä	41
5.1.4	Rikoksen käsittely oikeuspsykiatrisen potilaan hoitosuhteessa hoitajien näkökulmasta	42
5.2	Vaihe II: Oikeuspsykiatrisen potilaan ja hänen vanhempiensa hoidon elementit	42

6	Pohdinta	46
6.1	Tutkimuksen luotettavuus	46
6.2	Tutkimuksen eettisyys	50
6.3	Tulosten tarkastelu	52
6.4	Johtopäätökset	56
6.5	Tulosten hyödyntäminen	57
6.6	Jatkotutkimusehdotukset	58
7	Lähteet	59
8	Alkuperäisjulkaisut	71

1 Johdanto

Suomen oikeuspsykiatrinen hoitojärjestelmä vastaa kolmesta erityistehtävästä: mielentilatutkimusten järjestämisestä pääasiassa vakavista henkeen ja terveyteen kohdistuvista rikoksista syytteessä oleville tai niistä epäillyille henkilöille, syyntakeettomana tuomitsematta jätettyjen oikeuspsykiatristen potilaiden hoitamisesta sekä hoitoon määrättyjen sellaisten potilaiden hoitamisesta, joiden hoito on erityisen vaikeaa tai vaarallista, tai molempia samanaikaisesti (Kuosmanen, Tiihonen, Repo-Tiihonen, Eronen & Turunen 2013; Tuovinen 2017).

Tämä tutkimus keskittyy oikeuspsykiatriin potilaisiin ja heidän hoitoonsa. Oikeuspsykiatrinen potilas on syyllistynyt rikokseen, mutta hänet on mielentilatutkimuksessa arvoitu ja jätetty vakavan psykiatrisen sairauden vuoksi syyntakeettomana oikeudessa tuomitsematta (Lepola, Koponen, Leinonen, Joukamaa, Isohanni & Hakola 2008). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) on tämän jälkeen määrännyt hänet tahdosta riippumattomaan sairaalahoitoon.

Syytteenalainen teko tarkoittaa rikosta, josta syyttäjällä on syyteoikeus. Rikoslaisa syyntakeisuus ymmärretään ihmisen normaaliksi tilaksi, joka määritellään käänteisesti syyntakeettomuuden kautta (Eronen, Seppänen & Kotilainen 2012).

Henkilön ollessa syyntakeeton merkitsee se kyvyttömyyttä ymmärtää tekohetkellä mielisairauden, syvän vajaamielisyyden taikka vakavan mielenterveyden tai tajunnan häiriön vuoksi tekonsa tosiasiallista luonnetta tai oikeudenvastaisuutta taikka hänen kykynsä säädellä käyttäytymistään on sellaisesta syystä ratkaisevasti heikentynyt (Rikoslaki 1889/39).

Vuonna 2014 Suomessa oli tilastoitu Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen hoitoilmoitusjärjestelmän (Hilmo) mukaan oikeuspsykiatrian erikoisalan alle 560 oikeuspsykiatrista potilasta, joista miesten osuus oli 88 %. Oikeuspsykiatristen potilaiden keski-ikä oli 40

vuotta. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016a.) On huomattava, että Hilmo-tietoihin on oikeuspsykiatrian erikoisalan alle tilastoitu henkilöitä, joista osa on muun muassa mielen-tilatutkittavia ja osa psykiatriisiin vankisairaaloihin sijoitettuja, joten oikeuspsykiatrisessa hoidossa olevien potilaiden määrä on pienempi ollen viime vuosina arviolta 400 henkilöä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005; Rautanen, Brotherus, Soukkanen, Niinistö & Ahlgrén-Rimpiläinen 2015).

Oikeuspsykiatrisen potilaan hoito eroaa tavanomaisesta psykiatrisesta hoidosta monin tavoin. Oikeuspsykiatrisen hoidon erityispiirteinä voidaan pitää potilaan sairauden vaikea-asteisuutta, potilaan tekemän rikoksen vaikutusta, hoidon pitkää kestoja sekä rikoksen uusintariskin arviointia (Ferrito, Vetere, Adshhead & Moore 2012; Hörberg, Sjögren & Dahlberg 2012). Lisäksi oikeuspsykiatrisen tutkimuksen ja hoidon erityisalueita ovat väkivaltariski ja sen hallinta sekä impulsiivisuus ja impulssikontrolli (Nedopil 2009). Valtion oikeuspsykiatrisissa sairaaloissa hoitoajat ovat tyypillisesti pitkiä, sillä hoitoon määrättyt henkilöt ovat vakavasti sairaita ja heidän elämäntilanteensa ovat erittäin vaikeita (Eronen, Seppänen & Kotilainen 2012). Oikeuspsykiatrisen potilaan keskimääräinen hoitoaika Suomessa on 4–9 vuotta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005; Eronen, Seppänen & Kotilainen 2012). Oikeuspsykiatrisen hoitojärjestelmä, kuten koko psykiatrisen hoitojärjestelmänkin, on muuttumassa potilaslähtöisemmäksi kuin aiemmin (Salzmann-Erikson, Rydlo & Wiklund Gustin 2016) samaan aikaan, kun arvioidaan tuetun tai velvoitteellisen avohoidon käytön edellytyksiä psyykkisesti sairaiden väkivaltarikollisten hoidossa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005; Suontaka, Lindberg & Putkonen 2007).

Jotta oikeuspsykiatrista hoitoa voitaisiin kehittää vastaamaan entistä paremmin potilaiden tarpeita sekä myös potilaslähtöisemmäksi, on tärkeää huomioida potilasnäkökulma (Coffey 2006; Dorkins & Adshhead 2011; Drennan & Aldred 2012). Potilaan perheen ja läheisten mukaan ottaminen oikeuspsykiatrisen potilaan hoitoon vaikuttaa myönteisesti sen tuloksiin (Richards, Doyle & Cook 2009). Nitschken, Osterheiderin ja Mokrosin (2011) tutkimuksessa tarkasteltiin psyykkisesti sairaiden henkilöiden tekemiä 39 henkirikospausta, joista tutkimustulosten mukaan yli 15 % olisi mahdollisesti voitu estää perheen ja terapeutin välisen tiiviin kommunikaation avulla. Psykiatrisen hoitohenkilöstö tarvitsee lisää tietämystä ja ymmärrystä perheiden kohtaamiseen (Absalom-Hornby, Gooding & Tarrier 2011b; Hörberg, Benzein, Erlingsson & Syrén 2015). Läheiset ovat oikeuspsykiatrisen potilaan voimavara ja merkittävä osa kuntoutumista, mutta he itse voivat olla hyvin kuormittuneita (Laithwaite & Gumley 2007; Absalom-Hornby, Gooding & Tarrier 2011a).

Oikeuspsykiatrisen hoidon laadun ja rikoksen käsittelyn kehittäminen on tärkeää, jotta hoitojärjestelmä pystyisi aikaisempaa paremmin vastaamaan oikeuspsykiatrisen potilaan moniongelmaisuuuden luomiin haasteisiin. Oikeuspsykiatrisen potilas on usein oireillut jo pitkään ennen rikosta, josta hänet on jätetty syyntakeettomana tuomitsematta, eikä hoitojärjestelmä ole tavoittanut häntä tarpeeksi tukevalla tavalla. Hoitojärjestelmän kun-

touttavat toimet ovat saattaneet jäädä vähäisiksi mahdollisesti sen vuoksi, että psykiatrisen potilaan moniongelmaisuuteen ei ole kyetty vastaamaan riittävän tehokkaasti.

Tämä tutkimus kuuluu kliiniseen hoitotieteeseen, joka tutkii oikeuspsykiatrisia potilaita ja heidän hoitoaan siinä hoitotodellisuudessa, jossa potilas on (Eriksson ym. 2012). Tarkastelun hoitotieteellinen viitekehys on potilas- ja perhekeskeinen sekä potilaan ja perheen omia voimavaroja tukeva ja vahvistava psykiatrisen hoitotyö (Engström & Söderberg 2007; Hörberg, Benzein, Erlingsson & Syrén 2015). Perhekeskeistä hoitotyötä kuvaavat käsitteet family-centered nursing ja family systems nursing, joiden piirissä huomioidaan perheenjäsenten kokemukset heidän omista lähtökohdistaan käsin (Saveman 2010). Family systems nursing -ajattelussa käytetään paljon narratiivista lähestymistapaa, jolloin ammattilainen ei ota asiantuntijan asennetta siten, että uskoisi vain asiantuntijan voivan tietää joitakin asioita. Narratiiviseen otteeseen kuuluu uteliaisuus ja ei-tietäminen. Ihmisen elämässä olevia merkityksellisiä asioita tutkitaan laajemmin, kuin että keskityttäisiin vain senhetkiseen pulmaan. (Barling 2011.) Tämä ajattelu- ja työskentelymalli sopii tutkimukseen, koska sen rikoksen taustalla, josta oikeuspsykiatrisen potilas on jätetty syyntakeettomana tuomitsematta, pystytään näkemään monimuotoisia ja eteneviä tarinoita, ja niitä tarkastelemalla voidaan perheen kanssa ”purkaa” ja havaita, miten kukin itse on tilanteen kokenut.

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata oikeuspsykiatrisen potilaan ja hänen läheistensä elämää ja hoitoa sekä tarkastella oikeuspsykiatrisen potilaan rikoksen, josta hänet on jätetty syyntakeettomana tuomitsematta, merkitystä potilaan ja hänen vanhempiensa elämässä ja tehdä näistä kuvauksista metasynteesi.

Tutkimuksen tavoitteena on tuoda esiin alueita, joihin panostamalla ja tukea lisäämällä oikeuspsykiatrisen potilaan ja hänen läheistensä elämänhallintaa voidaan edistää. Saadulla tiedolla voidaan kehittää oikeuspsykiatrisen potilaan hoidon laatua.

2 Tutkimuksen lähtökohdat

Tutkimuksen lähtökohdat perustuvat kansainvälisistä tietokannoista CINAHL, PsycINFO (Ovid), PsycArticles (Ovid), Medline (Ovid) ja PubMed tehtyjen kirjallisuushakujen avulla saatuun tietoon. Kirjallisuushaut rajattiin vuosina 2005–2018 tehtyihin vertaisarvioituihin artikkeleihin, väitöskirjoihin sekä tieteellisiin kokoomateoksiin. Hakusanoina käytettiin termejä ”forensic psychiatric patient”, ”mentally disordered patient”, ”forensic patient”, ”forensic psychiatric nursing”, ”offence”, ”offense”, ”reoffending”, ”criminal act”, ”crime”, ”family”, ”significant others”, ”family centered care”, ”relatives”. Kirjallisuushakua laajennettiin seuraavilla termeillä: ”stigma”, ”recovery”, ”forensic psychiatric care”, ”institutionalization”, ”psychoeducation”, ”trauma”, ”therapeutic”, ”coercion”, ”seclusion”.

Suomenkielisinä hakusanoina käytettiin termejä ”oikeuspsykiatria”, ”mielentilatutkimus”, ”syytteenalainen teko”, ”syntakeettomuus”, ”rikosoikeudellinen”, ”rikos”.

Lisäksi haettiin kirjallisuutta käsihakuna tietokannoista löytyneiden artikkeleiden lähteiden perusteella. Tietokantahaut tehtiin vuosina 2012–2016 sekä 2017–2018, jolloin tehtiin päivitetty tietokantahaku yhteenvetoa varten.

Tässä tutkimuksessa käytetään myöhemmin käsitettä rikos oikeuspsykiatrisen potilaan tekemästä rikoksesta, josta hänet on syntakeettomana jätetty tuomitsematta, lukuun ottamatta lukua Oikeuspsykiatrisen arviointi, jolloin käytetään mielentilatutkimuksessa käytettyä juridista termiä syytteenalainen teko.

2.1 Oikeuspsykiatrinen arviointi

2.1.1 Syytteenalainen teko ja syyntakeisuus

Syytteenalainen teko tarkoittaa rikosta, josta virallisella syyttäjällä on syyteoikeus. Rikoslaki (39/1889) määrittelee vastuuikärajan ja syyntakeisuuden seuraavasti:

Rangaistusvastuun edellytyksenä on, että tekijä on teon hetkellä täyttänyt viisitoista vuotta ja on syyntakeinen.

Tekijä on syyntakeeton, jos hän ei tekohetkellä kykene mielisairauden, syvän vajaamielisyyden taikka vakavan mielenterveyden tai tajunnan häiriön vuoksi ymmärtämään tekonsa tosiasiallista luonnetta tai oikeudenvastaisuutta taikka hänen kykynsä säädellä käyttäytymistään on sellaisesta syystä ratkaisevasti heikentynyt (syyntakeettomuus).

Jollei tekijä ole Rikoslain 2 momentin mukaan syyntakeeton, mutta hänen kykynsä ymmärtää tekonsa tosiasiallinen luonne tai oikeudenvastaisuus taikka säädellä käyttäytymistään on mielisairauden, vajaamielisyyden taikka mielenterveyden tai tajunnan häiriön vuoksi tekohetkellä merkittävästi alentunut (alentunut syyntakeisuus), on rangaistusta määrättäessä otettava huomioon, mitä 6 luvun 8 §:n 3 ja 4 momentissa säädetään.

Päihtymystä tai muuta tilapäistä tajunnan häiriötä, johon tekijä on saattanut itsensä, ei oteta syyntakeisuusarvioinnissa huomioon, ellei siihen ole erityisen painavia syitä.

2.1.2 Mielentilatutkimus

Jo vanhimmissa länsimaisissa lainsäädännöksissä psyykkisesti sairaat henkilöt jätettiin rangailematta tai heitä rangaistiin lievemmin kuin terveitä henkilöitä. Vuoden 1734 lain 32 luvun 1 §:ssä säädettiin mielisairaasta rikoksentehtäjästä: ”Jos mieluoli jonkun tappaa, vetäköön ne, joiden hoidettava hän olisi ollut sakkoja kaksikymmentä talaria, asianomistajalle yksinänsä.” Vuoden 1734 lain säätämisen jälkeen tuomioistuimet valitsivat yleensä seuraukseksi joko vankeuden, ruumiinrangaistuksen tai mielisairaalan. Vuoden 1734 jälkeen alettiin myös pikkuhiljaa kehittää mielentilatutkimuksia. Moderni psykiatria rantautui Suomeen hieman muuta Eurooppaa myöhemmin 1800-luvun lopussa. (Tuhkanen 2012.)

Nykyinen mielentilatutkimusmenettelyä koskeva lainsäädäntöuudistus tuli voimaan vuonna 2006. Sen perusteella (Oikeudenkäymiskaari 17. luku 45 §) tuomioistuin voi määrätä vastaajan mielentilan tutkittavaksi, jos 1) hänet on annetuissa välituomioissa todettu syylliseksi rikokseen, 2) mielentilan tutkiminen on perusteltua ja 3) vastaaja suostuu mielentilatutkimukseen tai hän on vangittuna tai häntä syytetään rikoksesta, josta voi seurata ankarampi rangaistus kuin vuosi vankeutta. Suurin osa tutkittavista on tehnyt hen-

kirikoksen tai muun väkivaltarikoksen. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018b.) Ennen uudistusta syyllisyyttä ei tarvinnut todeta ja riitti, että mielentilan tutkiminen oli tarpeellista. (Niemi 2013.)

Mielentilatutkimuksen tarkoituksena on selvittää tutkittavan syyntakeisuus syytteenalaisen teon tai epäillyn teon tai tekojen tapahtuma-aikana, toisin sanoen mielentilatutkimuksessa voidaan tutkia ihmistä, joka on syytettynä tai epäiltyä jostakin teosta. Mielentilatutkimuksen tavoitteena on selvittää, mikä on ollut syytetyin mielentila syytteenalaisen teon tai tekojen aikana: syyntakeinen, alentuneesti syyntakeinen vai syyntakeeton. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011.)

Tuomioistuimien arvioi rikosasian vastaajan mielentilatutkimuksen tarpeellisuuden ja päättää mielentilatutkimukseen määräämisestä. Syyttäjän lisäksi syytetty itse ja hänen puolustuksensa tai avustajansa voivat pyytää mielentilatutkimukseen määräämistä (Korhonen 2008). Tuomioistuimien voi määrätä rikoksesta epäillyn mielentilan tutkittavaksi jo esitutkinnan aikana tai ennen pääkäsittelyä, jos epäilty on tunnustanut syyllistyneensä rangaistavaksi säädettyyn tekoon tai jos mielentilatutkimuksen tarve on muutoin selvä (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011).

Tutkimuksessa selvitetään myös, tarvitseeko tutkittava määrätä tahdosta riippumattomaan psykiatriseen sairaalahoitoon tai tahdosta riippumattomaan kehitysvammaisten erityishuoltoon mielentilatutkimuksen päättymisajankohtana. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011; Laki kehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain muuttamisesta 2016.) Mielentilatutkimus on suoritettava yleisten eettisten periaatteiden mukaisesti tutkittavan yksityisyyttä ja loukkaamattomuutta kunnioittaen. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011.)

Suomalainen mielentilatutkimusprosessi on strukturoitu, ja mielentilatutkimukset tehdään aina sairaalaolosuhteissa (Eronen, Seppänen & Kotilainen 2012). Tutkittavasta kerätään laajalti esitietoja hänen omaisiltaan ja muilta läheisiltään, mahdollisista aikaisemmista hoitopaikoista, kouluista, terveydenhuollon yksiköistä, työnantajilta ja muilta sellaisilta tahoilta, jotka voivat antaa tutkittavan henkilöhistoriaa kuvaavia olennaisia tietoja. Viranomaistahot, joilta tietoja voidaan pyytää ilman tutkittavan suostumusta, ovat valtion ja kunnan viranomainen sekä muu julkisoikeudellinen yhteisö, Kansaneläkelaitos, Eläketurvakeskus, Potilasvahinkolautakunta, eläkesäätiö ja muu eläkelaitos, vakuutuslaitos, huoltotoimintaa tai sairaanhoitotoimintaa harjoittava yhteisö sekä apteekki. Ilman tutkittavan suostumusta tietoja ei voi pyytää yksityisiltä henkilöiltä tai työpaikoista. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011.) Tutkittavalle tehdään laaja psykiatrinen tutkimus häntä haastatteleamalla ja tarkkailemalla. Hänelle suoritetaan myös laaja oikeuspsykologinen tutkimus, jossa arvioidaan hänen kognitiivista kapasiteettiaan ja mahdollista psyykkistä häiriintyneisyyttään. Kliinisen tutkimuksen lisäksi on suositeltavaa käyttää apuna puolistrukturoituja haastattelumenetelmiä kuten SCID-I ja -II (structured clinical interview for DSM disorders) (Lindberg 2003; Lobbstaël, Leurgans & Arntz 2011). Tarvittaessa tutkittavalle suoritetaan myös neuropsykologinen tutkimus.

Tutkimalla selvitetään lisäksi tutkittavan somaattinen terveydentila ja hyödynnetään tapauskohtaisesti erikoistutkimuksia, kuten kromosomitutkimuksia ja aivojen kuvantamismenetelmiä. Tarvittaessa, esimerkiksi kulttuurikysymyksissä, konsultoidaan eri alojen erikoislääkäreitä tai muita asiantuntijoita. (Eronen ym. 2012.) Pääsääntöisesti tutkittavalla ei pitäisi olla käytössään psyykenlääkitystä mielentilatutkimuksen aikana. Jos tutkittavalla on ilmeinen mielisairaus ja hänelle on ennen mielentilatutkimusta aloitettu asianmukainen lääkehoito, sen lopettaminen ei yleensä ole tutkimuksen kannalta tarpeellista (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011).

Mielentilatutkimuksen aikana osastolla hoitohenkilökunta seuraa tutkittavan käyttäytymistä ympärivuorokautisesti, havainnoi tutkittavan vuorovaikutusta sekä pyrkii luomaan luottamuksellisen keskusteluyhteyden tutkittavaan. Keskustelun aikana huomionarvoisia asioita ovat muun muassa tutkittavan mahdollinen psykoottisuus sekä se, puhuuko hän syytteenalaisesta teostaan, tuoko hän esille syyllisyyttä tai katumusta suhteessa syytteenalaiseen tekoonsa, puhuuko tutkittava menneestä elämästään ja tuleeko keskusteluissa esille tulevaisuuden suunnitelmia. (Lindberg, Putkonen, Turpeinen, Seppänen & Soininen 2016.)

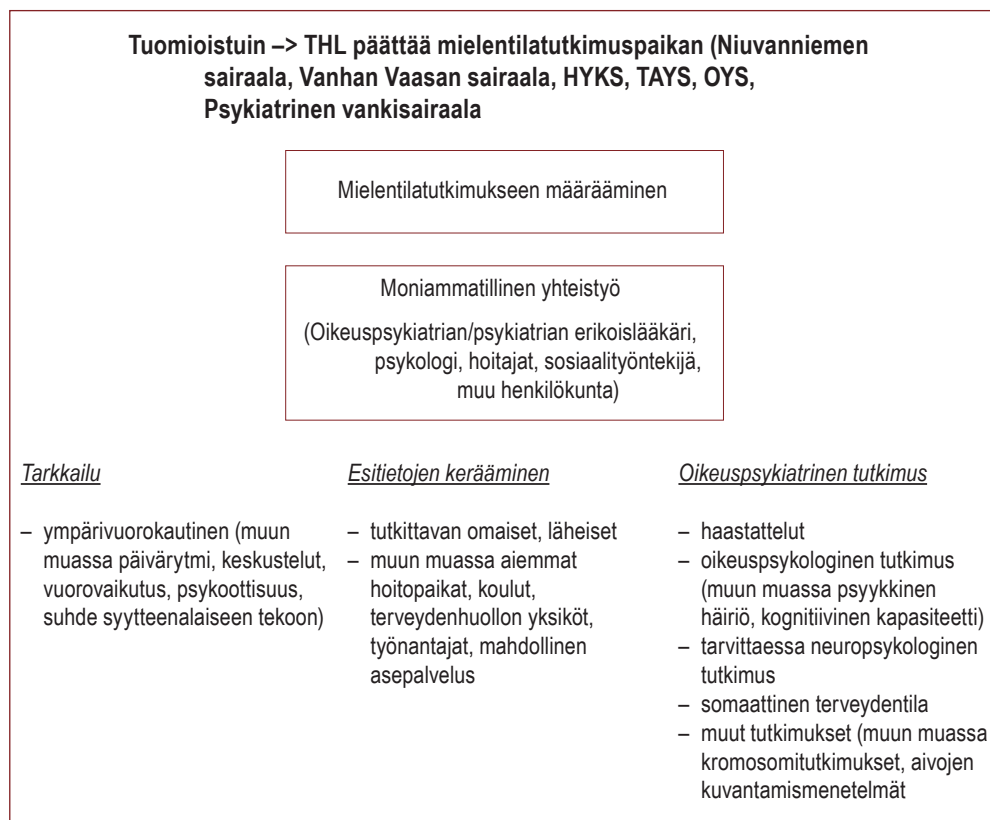
Mielentilatutkimus saa kestää kaksi kuukautta. Joissain erityistilanteissa THL voi myöntää tutkimukselle jatkoaikaa, mutta lausunto täytyy saada aikaan neljän kuukauden sisällä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011.) Pääosa tutkimuksista suoritetaan valtion sairaaloissa, joita ovat Niuvanniemen sairaala Kuopiossa ja Vanhan Vaasan sairaala. Mielentilalausunto toimii tuomioistuimessa tärkeänä apuna syyntakeisuutta arvioitaessa. Mielentilatutkimuksen suorittanut lääkäri esittää ja perustelee käsityksensä tutkittavan psyykkisestä tilasta teon tai tekojen aikana sekä psyykkisen tilan suhteesta tekoon tai tekoihin. Psyykkisen poikkeavuuden täytyy olla syy-yhteydessä tekoon, jotta sillä olisi merkitystä syyntakeisuuden kannalta. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011.)

THL:n oikeuspsykiatristen asioiden lautakunta käsittelee mielentilatutkimuksen perusteella tutkimusyksikössä laaditun lausunnon. Lautakunta antaa saamansa lausunnon perusteella tuomioistuimelle oman lausuntonsa epäillyn tai syytetyn mielentilasta ja määrää hänet tarvittaessa hoitoon tai kehitysvammaisten erityishuoltoon. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011.) Suomessa syyntakeisuudesta päättää aina tuomioistuin, kun taas oikeuspsykiatristen potilaiden hoito määräytyy terveydenhuollon lainsäädännön mukaan (Eronen, Seppänen & Kotilainen 2012).

Jos tuomioistuin jättää rikoksesta syytetyn hänen mielentilansa vuoksi rangaistukseen tuomitsematta, tuomioistuimen tulee, jollei se ole ilmeisen tarpeetonta, saattaa kysymys hänen hoidon tarpeestaan selvitettäväksi siten, kuin mielenterveyslain (1116/1990) 21 §:ssä säädetään. Mikäli rikokseen syyllistynyt henkilö on mielentilatutkimuksen päättyessä psykiatrisen sairaalahoidon tarpeessa, THL määrää hänet pääsääntöisesti hoitoon valtion mielisairaalaan (Eronen, Seppänen & Kotilainen 2012).

Vuosien 2008 ja 2017 välisenä aikana THL on käsitellyt sairaaloissa tehtyjä mielentilalausuntoja keskimäärin 107 vuosittain. Vuonna 2017 laadittiin sairaaloissa yhteensä 73

mielentilatutkimusta, joiden pääsyytteet olivat henkirikos (25 syytettä), muu väkivaltarikos (29 syytettä), tuhotyö (5 syytettä), seksuaalirikos (4 syytettä), omaisuusrikos (7 syytettä), muu rikos (3 syytettä). Tutkimuspyynnön lähettäjänä toimi käräjäoikeus kaikissa 73 tapauksessa. Vuonna 2017 THL:n oikeuspsykiatristen asioiden lautakunta arvioi sairaaloissa tutkituista syyntakeisiksi noin 41 %, syyntakeettomiksi 49 % ja alentuneesti syyntakeisiksi 10 %. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018a.) Naisten osuus on ollut keskimäärin 17 %. Alaikäisiä on ollut vuosittain yhdestä viiteen, keskimäärin kolme vuosittain. Vuonna 2017 alaikäisiä oli kaksi. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018b.) Yhteenveto mielentilatutkimusprosessista on esitetty kuviossa 1.



Kuvio 1. Mielentilatutkimusprosessi

2.2 Oikeuspsykiatrinen potilas

2.2.1 Oikeuspsykiatrisen potilaan määritelmä

Kun henkilö on ollut mielentilatutkimuksessa, häntä on vasta syytetty tai epäilty rikoksesta, ja tuolloin on käytetty termiä syytteenalainen teko. Kun oikeuslaitos jättää henkilön rikoksesta tuomitsematta syyntakeettomuuden vuoksi ja THL määrää henkilön hoitoon, hänestä tulee oikeuspsykiatrinen potilas. Oikeuspsykiatrinen potilas ei ole syytteessä mistään, vaan hän on tehnyt rikoksen, josta hänet on syyntakeettomana jätetty tuomitsematta.

Oikeuspsykiatrian termit määritellään eri maissa eri tavalla. Joint Commissioning Panel for Mental Health (2013) määrittelee oikeuspsykiatrisen mielenterveyspalvelujärjestelmän alueen seuraavasti;

Forensic mental health services are provided for a) individuals with a mental disorder (including neurodevelopmental disorders) who b) pose, or have have posed, risks to others and c) where that risk is usually related to their mental disorder.

Oikeuspsykiatrista potilasta vastaavia englanninkielisiä termejä ovat muun muassa ”forensic psychiatric patient”, ”mentally ill offender” sekä ”patient with a forensic history” (Rowaert 2018), joka voidaan lisäksi tarkentaa henkilöksi ”not guilty by reason of insanity” (Warburton 2015).

Oikeuspsykiatriset potilaat ovat eri ryhmä kuin vankiterveydenhuollon psykiatrisissa vankisairaaloissa (Turun tai Vantaan psykiatrinen vankisairaala) psykkisen häiriön vuoksi hoidossa olevat potilaat. Nämä ovat vankeinhoidon piirissä olevia tutkinta-, sakko- tai vankeusvankeja, ja heidän hoitoaikansa psykiatrisessa vankisairaalassa on keskimäärin 4–5 viikkoa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014). Mielenterveyden häiriöt, persoonallisuushäiriöt ja päihderiippuvuus ovat vangeilla hyvin yleisiä. (Blaauw, Roesch & Kerckhof 2000; Joukamaa ym. 2010.)

Ennen syytteenalaista tekoa ja oikeuspsykiatriseen hoitoon joutumistaan oikeuspsykiatrisella potilaalla on tyypillisesti ollut jo keskimäärin 7–8 hoitajaksoa, jotka ovat olleet muiden psykiatristen potilaiden hoitajaksoja pidempiä (Hodgins ym. 2007a). Arviolta jopa kolmeneljäsosaa oikeuspsykiatrisista potilaista on ollut psykiatrisessa hoidossa ennen rikostaan, ja 40 % oikeuspsykiatrista potilaista on tehnyt rikoksia ennen ensimmäistä psykiatrista hoitoaan (Hodgins & Müller-Isberner 2004). Verrattuna muihin psykiatrisiin potilaisiin oikeuspsykiatrisilla potilailla on lisäksi enemmän opintojen keskeyttämisä ja antisosiaalista käytöstä (Hodgins ym. 2007a; Kivimies, Repo-Tiihonen & Tiihonen 2012) sekä syrjäytymistä ja alkoholin käyttöä lapsuusajanperheessään (Hodgins, Tiihonen & Ross 2005).

2.2.2 Oikeuspsykiatrisen potilaan sairastavuus

Skitsofrenia

Valtaosa oikeuspsykiatrisista potilaista, noin 80–90 prosenttia, sairastaa skitsofreniaa (Paavola & Tiihonen 2010; Tenkanen, Tiihonen, Repo-Tiihonen & Kinnunen 2011). Skitsofrenia on vakava, monimuotoinen psyykinen sairaus, jonka oireet voidaan jakaa ilmaantumisjärjestyksessä ennakko-oireisiin, akuuttivaiheen oireisiin sekä jälkioireisiin. Sairauden akuutissa vaiheessa yleisimpiä ovat positiiviset oireet ja jälkivaiheessa puolestaan negatiiviset oireet. Tautiluokituksen ICD-10 (WHO 1992) mukaisia skitsofrenian positiivisia eli psykoottisia oireita ovat muun muassa aistiharhat, harhaluulot sekä puheen ja käyttäytymisen hajanaisuus. Negatiivisia oireita ovat tunteiden latistuminen, puheen köyhtyminen, tahdottomuus, kyvyttömyys tuntee mielihyvää, vetäytyminen ihmissuhteista ja sosiaalisten kontaktien puute. Lisäksi skitsofreniapotilailla esiintyy kognitiivisia puutosoireita, ahdistus- ja mielialahäiriöoireita sekä itsetuhoisuutta. (Käypä hoito Skitsofrenia 2015.)

Päihdehäiriöt

Alkoholin käyttö on yleistä skitsofreniapotilailla, ja kansainvälisten tutkimusten mukaan arviolta joka viides skitsofreniapotilas kärsii elämänsä aikana alkoholiongelmasta (Koskinen, Löhönen, Koponen, Isohanni & Miettunen 2009). Räsänen ym. (1998) tekemän kotimaisen rekisteritutkimuksen mukaan alkoholin käyttö lisää rikoksen uusimiskärsiä. Koskisen ym. (2010) meta-analyysin mukaan arviolta joka neljäs skitsofreniapotilas on kannabiksen väärinkäyttäjäksi, ja kannabiksen käyttö on muita yleisempää varsinkin nuorten, ensi kertaa psykoosiin sairastuneiden miesten keskuudessa. Kivimiehen, Repo-Tiihosen ja Tiihosen (2012) tutkimuksesta ilmenee, että kannabiksen, amfetamiinin ja opioidien käyttö voi suurentaa psykoosipotilaan riskiä joutua myöhemmin oikeuspsykiatriseen hoitoon.

Skitsofreniapotilaan päihteenkäyttö saattaa heikentää hoidon tehoa sekä myötävaikuttaa muuhun sairastavuuteen ja kuolleisuuteen (Volkow 2009). Volkowin (2009) tutkimuksen mukaan päihteenkäyttö, muun muassa kokaiini, metamfetamiini ja marihuana, saattavat laukaista akuutteja psykoosijaksoja, ja jopa miedommilla päihteillä, kuten nikotiinilla ja kannabiksella, voi olla haitallisia vaikutuksia skitsofreniaan. Suomalaisissa aineistoissa päihdeongelmaisten skitsofreenikkojen osuudet ovat olleet hieman pienempiä kuin kansainvälisissä aineistoissa (Käypä hoito Skitsofrenia 2015).

Ahdistus- ja masennusoireet

Ahdistus- ja masennusoireet ovat yleisiä skitsofreniapotilailla (Käypä hoito Skitsofrenia 2015). Noin puolet skitsofreniapotilaista kärsii samanaikaisista masennusoireista, noin 15 % paniikkihäiriöstä, kolmasosa posttraumaattisesta stressireaktiosta ja neljäsosa pakko-oireisesta häiriöstä. (Buckley, Miller, Lehrer & Castle 2009.) Temminghin ja Steinin

(2015) tutkimuksen mukaan skitsofreniapotilaat kärsivät erityisesti sosiaalisiin tilanteisiin liittyvästä ahdistuksesta.

Persoonallisuushäiriöt

Erilaiset persoonallisuushäiriöt, muun muassa antisosiaalinen persoonallisuushäiriö, ovat yleisiä ja saattavat heikentää hoidon tuloksia (De Brito, Viding, Kumari, Blackwood & Hodgins 2013; Newbury-Helps, Feigenbaum & Fonagy 2017). Putkosen (2007) väitöskirjatutkimuksessa tarkasteltiin psyykkisesti sairaiden henkirikollisten ja henkirikoksen yrittäjien kolmea diagnostisesti eroavaa kategoriaa. Heillä todettiin päihdeongelmia (substance use disorder eli SUD), antisosiaalista persoonallisuushäiriötä (antisocial personality disorder eli APD) sekä epävakaata persoonallisuushäiriötä, käytöshäiriötä ja psykoottisia häiriötä (major mental disorder eli MMD). Kansallisesti edustavassa 90 henkilön otoksessa 47 %:lla todettiin kolmoishäiriö (MMD+APD+SUD), 27 % kaksoishäiriö (MMD+SUD) ja 26 %:lla pelkkä mielisairaus eli siis yksöishäiriö. Tutkimuksen mukaan kolmoishäiriöiset henkilöt surmasivat useammin päihtyneinä riidan tai tappelun yhteydessä ei-sukulaisen kuin yksöishäiriöiset, joiden rikokset liittyivät useimmiten harhaluuloihin ja kohdistuivat sukulaisiin (Putkonen 2007).

Muut häiriöt

Oikeuspsykiatristen potilaiden muita diagnooseja ovat muun muassa skitsoaffektiivinen häiriö, antisosiaalinen persoonallisuushäiriö, muut persoonallisuushäiriöt (Paavola & Tiihonen 2010), harhaluuloisuushäiriö ja aivo-orgaaniset syyt, kuten aivovammojen jälkitilat, sekä päihteiden aiheuttamat muutokset. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005.)

Monihäiriöisyys

Psykiatrinen tai somaattinen monihäiriöisyys, päihderiippuvuus (Kivimies, Repo-Tiihonen & Tiihonen 2012), korkea kuolleisuus (Ojansuu, Putkonen & Tiihonen 2015) sekä sosiaalinen syrjäytyminen (Persson, Belfrage & Kristiansson 2017) ovat tyypillisiä oikeuspsykiatrisille potilaille. Skitsofreniapotilaiden kuolleisuus on normaaliväestöön verrattuna 2–3-kertainen, ja skitsofreniapotilailla itsemurhien yleisyys on normaaliväestöön verrattuna 13-kertainen (Käypä hoito Skitsofrenia 2015). Fazelin, Wolfin, Fimińskan ja Larssonin (2016) tutkimuksen mukaan sairaalasta uloskirjoitettujen oikeuspsykiatristen potilaiden korkea ja ennenaikainen kuolleisuus voi osaltaan selittyä päihteiden käytöllä.

Somaattinen sairastavuus

Skitsofreniaa sairastavilla on usein monia samanaikaisia fyysisiä sairauksia, ja heidän odotettavissa oleva elinikänsä on muuta väestöä 11–23 vuotta lyhyempi (Eskelinen 2017). Skitsofreniapotilailla esiintyy runsaasti sydän- ja verisuonitauteja, aineenvaihduntasairauksia

ja metabolista oireyhtymää, minkä lisäksi osa psykoosilääkkeistä voi aiheuttaa painonnousua (Käypä hoito Skitsofrenia 2015). Eskelisen (2017) tutkimukseen osallistuneilla 275 potilaalla oli käytössä keskimäärin 3,3 erilaista somaattista lääkitystä ja lähes puolet potilaista raportoi päivittäin haittaavia fyysisiä oireita.

Toimintakyky

Potilaiden yleistä toimintakyvyn tasoa voidaan mitata klinikon tekemällä niin sanotulla GAF-arviolla (Global Assessment of Functioning), joka arvioidaan suhteessa henkilön psykologiseen, sosiaaliseen ja ammatilliseen toimintakykyyn (Kansaneläkelaitos 2017). Arviossa ei oteta huomioon ympäristöön liittyviä toimintakykyä rajoittavia tekijöitä. GAF arvioidaan nykyhetken heikoimman tason mukaiseksi. (Kansaneläkelaitos 2017.) Oikeuspsykiatrisen potilaan toimintakyky on GAF-arviolla mitattuna usein huomattavasti heikentynyt. Vuonna 2016 noin 80 % Niuvanniemen sairaalan potilaista sijoittui GAF-arviossa alimman hoitoisuuden ryhmiin 1–10 tai 11–20. Arvio 1–10 tarkoittaa, että henkilö on jatkuvasti vaarallinen itselleen tai muille tai kyvytön huolehtimaan hygieniastaan tai hänellä on itsemurhayrityksiä. Arvio 11–20 tarkoittaa, että henkilö on jonkin verran vaarallinen itselleen tai muille tai ajoittain ei huolehdi hygieniastaan tai kommunikointi on hyvin vakavasti huonontunut. (Niuvanniemen sairaala 2016.)

2.3 Oikeuspsykiatrisen potilaan perhetilanne

Tilastokeskuksen (2015) mukaan perheen muodostavat yhdessä asuvat avio- tai avoliitossa olevat tai parisuhteensa rekisteröineet henkilöt ja heidän lapsensa, jompikumpi vanhemmista lapsineen tai avio- ja avopuolisot sekä parisuhteensa rekisteröineet henkilöt, joilla ei ole lapsia. Perheen käsitettä on kuitenkin laajennettu viime vuosina. Perheenjäsen voidaan laajasti ottaen määritellä keneksi tahansa tärkeäksi henkilöksi ihmisen elämässä, jos tämä näin itse haluaa (McNeil 2013). Psykkisesti oireilevan henkilön sairaus koskettaa koko perhettä ja voi aiheuttaa stressiä, kaaoksen tunnetta ja heikentää elämänlaatua (Zauszniewski, Bekhet & Suresky 2010; Radfar, Ahmadi & Fallahi Knoshknab 2014). Oikeuspsykiatristen potilaiden läheiset kokevat suurempaa stressiä kuin ei-oikeuspsykiatristen potilaiden läheiset, koska he joutuvat tekemisiin terveydenhuoltojärjestelmän lisäksi myös oikeuslaitoksen kanssa (Absalom-Hornby ym. 2011a; Rowaert ym. 2016).

Kuormitusta lisäävät myös väkivaltateko, kaksoisstigma eli sairauden ja rikollisuuden ja mahdollisen vaarallisuuden yhtäaikaisuus sekä perhesuhteiden hajoaminen (Rowaert ym. 2016). Psykkisesti sairaan henkilön diagnosoiminen skitsofreniaa sairastavaksi on koettu raskaaksi (McAuliffe, O'Connor & Meagher 2014). Oikeuspsykiatriseen potilaaseen liitetty stigma voi lisätä läheisten kokemaa ahdistusta sekä häpeän ja syyllisyyden tunteita (Tsang, Pearson & Yuen 2002; Chang & Horrocks 2006; Mezey, Kavuma, Turton, Demetriou & Wright 2010; West, Vayshenker, Rotter & Yanos 2015). Lisäksi oikeuspsy-

kiatristen potilaiden läheiset saattavat kokea ympäristön suhtautuvan heihin vihamielisesti, mikä saattaa aiheuttaa sosiaalisista kontakteista vetäytymistä ja ympäristön välttelyä (Rowaert 2018).

Oikeuspsykiatristen potilaiden läheiset ovat raportoineet omista kokemuksistaan väkivallan uhreina, toivottomuuden ja avuttomuuden tunteistaan (MacInnes & Watson 2002; Hsu & Tu 2013) sekä monenlaisista rooleista ja vastuusta (Kontio, Lantta, Anttila, Kauppi & Välimäki 2017). Lisäksi läheiset ovat kertoneet kokeneensa syyllisyyden tunteita, pelkoa, masennusta ja hämmennystä, joiden on arvioitu lieventyneen samoin kuin itseluottamuksen kasvaneen adekvaatin tuen myötä (Ferriter & Huband 2003). Psykiatristen potilaiden läheiset ovat lisäksi toivoneet terveydenhuoltojärjestelmältä nykyistä sujuvampaa tiedonkulkua, tiiviimpää kontaktia (Ewertzon, Lützn, Svensson & Andershed 2010), psykoedukaatiota (Pearson & Tsang 2004) sekä toivon ylläpitämistä (Nordström, Kullgren & Dahlgren 2006).

Årestedt, Persson ja Benzein (2014) kuvaavat, että perhe, joka elää kroonisen sairauden kanssa, prosessoi ja luo itse oman kontekstinsa sairauden kanssa elämislleen. Perhe myös kehittää omat selviytymiskeinonsa jokapäiväiselle elämälleen. Huolimatta traumaattisista ja raskaista kokemuksistaan muuttuneessa elämäntilanteessaan psyykkisesti sairastavan henkilön läheiset ovat kuvanneet hyväksyvänsä uuden roolinsa huolehtivana, välittävänä ja velvollisuudentuntoisena omaisena (McAuliffe, O'Connor & Meagher 2014). Tässä tutkimuksessa puhutaan oikeuspsykiatristen potilaiden vanhemmista, koska kaikki haastatellut läheiset olivat vanhempia,isiä ja äitejä.

2.4 Oikeuspsykiatrinen hoito

2.4.1 Oikeuspsykiatrinen hoitojärjestelmä kansainvälisesti

Huolimatta EU:n edistämästä suuntauksesta yhtenäistää mielenterveyden hoitojärjestelmiä ja lainsäädäntöä psyykkisistä ongelmista kärsivien rikoksenteekijöiden rikosoikeudellinen vastuu, hoitoonohjaus, hoitojärjestelmä ja hoitokäytännöt vaihtelevat huomattavasti eri EU-jäsenvaltioissa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005; Dressing & Salize 2006; Edworthy, Sampson & Völm 2016). Erot eri maiden välillä ovat syntyneet erilaisista historiallisista, lainsäädännöllisistä sekä hoitojärjestelmällisistä syistä (Nedopil 2009). Eri tahot, erityisesti EAP eli European Association of Psychiatrists sekä niin sanottu Ghent Group, ovat pyrkineet kehittämään ja harmonisoimaan oikeuspsykiatrian alan koulutusta hoitojärjestelmien eroavaisuuksien ymmärryksen ja tietämyksen lisäämisen kautta (Nedopil 2009; Nedopil, Taylor & Gunn 2015). Suomessa oikeuspsykiatriassa hoidetaan maailmanlaajuisesti vertailtuna suppeaa ja heterogeenista psykoosidiagnoosipotilaiden ryhmää (Louheranta, Keskitalo & Salolahti 2017). Suomi kuuluu niihin maihin, joissa psykoosia sairastavat rikoksenteekijät määrätään oikeuspsykiatriseen hoitoon, kun taas muista psykiatrisista häiriöistä kärsivät sijoitetaan vankilaan. Esimerkiksi Ruotsissa oikeus voi määrätä oikeuspsykiatri-

seen hoitoon vaikeasta persoonallisuushäiriöstä kärsivän henkilön, jonka sairauteen liittyy psykoottisia episodeja. Englannissa ja Walesissa ennen tuomioistuimen päätöstä määrätä tuomittu sairaalahoitoon täytyy kahden lääkärin tutkia potilas ja olla yksimielisiä päädiagnoosista, jonka tulee olla mielisairaus, vaikea-asteinen kehitysvammaisuus tai psykopaattinen persoonallisuuden kehitys. Tällöin psykopaattisen persoonallisuuden häiriintyneisyyden ja kehitysvammaisuuden kohdalla sairaalahoidon arvioidaan helpottavan tai estävän tilan huononemista. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2005.)

Yksitoista länsimaista Euroopan maata kattanut tutkimus, jossa analysoitiin mielen-terveyspalveluja vuosina 1990–2012, tuotti tuloksen, että vaikka psykiatristen sairaaloiden sairaansijojen määrä on vähennetty kansainvälisesti, oikeuspsykiatristen potilaiden ja heidän sairaansijojensa määrä on kasvanut (Priebe ym. 2005; Chow & Priebe 2016). Syinä oikeuspsykiatristen laitospaikkojen tarpeen lisääntymiseen on arvioitu olevan muun muassa psyykkisesti oireilevien henkilöiden komorbidi päihderiippuvuus, yhteiskunnan lisääntynyt tietoisuus riskeistä (Gordon & Lindqvist 2007) sekä sosiaalisen tuen vähentyminen (Priebe ym. 2005). Toisaalta Hodginsin, Müller-Isbernerin ja Allairen (2006) mukaan ei ole näyttöä siitä, että oikeuspsykiatristen potilaan perheen antaman tuen määrällä olisi vaikutusta laitospaikkojen lisääntymiseen. Heidän mukaansa perheen luona asuminen saattaisi jopa lisätä väkivaltariskiä perheenjäsenten joutuessa väkivallan uhreiksi.

2.4.2 Oikeuspsykiatrinen hoitojärjestelmä Suomessa

Suomessa suurin osa oikeuspsykiatristista potilaista hoidetaan valtion mielisairaaloissa, joita ovat Niuvanniemen sairaala ja Vanhan Vaasan sairaala. Molemmat toimivat Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen alaisuudessa. Hoitoajat ovat tyypillisesti pitkiä. (Eronen, Seppänen & Kotilainen 2012.)

Oikeuspsykiatristen potilaan hoito

Oikeuspsykiatristen hoidon tärkeä tavoite on estää oikeuspsykiatristen potilaiden väkivallan tekojen uusiutuminen ja minimoida väkivaltariski (Hörberg, Sjögren & Dahlberg 2012). Tärkeä osa hoidon tavoitteiden saavuttamisesta on potilaan tekemän rikoksen käsittely hoitosuhteessa. Sen käsittelemättä jättäminen lisää sen uusintariskiä (Grann & Wedin 2002; Weizmann-Henelius, Sailas, Viemerö & Eronen 2002; Schneider & Wright 2004; Wright & Gudjonsson 2007). Potilaan rikoksen käsittelyllä pyritään siihen, että tämä hoidon edetessä pystyisi ottamaan vastuun tekemästään teosta sekä sairaudestaan (Schneider & Wright 2004). Erilaisten tunnetilojen, kuten häpeän ja syyllisyyden, arviointi sekä negatiivisten piirteiden tiedostaminen ovat tärkeitä vaiheita. Potilaan vihanhallintaa vaikeuttavat rikokseen liittyvä häpeä ja vian ulkoistaminen toisiin ihmisiin, kun taas adekvaattien syyllisyydentunteiden kehittyttyä vihaa on helpompi kontrolloida ja väkivallan riski pie-

nenee. (Wright, Gudjonsson & Young 2008; Gilbert & Daffern 2010; Stuewig, Tangney, Heigel, Harty & McCloskey 2010; Tangney, Stuewig & Hafez 2011.)

Rikokseen liittyvän syyllisyyden ja häpeän lisäksi oikeuspsykiatrinen potilas joutuu kohtaamaan itseensä kohdistetun ja erityisen vahvan stigman. Stigmatisoituminen heikentää hoidon tuloksia ja kuntoutumista etenkin silloin, kun potilaat kohtaavat ennakkoluuloja ja tuomitsevuutta sairaalasta poispääsyn jälkeen (Mezey, Kavuma, Turton, Demetriou & Wright 2010). Oikeuspsykiatristen potilaiden stigma aiheuttaa sosiaalista syrjintää, vieraantumista perheestä, ystävistä ja yhteisöstä sekä kokemusta tarkkailtavana ja kontrolloituna olemisesta (Williams, Moore, Adshead, McDowell & Tapp 2011). Lisäksi stigma vaikeuttaa työn ja asunnon saamista (Evans & Cubellis 2015) sekä saa potilaan kokemaan ympäristön suhtautuvan häneen epäluottamuksellisesti (Adshead, Ferrito & Bose 2015).

Riskien minimoimiseen tähtäävän ja yhteiskuntaa suojelemaan pyrkivän hoidon kannalta joudutaan oikeuspsykiatrisessa hoidossa pohtimaan ja tarkastelemaan sen kaksoisroolin aiheuttamaa dilemmaa. Henkilökunta pyrkii toimimaan potilaan parhaaksi terapeuttisesti (Robertson & Walter 2008; Mezey ym. 2010; Barnao & Ward 2015), mutta samanaikaisesti potilasta kontrolloidaan ja hänen oikeuksiaan rajoitetaan voimakkaasti lainsäädännöllisin perustein (Hörberg & Dahlberg 2015). Velvollisuudet muita tahoja kohtaan voivat olla painavampia ja perustellumpia kuin potilaan toiveet, mikä saattaa aiheuttaa henkilökunnalle ristiriitoja. O'Reillyn ym. (2016) mukaan tämä hoidon kaksoisrooli, eli potilaan terapeuttinen hoito mutta toisaalta tavoite suojella yhteiskuntaa ja minimoida riskejä, voi pidentää oikeuspsykiatrisen potilaan hoitoaikaa, mikäli toiminnan fokus on oireiden vähentämisen lisäksi potilaan kognitiivisten kykyjen sekä toimintakyvyn lisäämisessä. Oikeuspsykiatrinen hoito voidaan kokea kompleksisena, koska se on perinteisesti kustodialaista ja sisältää runsaasti rajojen asettamista ja ylläpitämistä samaan aikaan, kun hoitaja pyrkii luomaan potilaaseensa luottamuksellisen ja terapeuttisen suhteen (Jacob 2012; Hörberg 2015).

Oikeuspsykiatrisia potilaita hoidetaan tyypillisesti pitkään laitososuhteissa, joiden turvallisuuskysymyksiin on kiinnitetty erityistä huomiota potilaiden sairauden vaikeasteisuuden vuoksi (Hörberg, Sjögren & Dahlberg 2012; Kuosmanen ym. 2013). Oikeuspsykiatristen potilaiden lisäksi valtion mielisairaaloissa hoidetaan psykiatrisia potilaita, joita ei voida turvallisesti hoitaa muissa sairaaloissa vaikeahoitoisuuden tai vaarallisuuden vuoksi (Kuivalainen, Vehviläinen-Julkunen, Putkonen, Louheranta & Tiihonen 2014).

Oikeuspsykiatrinen hoito eroaa tavallisesta psykiatriasta myös siinä, että oikeuspsykiatrisessa hoitojärjestelmässä tehtävien mielentilatutkimusten lisäksi hoidossa huomioidaan rikosoikeudelliset seikat sekä arvioidaan potilaan väkivaltariskiä (McDermott, Edens, Quanbeck, Busse & Scott 2008; Tenkanen, Tiihonen, Repo-Tiihonen & Kinnunen 2011; Olsson, Strand, Kristiansen, Sjöling & Asplund 2013). Suomessa potilaan väkivaltariskiä tarkastellaan muun muassa HCR-20 (The Historical, Clinical, Risk Management -20) -arviointimittarilla, joka jakautuu historialliseen, kliiniseen ja riskien hallintaa käsitteviin osioihin (Hogan & Olver 2016). Historiallisia riskitekijöitä ovat muun muassa aikaisem-

pi väkivaltainen käytös, nuorella iällä alkanut väkivaltainen käytös, parisuhde- ja työongelmat sekä psykopatia. Kliinisiä tekijöitä ovat esimerkiksi puutteellinen sairaudentunto, negatiiviset ja epäsosiaaliset asenteet sekä oireileva mielisairaus. Tulevaisuuden riskitekijöitä arvioidessa tarkastellaan mahdollisia epärealistisia tulevaisuudensuunnitelmia, altistumista vaaratekijöille sekä puutteellista sosiaalista tukea. (Eronen, Kaltiala-Heino & Kotilainen 2007.) Toinen laajalti käytetty strukturoitu väkivaltaisuuden ja riskikäyttäytymisen arviointimenetelmä on START (The short-term assessment of risk and treatability), jonka avulla arvioidaan potilaan muihin kohdistaman väkivallan, itsensä vahingoittamisen, itsemurhan, luvattoman poistumisen, päihteidenkäytön, itsensä laiminlyönnin sekä uhriksi joutumisen riskiä (Webster, Nicholls, Martin, Desmarais & Brink 2006; O’Shea & Dickens 2014; Hogan & Olver 2016).

Oikeuspsykiatrisissa sairaaloissa, kuten muissakin psykiatrisissa sairaaloissa, käytetään hoidolle asetettujen tavoitteiden ja optimaalisen hoitotuloksen saavuttamiseksi erilaisia psykososiaalisia hoitomuotoja ja psykoedukaatioryhmiä (Vallentine, Tapp, Dudley, Wilson & Moore 2010; Aho-Mustonen 2011). Psykoedukaatiolla pyritään siihen, että potilas ymmärtää entistä paremmin sairauttaan ja näin motivoituu käyttämään lääkitystään (Aho-Mustonen 2011; Long, Fulton & Dolley 2015). Erilaisten kognitiivisia taitoja harjoittavien ja niitä ylläpitävien harjoitusohjelmien on todettu olevan tehokkaita (Cullen, Clarke, Kuipers, Hodgins, Dean & Fahy 2012). Kognitiivisista hoitomalleista erityisesti CRT eli cognitive remediation therapy, suomeksi kognitiivinen remediaatioterapia, tähtää neurokognitiivisten puutteiden vähentämiseen auttamalla potilaita kehittämään kognitiivisia taitojaan sekä strategioitaan ongelmanratkaisutilanteisiin (Day, Kozar & Davey 2013; Ahmed ym. 2015; O’Reilly ym. 2016). Perhekeskeistä työskentelyä (McNeil 2013; Kontio ym. 2017) ja kokemusasiantuntijatoimintaa (Crocker ym. 2015) kehitetään psykiatrisilla osastoilla.

Tutkimusten (Fitzgerald 2011; Kottorp, Heuchemer, Lie & Gumpert 2013) mukaan oikeuspsykiatriset potilaat eivät välttämättä tunnista tai tiedosta toimintakykynsä huomattavaa heikentymistä, minkä lisäksi he saattavat kärsiä motivaation puutteesta, huonosta itsetunnosta sekä sosiaalisesta eristäytyneisyydestä. Toimintaterapian keinoin voidaan ylläpitää ja harjaannuttaa oikeuspsykiatrisessa hoidossa olevien potilaiden ADL-taitoja (activities of daily living) eli päivittäisiä toimintoja, ja varsinkin potilaan siirtyessä pois sairaalasta toimintaterapeuttisen tuen rooli on tärkeä (Kottorp, Heuchemer, Lie & Gumpert 2013). Lisäksi oikeuspsykiatrisilla osastoilla käytetään erilaisia aggressiivisen käyttäytymisen hallintaohjelmia (Mason, Coyle & Lovell 2008) sekä ryhmämuotoisia päihde- ja muiden riippuvuuksien hoito- ja kuntoutustapoja (Durbeej, Palmstierna, Berman, Kristiansson & Gumpert 2014). Vaikutusmahdollisuudet, toimiva kommunikaatio, molemminpuolinen luottamus ja vastuunotto lisäävät oikeuspsykiatrisen potilaan osallisuutta hoitoonsa sekä hoidon suunnitteluun osallistumista (Selvin, Almqvist, Kjellin & Schröder 2016).

Oikeuspsykiatrisen potilaan hoidon perhenäkökulma

Perhekeskeiseen hoitotyöhön ja perhenäkökulmaan psykiatrisessa hoidossa on alettu viime vuosina kiinnittää yhä enemmän huomiota (Chang & Horrocks 2006; McNeil 2013). Läheisen mukanaolo hoidossa ja osallistuminen siihen edistävät psyykkisesti oireilevan omaisen kuntoutumista ja vähentävät perheen kokemaa taakkaa (Ewertzon, Lützn, Svensson & Andershed 2010; Giacco, Dirik, Kaselionyte & Priebe 2017). Tutkimusten (Pearson & Tsang 2004; Ewertzon ym. 2010; Weimand, Hedelin, Hall-Lord & Sällström 2011; Rowaert, Vandeveld, Lemmens & Audenaert 2017) mukaan psykiatristen potilaiden läheiset ovat kokeneet terveydenhuoltojärjestelmän suhtautuvan negatiivisesti yhteistyöhön ja kertoneet sen olleen vähäistä. Oikeuspsykiatristen potilaiden perheet ovat kuvanneet olevansa surullisia ja pettyneitä siitä, että heidän omaisensa ei ole saanut adekvaattia ja tarpeeksi tukevaa hoitoa ennen rikostaan (Rowaert ym. 2017). Rowaertin ym. (2017) tekemän tutkimuksen mukaan oikeuspsykiatrisen potilaan eristäminen yhteiskunnasta laitokseen lisää myös perheen kokemaa stigmaa sekä aiheuttaa häpeää ja syrjintää.

Keoghin ym. (2017) tutkimuksen mukaan psykiatrian henkilökunta tarvitsisi lisää koulutusta psykiatrisen potilaan perheen kohtaamiseen, jotta se voisi vähentää perheen kokemaa stressiä, työskennellä perheiden tukena sekä ymmärtää perheen merkityksen ja arvot. MacInnes ja Watson (2002) toteavat, että oikeuspsykiatriset potilaat ovat saattaneet kohdella vanhempiaan väkivaltaisesti pitkiäkin aikoja, ennen kuin terveydenhuoltojärjestelmä on tiedostanut asian. Lapsensa taholta väkivaltaa kokeneen tai lähipiirissään väkivaltaa todistaneen vanhemman tilanne voi olla ambivalentti ja suhtautuminen lapseensa ristiriitainen, mikä saattaa myöhemmin komplisoida yhteistyötä oikeuspsykiatrisen hoitotahon kanssa (Canning, O'Reilly, Wressell, Cannon & Walker 2009). Canningin ym. (2009) tekemän tutkimuksen mukaan oikeuspsykiatristen potilaiden läheiset tarvitsevat monipuolista tukea, kuten lainsäädännöllistä tietoa, sosiaalista ja vertaistukea sekä säännöllisiä omaisten tapaamisia.

Oikeuspsykiatrista hoitoa määrittelevä lainsäädäntö ja pakkotoimien toteutus

Suomessa psykiatrista hoitoa ohjaavia lakeja ja asetuksia ovat muun muassa Suomen perustuslaki 731/1999, Mielenterveyslaki 1116/1990, Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, joiden lisäksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen oikeuspsykiatrian toimintakokonaisuuteen liittyvää lainsäädäntöä ovat esimerkiksi Oikeudenkäymiskaari 4/1734 ja Rikoslaki 39/1889 (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016b).

Oikeuspsykiatrisilla, kuten muillakin psykiatrisilla osastoilla, voidaan joutua joissakin tapauksissa rajoittamaan potilaan itsemääräämisoikeutta. Näitä tilanteita ovat muun muassa potilaan liikkumisvapauden rajoittaminen, hoidollinen kiinnipitäminen, eristäminen ja sitominen, omaisuuden haltuunotto, omaisuuden ja lähetysten tarkastaminen sekä yhteydenpidon rajoittaminen (Kontio, Joutsenniemi, Hottinen & Paavilainen 2015). Näiden toimenpiteiden ja rajoitteiden kirjaamisen avulla tallennetaan kaikki merkityksellinen

tieto, minkä tavoitteena on juridisten vaatimusten toteutuminen sekä potilaan ja henkilökunnan oikeusturvan takaaminen (Kontio, Joutsenniemi, Hottinen & Paavilainen 2015).

Potilaan aggressiivisuuden ja itsetuhoisuuden vuoksi henkilökunta voi joutua toteuttamaan mielenterveyslain mukaisia pakkotoimia, jotka potilaat voivat kokea rangaistuksina (Keski-Valkama, Koivisto, Eronen & Kaltiala-Heino 2010; Haw, Stubbs, Bickle & Stewart 2011; Hui, Middleton & Völlm 2013). Suomessa tällaisia pakkotoimia ovat muun muassa potilaan eristäminen, joka voi tarkoittaa potilaan sijoittamista suljettuun eristyshuoneeseen (Kuosmanen, Makkonen, Lehtilä & Salminen 2015), tai sitominen lepositeisiin suljettussa eristyshuoneessa. Sidottu potilas asetetaan selin makuulle ja kiinnitetään lepositeillä vuoteeseen ranteista, nilkoista ja vyötäröstä. (Kontio, Joutsenniemi, Hottinen & Paavilainen 2015.) Eristämispäätöksen tekee lääkäri ja eristys puretaan heti, kun se ei enää ole välttämätöntä. Sidotun potilaan vierellä on aina hoitaja näkö- ja kuuloetäisyydellä potilaasta.

Psykiatriset potilaat ovat kokeneet pakkotoimien käytön negatiivisena (Kuosmanen, Hätönen, Jyrkinen, Katajisto & Välimäki 2006), hoitotytyväisyyttä vähentävänä (Katsakou ym. 2010) sekä tarpeettomana tai perusteettomana (Soininen, Välimäki, Noda, Puukka, Korkeila, Joffe & Putkonen 2013). Psykiatriset potilaat ovat lisäksi raportoineet, etteivät koe tullessa kuulluiksi pakkotoimenpiteistä päätettäessä tai niitä toteutettaessa (Kontio, Joffe, Putkonen, Kuosmanen, Hane, Holi & Välimäki 2012). Potilaiden on ollut vaikea ymmärtää eristämisen syitä, ja he ovat kokeneet itsensä hylätyiksi (Holmes, Murray & Knack 2015). Soinisen (2014) väitöskirjatutkimuksen mukaan oikeuspsykiatriset potilaat ovat tyytymättömiä erityisesti heihin kohdistettuihin pakkotoimiin kuten eristämisiin ja sitomisiin. Tutkimusten (Gelkopf, Roffe, Behrbalk & Bleich 2009; Holmes, Murray & Knack 2015) mukaan myös psykiatrinen hoitohenkilökunta kokee pakkotoimien käytön raskaana ja negatiivisena.

Pakkotoimia koskeva lainsäädäntö ja toimintatavat vaihtelevat huomattavasti eri maissa (Raboch ym. 2010). Euroopan sisällä Saksassa ja Kreikassa käytetään lepositeitä keskimääräistä enemmän, kun taas Englannissa potilaita ei sidota ollenkaan psykiatrisissa sairaaloissa (Raboch ym. 2010). Pakkotoimien toteutusta pidetään eettisenä dilemma, koska näissä tilanteissa puututaan potilaan henkilökohtaiseen koskemattomuuteen ja itsemääräämisoikeuteen, minkä lisäksi potilas voi kokea pakkokeinot traumatisoivina (Kontio, Välimäki, Putkonen, Kuosmanen, Scott & Joffe 2010). Pakkotoimien turvalliseen vähentämiseen on kiinnitetty erityistä huomiota, ja erilaisia vaihtoehtoisia menetelmiä sitomiselle ja eristämislle on kehitetty Suomessa, kuten myös muualla maailmassa (Kontio 2011; Putkonen, Kuivalainen, Louheranta, Repo-Tiihonen, Ryyänen, Kautiainen & Tiihonen 2013; Soininen 2014).

Oikeuspsykiatrisen hoidon päätyminen

Oikeuspsykiatrisessa hoidossa arvioidaan potilaan väkivaltaisen toiminnan riskin lisäksi sitä, milloin potilas voidaan turvallisesti siirtää sairaalasta valvonta-ajalle (Hörberg, Sjögren & Dahlberg 2012; Olsson, Strand, Kristiansen, Sjöling & Asplund 2013). Ennen oikeus-

psykiatrisen sairaalahoidon päättymistä henkilö voidaan päästää THL:n päätöksellä niin sanotulle valvonta-ajalle sairaanhoitopiirin toimintayksikön valvontaan. Valvontapäätös tehdään korkeintaan puoleksi vuodeksi kerrallaan, ja sen aikana tahdosta riippumattoman hoidon päätös on edelleen voimassa. (Eronen, Seppänen & Kotilainen 2012.) Valvonta-aikaesitys voidaan tehdä, kun potilaan valmiudet selviytyä avohoidossa arvioidaan riittäviksi. Oikeuspsykiatrisen potilaan hoito on valvonta-ajallakin tahdosta riippumattomaa, ja hoidosta vastaava sairaala laatii valvonta-aikaesityksen. Valvonta-ajalla ollessaan potilas palaa sairaalaan vähintään puolivuositain, jolloin päätetään tahdosta riippumattoman hoidon jatkamisesta tai sen päättymisestä. Tarvittaessa voidaan esittää uutta valvonta-aikaa. (Rautanen, Brotherus, Soukkanen, Niinistö & Ahlgrén-Rimpiläinen 2015.)

On suositeltavaa, että potilas harjoittelee avohoitoon siirtymistä sairaalan ulkopuolella. Valvonta-ajalla potilas asuu avohoidon palveluissa, joissa on riittävät mahdollisuudet tukea ja avustaa arkisissa toiminnoissa, seurata vointia sekä tarvittaessa valmius reagoida terveydentilan muutoksiin. Kun tahdosta riippumattoman hoidon edellytykset eivät enää täyty, hoidon lopettamisesta tehty päätös (M3) alistetaan THL:lle, joka joko vahvistaa päätöksen tai määrää potilaan edelleen hoitoon, mikäli kuntoutuminen on edelleen kesken. (Rautanen, Brotherus, Soukkanen, Niinistö & Ahlgrén-Rimpiläinen 2015.)

Ennuste

Aikaisempien, 1980-luvun lopulta alkaen julkaistujen, tutkimusten mukaan oikeuspsykiatriset potilaat ovat olleet erityisen alttiita syyllistymään uusiin väkivaltarikoksiin nimenomaan pian sairaalasta pääsyn jälkeen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005). Kansainvälinen oikeuspsykiatrisen niin sanottu after care -projekti, Väkivaltaisuuksien ja rikollisuuden ehkäisyä koskeva psykiatristen potilaiden vertailututkimus, oli käynnissä vuodesta 1998 vuoteen 2008 Suomessa, Kanadassa, Saksassa ja Ruotsissa. Projektin tarkoituksena oli tutkia ja verrata rikoksen uusimiseen, aggressiiviseen käytökseen, laittomien huumeiden käyttöön sekä sairauden uusiutumiseen liittyviä tekijöitä (Hodgins ym. 2007b). Projektissa tutkittiin 248 miespotilasta (150 oikeuspsykiatrista ja 98 niin sanottua yleispsykiatrista potilasta), joita arvioitiin sairaalahoidon jälkeen kahden vuoden ajan, ja heitä tavattiin neljä kertaa (Hodgins, Tiihonen & Ross 2005; Michel ym. 2013). After care -projektin tulokset osoittivat, että korkean väkivaltariskin potilaiden hoitotulokset oikeuspsykiatrisen hoidon jälkeen olivat hyviä ja että heidän psyykkisten oireidensa määrä sekä väkivaltariskinsä pysyivät matalina. Aikaisempaa vähäisemmästä oireiden määrästä huolimatta osa oikeuspsykiatrisista potilaista joutui palaamaan sairaalahoitoon, joskin asiaan saattoi vaikuttaa oireiden tiivis seuranta ja nopea reagointi. (Hodgins ym. 2007a.)

Osalle varsinkin pitkäaikaisesti hoidetuista oikeuspsykiatrisista potilaista on tyypillistä moniongelmaisuus, puutteellinen vaste hoidolle sekä korkea rikoksen uusimiskahva (Schel, Bouman & Bulten 2015). Rikoksen uusintariskiä ja oikeuspsykiatrisen hoitoon uudestaan joutumista lisäävät tutkimusten (Krona ym. 2017) mukaan päihteiden käyttö, matala koulutustaso ja toimintakyky sekä nuorena tehty ensirikos.

Sairaalasta uloskirjoitettujen oikeuspsykiatristen potilaiden kuolleisuus on korkeata ja ennen aikaista, mikä saattaa osaltaan selittyä runsaan päihteiden käytön kautta (Fazel, Wolf, Fimińska & Larsson 2016). Oikeuspsykiatrisesta hoidosta poistettujen potilaiden kuolleisuusluvut voivat olla korkeita myös epäterveellisen elämäntavan ja huonon fyysisen kunnon vuoksi (Fazel, Fimińska, Cocks & Coid 2016). Tiuhosen ym. (2017) laajan kohorttitutkimuksen mukaan pitkävaikutteisina injektioina annetut psykoosilääkkeet sekä klot-sapiinilääkitys vähentävät skitsofreniapotilaan laitostumista ja hoidon epäonnistumisia, kuten itsemurhayrityksiä, lääkityksen keskeytymisiä tai vaihdoksia sekä potilaan kuolemia.

Osa oikeuspsykiatrisista potilaista laitostuu ja suhtautuu ahdistuneesti sairaalasta pois siirtymiseen (Dutta, Majid & Völlm 2016). Skitsofreniaa sairastavat oikeuspsykiatristet potilaat voivat laitostua vuosiksi sairaalaan hoitoajan pidentyessä vaikeiden psykoosioireiden, aggressiivisuuden, puutteellisen lääkevasteen tai sairaudentunnon puutteen vuoksi (Aho-Mustonen 2011). Kaikkien pitkäaikaisesti hoidossa olevien oikeuspsykiatristen potilaiden kohdalla ei välttämättä tähdätä enää yhteiskuntaan paluuseen ja riskien vähentämiseen, vaan ennemminkin toimivaan lääkehoitoon, hoitomyöntyvyyteen sekä elämänlaadun parantamiseen (Schel, Bouman & Bulten 2015).

2.5 Yhteenveto tutkimuksen lähtökohdista

Potilaan oikeuspsykiatriseen hoitoon johtaneiden syiden ennakointi ja varhainen puuttuminen niihin on tärkeää. Potilaan sairauden vaikea-asteisuus ja kyvyttömyys ymmärtää syy-seuraussuhteita sekä tekojen seurauksia luovat riskin yhteiskunnalle ja varsinkin potilaalle itselleen. Oikeuspsykiatrinen potilas on saattanut ennen rikostaan oireilla jo pitkään sekä ajelehtia terveydenhuollon ja sosiaalitoimen välillä vuosia ilman, että kukaan on saanut otetta hänestä (Kivimies, Repo-Tiihonen, Kautiainen & Tiihonen 2014).

Potilaan tekemä rikos vaikuttaa oikeuspsykiatrisen potilaan ja hänen vanhempiansa sekä ympäristönsä elämään ja tulevaisuuteen merkittävästi, ehkä jopa dramaattisesti. Yhtenäiset hoitolinjat rikoksen käsittelyssä ja kuntoutustavoitteissa puuttuvat oikeuspsykiatrisesta hoitojärjestelmästä. Yhteisten hoitolinjojen puuttumisen myötä hoidon laatua on vaikea mitata ja se voi vaihdella. Tämän seurauksena potilaat saattavat saada erilaista ja eritasoista hoitoa riippuen siitä, missä heitä hoidetaan, ja tästä seuraa, että heidän valmiutensa yhteiskuntaan palaamisessa ja siellä selviytymisessä voivat vaihdella suuresti. Oikeuspsykiatristen potilaiden vanhempien kokemuksia siitä, miten heidän lapsensa tekemä rikos vaikuttaa heidän elämäänsä, ei ole juurikaan tutkittu. Useat oikeuspsykiatrian tutkimukset kuvaavatkin oikeuspsykiatrisen potilaan kuntoutumista estäviä tekijöitä sen sijaan, että saatavilla olisi tutkimuksia, jotka kuvaisivat potilaan kuntoutumista edistäviä tekijöitä ja voimavaroja (Aga, Vander Laenen, Vandeveldel, Vermeesch & Vanderplasschen 2017). Tiedon aukkoja on siis runsaasti.

Rikoksen työstämisen ja käsittelyn tutkiminen ovat tärkeitä asioita yhteiskunnallisesti, jotta hoitojärjestelmä pystyisi nykyistä aikaisemmassa vaiheessa vastaamaan oikeuspsykiat-

risen potilaan moniongelmaisuu­den ja vaikeahoitoisuuden luomiin haasteisiin. Aiheen yhteiskunnallista merkitystä lisää oikeuspsykiat­riaan liitetty ”mediaherkkyys”, toisin sanoen se, että median oikeuspsykiat­riisiin potilaisiin liittämä kiinnostus tai keskustelu on usein stigmatisoivaa ja huomionhakuista (Nedopil 2009; McGinty, Webster & Barry 2013). Aihe on merkittävä myös potilaiden uusintarikollisuuden vähentämiseksi. Tutkimusta tarvitaan, jotta oikeuspsykiat­rista potilasta voidaan sairaalasta poistamisen jälkeen tukea niin, että hän selviytyy siviilissä ja että rikoksen uusintariski pysyy matalana. Hoitotieteessä aihe on tarpeellinen, koska hoitoajat ovat pitkiä ja omahoitajuus oikeuspsykiat­risen potilaan kanssa on haasteellista ja erittäin vastuullista.

Oikeuspsykiat­riseen hoitoon määrääminen on yksi suurimmista ihmisen elämään vaikuttavista asioista, jonka yhteiskunta voi päättää yksilön puolesta (Hörberg 2015). Oikeuspsykiat­risten potilaiden hoito on edelleen perinteisesti kustodiaalista, vaikka sen painopistettä siirretään yhä enemmän kohti avohoitoa muiden ihmisten kes­kelle. Oikeuspsykiat­risten potilaiden perheet ovat raportoineet kokeneensa stressiä joutuessaan asioimaan oikeuslaitoksen kanssa potilaan sairauden aiheuttaman stressin lisäksi. Oikeuspsykiat­risilla potilailla ja heidän vanhemmillaan on erityisiä tarpeita, joita on syytä tutkia ja huomioida hoitoa suunniteltaessa. Oikeuspsykiat­riset potilaat eroavat muista psykiat­risista potilaista rikoksensa vuoksi, ja teko herättää vahvoja tunteita, pelkoa, ennakkoluuloja ja epäluottamusta. Koska tiedon aukkoja ja kehittämistarpeita on runsaasti, on oikeuspsykiat­risen potilaan ja hänen vanhempiansa inhimillistä kärsimystä vähentämään pyrkivä hoitotieteellinen tutkimus perusteltua ja välttämätöntä.

Hoitotiede on kiinnostunut potilaiden elämästä omakohtaisena kokemuksena, ja sen tavoitteena on luoda uutta tietoa, jotta voitaisiin ymmärtää entistä paremmin potilaita ja heidän tilanteitaan (Hörberg 2015). Tämä tutkimus kuuluu kliiniseen hoitotieteeseen, joka tutkii oikeuspsykiat­risia potilaita ja heidän hoitoaan siinä hoitotodellisuudessa, jossa potilas elää, ja jonka tutkimus on suoraan hyödynnettävissä käytännön hoitotyöhön (Eriksson ym. 2012). Tämä tutkimus tuo hoitotieteeseen ja sen lähitieteisiin uutta tietoa siitä, kuinka oikeuspsykiat­risia potilaita, heidän vanhempiaan ja hoitohenkilökuntaa voidaan tukea sekä siitä, kuinka hoitojärjestelmää voidaan kehittää vastaamaan entistä paremmin kaikkiin tarpeisiin. On tärkeää saada tietoa oikeuspsykiat­rian toimijoilta, jotta voidaan kehittää hoidon laatua aikaisempaa yhtenäisemmäksi sekä potilas- ja perhekeskeisemmäksi, jolloin potilaan ja perheen on mahdollista saada korkeatasoista hoitoa riippumatta hoitopaikasta.

3 Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata oikeuspsykiatrisen potilaan ja hänen läheistensä elämää ja hoitoa sekä tarkastella oikeuspsykiatrisen potilaan rikoksen, josta hänet on jätetty syyntakeettomana tuomitsematta, merkitystä potilaan ja hänen vanhempiensa elämässä ja tehdä näistä kuvauksista metasynteesi.

Tutkimuksen tavoitteena on tuoda esiin alueita, joihin panostamalla ja tukea lisäämällä oikeuspsykiatrisen potilaan ja hänen läheistensä elämänhallintaa voidaan edistää. Saadulla tiedolla voidaan kehittää oikeuspsykiatrisen potilaan hoidon laatua.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten oikeuspsykiatriset potilaat kokevat rikoksen, josta heidät on jätetty syyntakeettomana tuomitsematta? (Osajulkaisu I)
2. Millaisia kokemuksia oikeuspsykiatrisilla potilailla on hoidostaan ja rikoksen käsittelystä? (Osajulkaisu II)
3. Miten vanhemmat kokevat oikeuspsykiatriseen hoitoon määrätyn lapsensa tekemän rikoksen? (Osajulkaisu III)
4. Miten sairaalan hoitohenkilökunta kokee oikeuspsykiatrisen potilaan tekemän rikoksen ja sen käsittelyn? (Osajulkaisu IV)
5. Millaisia elementtejä oikeuspsykiatrisen potilaan ja hänen vanhempiensa hoito sisältää? (Yhteenveto)

4 Empiirisen tutkimuksen toteutus

4.1 Tutkimuksen vaiheet

Tutkimus toteutettiin vuosina 2012–2018 kahdessa vaiheessa.

Vaiheessa I analysoitiin kahdeksan oikeuspsykiatrisen potilaan (osajulkaisut 1 ja 2), kuuden oikeuspsykiatrisen potilaan vanhemman (osajulkaisu 3) sekä kahdeksan valtion oikeuspsykiatrisen sairaalan hoitajan (osajulkaisu 4) haastattelut. Vaiheessa II muodostettiin osajulkaisuiden tuloksista metasynteesi.

4.2 Tutkimusaineisto ja sen kerääminen

Tutkimukseen osallistuneiden oikeuspsykiatristen potilaiden sisäänottokriteerit olivat: 1) yli 18 vuoden ikä, 2) on jätetty tuomitsematta rikoksestaan ja määrätty tahdosta riippumattomaan, oikeuspsykiatriseen hoitoon, 3) riittävän vakaa psyykkinen tasapaino, jolloin vuorovaikutustilanne tutkijan kanssa ei aiheuta tutkimukseen osallistuvalla liian voimakasta ärsykettä ja jolloin henkisellety hyvinvoinnille ei tule tavanomaisen arkielämän ylittävää haittaa, 4) riittävän hyvä suomen kielen taito. Poissulkukriteerinä oli psyykkinen epävakaus eli psykoottisuus, liiallinen ahdistus, itsetuhoisuus sekä henkilökunnan arvio, että tutkimukseen osallistuminen vaikuttaisi negatiivisesti potilaan vointiin. Tutkija tiedotti tutkimuksestaan tutkimusorganisaatiossa sekä suullisesti että tutkimustiedotteella, minkeä jälkeen hoitohenkilökunta arvioi tutkimuksen sisäänottokriteerit täyttävät potilaat. Henkilökunta informoi sopiviksi arvoimiaan potilaita tutkimuksesta, ja pyysi heiltä luvan tutkijan yhteydenottoon.

Tutkimukseen osallistui kahdeksan oikeuspsykiatrasta potilasta, joista kuusi oli sairaalahoidossa ja kaksi valvonta-ajalla avohoidossa. Potilaat olivat jo pitkälle kuntoutuneita ja avohoitoon siirtyviä tai jo siirtyneitä oikeuspsykiatrisia potilaita. Potilaille oli kokemuksellista tietoa tutkimusaiheesta, ja he kykenivät tarkastelemaan aihetta ilman, että siitä oli haittaa heille ja heidän hoidolleen. Potilaista miehiä oli seitsemän ja naisia oli yksi. Iältään potilaat olivat 30–50-vuotiaita.

Tutkija kertoi potilaille ennen haastattelua tutkimuksesta ja haastattelun kulusta, ja nämä saivat myös kirjallisen tutkimustiedotteen sekä allekirjoittivat tietoisesti suostumuksen. Tutkimukseen osallistuvilla potilaille kerrottiin, että tutkimus ei vaikuta mitenkään heidän hoitonsa järjestelyihin. Heille painotettiin myös sitä, että tutkimukseen osallistumisen peruminen tai keskeyttäminen ei vaikuta heidän hoitoonsa tai jatkohoitoonsa millään tavalla. Osallistujat haastateltiin heidän valitsemassaan ja heille sopivassa paikassa, esimerkiksi osastolla, tutkijan työhuoneessa tai kuntoutusyksikön tilassa, sekä heidän valitsemanaan ajankohtana. Haastattelut olivat luottamuksellisia ja kahdenkeskisiä ilman häiriötekijöitä. Potilaat eivät olleet tutkijalle tuttuja, eikä hän ollut osallistunut heidän hoitoonsa. Tutkija ei ollut tutustunut potilaiden sairauskertomuksiin, eikä hän pyytänyt etukäteen tai jälkikäteen mitään tietoja haastateltavista. Osallistujat saivat etukäteen tiedotteen, jossa kuvattiin tutkimuksen tausta, käytännön toteutus ja luottamuksellisuus. Laaja tutkimustehtävä mahdollisti sen, että haastatellut potilaat saattoivat vapaasti kertoa aiheesta tuoden oman näkökulmansa esiin.

Tutkimukseen osallistuneiden vanhempien sisäänottokriteerit olivat, että heillä oli lapsi, joka oli tehnyt rikoksen ja josta tämä on jätetty syyntakeettomana tuomitsematta, oma halu osallistua tutkimukseen sekä hoidossa olevan lapsen suostumus. Hoitajat valitsivat tutkimukseen mielestään sopivia vanhempia, minkä jälkeen he pyysivät potilailta luvan, että vanhempiin saa ottaa yhteyttä. Hoitajat informoivat sekä potilasta että hänen vanhempansa tutkimuksesta, ja jos potilas sekä vanhempi suostuivat, he antoivat vanhemman yhteystiedot tutkijalle. Tutkija otti vanhempaan yhteyttä ja kertoi tutkimuksesta tarkemmin sekä antoi siitä tiedotteen, minkä jälkeen vanhempi allekirjoitti tietoisesti suostumuksen. Tutkija ei ollut osallistunut haastateltujen vanhempien hoidossa olevien lasten hoitoon. Tutkimukseen osallistui kuusi vanhempaa, joista viisi oli äitejä ja yksi oli isä. Haastatellut olivat keski-ikäisiä, osa heistä oli työssäkäyviä ja osa oli eläkkeellä. Tutkimukseen osallistuneet vanhemmat haastateltiin heidän valitseminaan ajankohtina heidän valitsemissaan paikoissa, joita olivat yhtä haastattelua lukuun ottamatta heidän omat kotinsa. Yksi tapaaminen toteutettiin kauppakeskuksen kahvilassa haastatellun äidin toiveesta. Keskustelut olivat luottamuksellisia ja kahdenkeskisiä lukuun ottamatta parihaastattelua, johon osallistui sekä äiti että isä samanaikaisesti omasta toiveestaan.

Hoitajia käsittelevään tutkimukseen osallistui kahdeksan valtion oikeuspsykiatrisen sairaalan hoitajaa. He olivat mielenterveyshoitajia, sairaanhoitajia sekä apulaisosastonhoitajia. Haastateltavista miehiä oli viisi ja naisia kolme. Tutkija valitsi tietoisesti haastateltaviksi sellaisia aiheesta kiinnostuneita vapaaehtoisia hoitajia, joilla oli paljon kokemusta

ja jotka saattoivat potilasesimerkkien kautta valottaa aihetta. Heillä kaikilla oli vähintään kymmenen vuoden kokemus hoitotyöstä. Haastateltavat työskentelivät eri osastoilla oikeuspsykiatrisessa sairaalassa, ja heillä oli kokemusta oikeuspsykiatristen potilaiden lisäksi mielentilatutkittavista potilaista ja vaikeahoitoisuuden vuoksi oikeuspsykiatriseen sairaalaan sijoitetuista potilaista. Hoitosuhteet olivat yleensä olleet melko pitkiä. Osa hoitajista oli toiminut ennen valtion oikeuspsykiatriseen sairaalaan työhön tuloaan kunnallisella puolella psykiatrisissa sairaaloissa. Haastattelut olivat yksilöhaastatteluja lukuun ottamatta yhtä haastattelua, jossa oli kaksi hoitajaa samanaikaisesti omasta toiveestaan.

4.3 Aineiston analysointi

Tutkimuksen vaihe I koostui kahdeksan oikeuspsykiatrisen potilaan, kuuden oikeuspsykiatrisen potilaan vanhemman sekä kahdeksan oikeuspsykiatriassa työskentelevän hoitajan haastatteluista. Ne nauhoitettiin kahta haastattelua lukuun ottamatta ja litteroitiin sanasta sanaan, jotta saataisiin kerättyä materiaalia mahdollisimman tarkasti. Haastatteluista potilaista yksi sekä vanhemmista yksi kieltäytyivät haastattelun nauhoituksesta, ja tällöin tutkija teki muistiinpanoja haastattelujen aikana. Ainoastaan tutkija kuunteli nauhat, ja ne hävitettiin poistamalla haastattelut nauhurista. Materiaalia kertyi riviväliä 1,5 käyttäen kaikkiaan 189 sivua, joista potilaiden haastatteluja oli 98 sivua, vanhempien haastatteluja 27 sivua ja hoitajien haastatteluja 64 sivua. Saatu aineisto oli merkityksellistä, koska se oli autenttista ja kokemusperäistä tietoa sensitiivisestä aiheesta.

4.3.1 Analyysimenetelmät

Laadullisessa tutkimuksessa päättely on aineistolähtöistä ja tavoitteena on osallistujien ymmärtäminen heidän omasta näkökulmastaan. Tämän tutkimuksen ihmis- ja maailmankuva on humanistinen ja holistinen, jolloin korostetaan ihmisten ainutlaatuisuutta ja yksilöllisyyttä. Oikeuspsykiatriset potilaat ja heidän vanhempansa sekä hoitajansa nähdään aktiivisina toimijoina, joilla on monenlaisia ominaisuuksia ja joiden välisiä suhteita halutaan tutkia tarkemmin. Tutkimuksen fokuksessa ovat oikeuspsykiatrisen potilaan tekemä rikos ja sen vaikutus toimijoiden elämään; se, millaisia kokemuksia ja tunteita rikos on tuonut mukanaan sekä oikeuspsykiatrisen potilaan ja hänen vanhempiansa hoidon elementit.

Tutkimuksen haastatteluaineiston analyysissä on käytetty kahta erilaista analyysimenetelmää (analyysitriangulaatio), narratiivista lähestymistapaa sekä sisällönanalyysiä, ja ne tuovat esiin aiheen erilaiset näkökulmat ja ulottuvuudet kattavasti (Halcomb & Andrew 2005).

Narratiivinen menetelmä

Oikeuspsykiatristen potilaiden haastattelujen aineisto analysoitiin narratiivisella menetelmällä. Sen avulla pyrittiin tavoittamaan autenttisia, ensikäden näkökulmia ”kenttäolosuhteista”, toisin sanoen potilaiden käsityksiä omasta elämän- ja hoitohistoriastaan ja siitä, kuinka oikeuspsykiatriset potilaat jäsentävät elämäänsä oman elämänsä asiantuntijoina ja toimijoina. Narratiivinen lähestymistapa korostaa yksilön omaa kokemusta ja ääntä (Kirkpatrick 2008), minkä lisäksi narratiivisella sairastumisanalyysillaan yksilöt pyrkivät selventämään kaoottisia kokemuksiaan (Abma 1998). Huomio kohdistuu siihen, millä tavalla yksilöt antavat merkityksiä asioille tarinoidensa kautta (Aaltola & Valli 2010). Narratiivinen kertomus voi olla kertojalle terapeutinen, koska narratiivisuuden kautta sairauteen liittyvä mahdollinen leima voi heikentyä (Ogden 2014). Ihminen käy läpi mielensä sisäistä prosessia, jossa hän tulkitsee omaa elämäänsä tarinallisten merkitysten kautta (Hänninen 2000). Yksilöiden elämäkertomuksiin perustuva merkityksenanto mahdollistaa sen, että ihmisten äänet pääsevät autenttisella tavalla kuuluviin. Tieto muodostuu näin moniäänisenä ja kerroksellisenä entiteettinä, joukkona pieniä kertomuksia, eikä pelkisty yhteen, universaaliin ja monologiseen ”suureen kertomukseen” (Aaltola & Valli 2010).

Tässä narratiivisessa analyysissä tutkija teemoitteli ja luokitteli potilaiden kertomat haastattelutarinat ja hahmotteli ensin tarinan temaattisen sisällön eli sen, mitä potilas halusi kertoa tarinallaan. Tämän jälkeen tutkija luokitteli tarinat ydintarinoiden perusteella, mikä auttoi löytämään tutkimuskysymystä kuvaavat ilmaisut tekstistä. Seuraavassa vaiheessa tutkija luokitteli tarinoita niiden sisällön ja yksityiskohtien mukaan eli mitä tapahtui ja miksi. Samantyyppisiä tarinoita samanlaisine teemoineen alkoi löytyä. Alkoi siis hahmottua eräänlaisia kertomustyyppisiä, jotka kuvastivat aiheeseen liittyviä tunteita ja ajatuksia. Tutkija muodosti joukosta pieniä kertomuksia ”suuren kertomuksen” (osajulkaisut I ja II).

Induktiivinen sisällönanalyysi

Oikeuspsykiatristen potilaiden vanhempien ja hoitohenkilökunnan haastattelut analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä, joka on yleisesti käytetty menetelmä laadullisissa tutkimuksissa. Se on menettelytapa, jolla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. (Kyngäs, Elo, Pölkki, Kääriäinen & Kanste 2011; Vaismoradi, Turunen & Bondas 2013.) Induktiivinen sisällönanalyysi soveltui tämän tutkimuksen menetelmäksi, koska haluttiin kuvata sellaista tutkittavaa ilmiötä (Elo & Kyngäs 2008), jota oli aiemmin tutkittu vähän. Tutkimus kohdistui sellaiseen tietoisesti valikoituun alueeseen, josta haluttiin lisää tietoa, ja sisällönanalyysi sopi tähän tarkoitukseen.

Tutkija luki litteroidut vanhempien ja hoitajien haastattelut useita kertoja läpi, jolloin muodostui ymmärrys aineistosta ja analyysiyksiköksi muodostui ajatuskokonaisuus. Analyysin helpottamiseksi tutkija teki word-pohjaisen taulukon, johon hän vei kaikki haastatteluaineistot kokonaisuudessaan. Seuraavassa vaiheessa tutkija etsi vastauksia tut-

kimuskysymyksiin alleviivaamalla aineistosta sopivat ilmaisut ja ajatuskokonaisuudet, eli hän pelkisti aineiston. Aineiston pelkistämisen jälkeen tutkija ryhmitteli ja luokitteli aineistosta samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia, eli hän klusteroi sen. Pelkistystä ryhmittelemällä ja nimeämällä muodostuivat alaluokat. Tämän jälkeen tutkija pelkisti oleellisen tiedon abstrahoimalla, jolloin muodostuivat yläluokat. Pääluokat syntyivät samansisältöisiä yläluokkia yhdistelemällä (osajulkaisut III ja IV).

Metasynteesi

Tutkimuksen vaiheessa II tutkija muodosti neljän alkuperäisartikkelin tutkimustuloksista metasynteessin eli yhtenäisen kokonaisuuden. Metasynteesi on tavoitteellinen ja koherentti tapa analysoida kvalitatiivisia tutkimuksia, ja se mahdollistaa tutkijaa valitsemaan, arvioimaan, yhdistämään ja sovittamaan yhteen aineistoa, joka vastaa tutkimuskysymykseen (Erwin, Brotherson & Summers 2011). Metasynteessin tavoite on tuottaa uusi, yhdistävä tulkinta jostakin ilmiöstä (Finfgeld 2003). Saman tutkijan samaa aihetta tarkastelevien tutkimusten tulosten integroiminen on eräs tapa muodostaa metasynteesi (Sandelowski, Docherty & Emden 1997). Tällaisen synteessin tuottamiseen voidaan käyttää erilaisia metodeja, muun muassa teemoittelua, joilla laadullisten tutkimusten tuloksia voidaan yhdistää joustavasti (Braun & Clarke 2006; Korhonen, Hakulinen-Viitanen, Jylhä & Holopainen 2013). Aineistolähtöinen teemoittelu ei ole sidottu teoreettisiin viitekehyksiin, ja analyysiä ohjaavat aineiston koodaaminen, kokoaminen, kerääminen yhteen teemoittain sekä analysoiminen (Braun & Clarke 2006; Sandelowski, Barroso & Voils 2007). Metasynteessissä korostetaan aineiston tulkintaa ja kokonaiskuvan muodostamista (Walsh & Downe 2005), ja tavoitteena voi olla teorian muodostaminen, kehittäminen tai abstraktiotason kohottaminen (Sandelowski & Barroso 2002; Finlayson & Dixon 2008).

Tässä tutkimuksessa metasynteessin tarkoituksena oli oikeuspsykiatrisen potilaan, potilaan vanhempien sekä hoitohenkilökunnan näkökulmia yhdistelemällä ja käsitteitä yhtenäistämällä tuoda esiin elementtejä, joita oikeuspsykiatrisen potilaan ja hänen vanhempiensa hoito sisältää.

Tutkija muodosti metasynteessin aineistolähtöisen teemoittelun avulla keskeisiä, toistuvia ja yhdistäviä teemoja sekä esiin nostaen, yhdistäen että nimeämällä. Tutkija yhdisti osajulkaisuista ilmaisuja ja tekstikatkelmia, jotka toistuivat ja jotka muodostivat relevantin kokonaisuuden vastaten metasynteessin tarkoitukseen. Alateemat muodostettiin käyttäen apuna taulukointia, jolloin koottiin ja yhdistettiin kunkin alateeman alle haastatteluista ne ilmaisut ja tekstikatkelmat, joissa puhutaan kyseisestä asiasta. Alateemat yhdistämällä muodostettiin kokonaisuus, joka on esiteltyä yhteenvedon tulososassa 5.2 Oikeuspsykiatrisen potilaan ja hänen vanhempiensa hoidon elementit.

5 Tulokset

5.1 Vaihe I: Haastatteluaineiston tulokset

5.1.1 Rikoksen merkitys oikeuspsykiatrisen potilaan elämässä

Rikoksen merkitys oikeuspsykiatrisen potilaan elämässä vaihtelee laajasti riippuen rikoksesta, sen herättämistä mielikuvista ja tunteista sekä siitä, kuinka potilas arvioi selviytneensä rikoksen jälkeen. Rikoksen syntyä voidaan pitää prosessina, johon ovat vaikuttaneet potilaan psyykkinen vointi, hänen historiansa, käyttäytymisensä, aikaisemmat kokemukset ja vuorovaikutuksensa muiden ihmisten kanssa. Narratiivisen lähestymistavan kautta löydettiin potilaiden käyttämiä kuvauksia identiteeteistään, esimerkiksi rikollistarina, uhritarina ja selviytyjän tarina.

Rikoksen käsittely on tärkeä hoidon osa uusintarikollisuuden välttämisen ja sairaalan ulkopuolella selviytymisen kannalta. Rikosta käsittelemällä sekä pohtimalla, kuinka se vaikuttaa minäkäsitykseen, potilas voi työstää identiteettiään ja löytää selityksiä tapahtumille. Rikosta pohtimalla potilas voi kuvata ”kertomuksen” sairastumisestaan ja ”kertomuksen” kuntoutumisestaan. Vertaistuki ja muiden potilaiden kokemukset ovat merkittävyyksiä oikeuspsykiatristen potilaiden toivoa ylläpitäviä tekijöitä. (Osajulkaisu I.)

5.1.2 Oikeuspsykiatristen potilaiden kokemukset hoidostaan

Oikeuspsykiatrisen potilas on voinut elää ennen rikostaan ja sairaalaan joutumistaan organisoituneen yhteiskunnan ulkopuolella kaoottisessa elämäntilanteessa ilman päivittäisiä rutiineja, sääntöjä, töitä tai toimeentuloa. Potilas on yleensä sairaalaan joutuessaan psyyk-

kisen sairautensa lisäksi myös hämmentynyt ja epävarma tilanteestaan, jolloin hän voi kokea sairaalan säännöt hyvin kontrolloivina ja rankaisevina. Potilas ei välttämättä miellä tai ymmärrä, että henkilökunta haluaa auttaa häntä, vaan pikemmin kokee henkilökunnan mielivaltaisena ja hoitolaitoksen byrokraattisena. Autoritääriinen ja kontrolloiva hoitokulttuuri asettaa potilaat ja henkilökunnan vastakkain. Potilas voi kokea henkilökunnan tuomitsevan hänet hänen rikoksensa vuoksi sekä vähättelevän hänen mielipiteitään, mikä herättää epäluottamusta ja kokemuksen stigmatisoinnista. Tilanteeseen sopeuduttuaan hän voi alkaa työstää psyykkistä sairauttaan ja rikostaan sekä etsiä selitystä sille, mitä tapahtui ja miksi. Potilaiden mukaan hoitajan asenne ja persoona ovat tärkeitä asioita rikosta läpikäytäessä. Potilaiden mielestä myös riittävä tila, aika ja rohkaisu ovat merkityksellisiä tekijöitä.

Hoidon lopussa potilas on yleensä suuntautunut tulevaisuuteensa, jolloin hänen itse-tuntemuksensa ja sairaudentuntonsa ovat kehittyneet. Hän pystyy tuolloin arvioimaan itseään ja toimintatapojaan menneisyydessä sekä nykyisyydessä. Potilaat tarvitsevat hoidon eri vaiheissa erilaisia lähestymistapoja. Hoidon alkuvaiheessa he kaipaavat erityisesti tietoa tilanteestaan, ja mahdolliset traumatisoivat pakkotoimet on syytä käydä läpi, jolloin voidaan myös miettiä vaihtoehtoja näille. Hoidon aikana on tärkeitä käsitellä potilaan uudenlaista identiteettiä, menetyksiä ja syyllisyyttä sekä pyrkiä lieventämään potilaan kokemaa stigmaa. Potilaat nostivat esille toivon merkityksen kuntoutumisessaan. Sitä luovat tulevaisuuden suunnitelmat, haaveet ja henkilökunnan tuomitsematon ja ystävällinen suhtautuminen. (Osajulkaisu II.)

5.1.3 Rikoksen merkitys oikeuspsykiatrisen potilaan vanhemman elämässä

Rikos vaikuttaa merkittävästi myös oikeuspsykiatrisessa hoidossa olleen potilaan vanhemman elämään. Potilaan oireilu on usein alkanut käytöksen asteittaisena muutoksena sekä varsinaisina psykoosioireina, minkä vanhemmat mahdollisesti ovat usein panneet merkille ja pyrkineet hakemaan apua vaihtelevalla menestyksellä. Vanhemmilla on ollut jo ennen lapsensa oikeuspsykiatriseen hoitoon joutumista kokemuksia siitä, etteivät he ole saaneet riittävästi apua terveydenhuoltojärjestelmältä tai muilta viranomaisilta, kuten poliisilta. Vanhemmat olivat saattaneet seurata muutosta ja nähdä lapsensa sairastumisen ja ajautumisen kohti rikosta; varsinkin silloin, jos rikos oli kohdistunut toiseen perheenjäseneseen. Oikeuspsykiatrisen potilaan tekemä rikos herättää vanhemmissa syyllisyyttä, ahdistusta ja avuttomuuden tunteita. He pohtivat sitä, kuinka rikoksen olisi voinut välttää. Vanhemmilla on sekä positiivisia että negatiivisia kokemuksia hoidosta ja yhteistyöstä hoitotahon kanssa. Vanhemmat kokevat muun muassa, etteivät he saa riittävästi tietoa tai että heidän kertomansa seikat sivuutetaan, vaikka heillä on ensikäden tietoa lapsensa historiasta ja elämästä.

Vanhemmat joutuvat sen lisäksi, että tukevat oikeuspsykiatrisessa hoidossa olevaa lastaan, työstämään omia tekoon liittyviä traumojaan, masennustaan, pelkojaan ja ahdistus-

taan. Vanhempien käyttämät selviytymiskeinot vaihtelevat: osa saa tukea ympäristöltään ja harrastuksistaan, kun taas osa lähes torjuu ulkopuolisen avun. Ympäristön suhtautuminen oikeuspsykiatrisen potilaan perheeseen vaihtelee stigmatisoinnista ja häirinnästä tukeen ja hyväksyntään. Pääosa vanhemmista suhtautui kuitenkin tulevaisuuteen luottavaisesti ja oli valmis ottamaan osaa lapsensa päivittäiseen elämään tukien tätä muun muassa lääkityksen otossa sekä työtoiminnan, sosiaalisen elämän ja aktiviteettien järjestämisessä. (Osajulkaisu III.)

5.1.4 Rikoksen käsittely oikeuspsykiatrisen potilaan hoitosuhteessa hoitajien näkökulmasta

Hoitosuhteessa terapeutin lähestymistapa oikeuspsykiatrisen potilaan tekemään rikokseen ja rikoksen käsittelyyn muodostuu erilaisista vaiheista. Hoidon alussa on tärkeää rauhoittaa ja vakauttaa potilaan tilanne ja vointi. Luottamuksen rakentuminen on hidasta, ja se rakentuu vähitellen päivittäisten, potilaan turvallisuutta lisäävien kontaktien kautta. Potilas voi olla hoidon alkuvaiheessa massiivisen ahdistunut, traumatisoitunut ja jopa itsetuhoisin, jolloin hoitajien on hyvä keskittyä hänen akuutin tilanteensa ja ahdistuksensa lievittämiseen. Potilas voi olla epäluuloinen ja vihamielinen, ja tällöin hoitajien on tärkeää tunnistaa hänen käyttämänsä puolustuskeinot sekä suhtautua niihin asiallisesti ja painostamatta. Rikosta käsitellään potilaan voinnin sallimissa rajoissa, ja hoitajan on tärkeää koko ajan arvioida, salliiko potilaan vointi rikoksen käsittelyn vai heikentääkö se sitä. Rikoksen prosessointi ei saa olla liian aikaista tai sairauskeskeistä.

Rikoksen käsittely terapeutillisessa hoitosuhteessa lisää potilaan tietoisuutta ja oivalluskykyä. Tavoitteena on saavuttaa realistinen käsitys siitä, mitä tapahtui ja miksi. On tärkeää kuulla potilaan näkemyksiä ja selityksiä rikokseen johtaneista syistä. Tämä auttaa hoitajaa ymmärtämään, kuinka potilas hahmottaa ongelmansa ja tilanteensa, sekä erityisesti se auttaa potilasta työstämään taustaansa niin, että rikoksen uusintariski vähenee. (Osajulkaisu IV.)

5.2 Vaihe II: Oikeuspsykiatrisen potilaan ja hänen vanhempiansa hoidon elementit

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan oikeuspsykiatrisen potilaan sekä hänen vanhempiansa kohtaaminen ja yhteistyö psykiatrisen hoitojärjestelmän edustajien kanssa on, huolimatta pääosin positiivisista kokemuksista, edelleen sairauskeskeistä eivätkä potilas tai hänen vanhempansa koe saavansa ääntään kuuluviin tarpeeksi.

Oikeuspsykiatrisen potilaan, hänen vanhempiansa sekä hoitajien välinen kohtaaminen ja yhteistyö käsittävät tiiviin sekä jokaiseen suuntaan **aktiivisen tiedonkulun, osallisuuden ja huomioon ottamisen**. Tässä tutkimuksessa oikeuspsykiatristen potilaiden van-

hemmat toivat esiin, että heidän mielipiteensä jätettiin huomioimatta, minkä lisäksi samanlaisia kokemuksia oli myös potilailla. Oikeuspsykiatristen potilaiden vanhemmilla oli kokemuksia hoitotahon sekä viranomaisten tuen ja avun ulkopuolelle jäämisestä jo ennen kuin potilaan tekemä rikos tapahtui. Omaisten osallisuuden kokemukset ovat tärkeitä, koska haastatellut vanhemmat kertoivat haluavansa osallistua nykyistä enemmän lapsensa hoidon suunnitteluun ja sen toteutukseen. Oikeuspsykiatristen potilaiden vanhemmat toivoivat saavansa lisää potilaan hoitoon liittyvää tukea ja tietoa, mutta myös voivansa itse vaikuttaa lapsensa hoitoon ja tulevana kuulluiksi päätöksiä tehtäessä.

Monta kertaa kun mä soitin, mähän oon aina ollut semmoinen, et vaikka on iso mies niin mä haluan tietää, se on mun lapsi ja sillä sipuli, vaikka se olis kuusikymppinen.

Oikeuspsykiatrisen potilaan, hänen vanhempinsa sekä hoitajien välinen kohtaaminen ja yhteistyö perustuvat **hyväksyvään ja tuomitsemattomaan asenteeseen**. Oikeuspsykiatriset potilaat ja heidän vanhempansa kokivat jossain määrin sekä oikeuspsykiatrisen hoitotahon että ympäristönsä suhtautumisen negatiivisena ja stigmatisoivana. Potilaat kuvasivat lisäksi kokeneensa henkilökunnan tuomitsevuutta sekä erottelua potilaisiin ja henkilökuntaan. Hoitajat pitivät, kuten potilaat ja heidän vanhempansakin, tuomitsemattomuutta tärkeänä asiana:

Olen aina ajatellut, että en ole tuomari tässä jutussa. Teen tämän työni, se on mun rooli.

Traumaattisten kokemusten käsittely on vaativaa, eikä niitä tämän tutkimuksen mukaan käsitellä tarpeeksi oikeuspsykiatrisessa hoitojärjestelmässä. Oikeuspsykiatrisen potilaan tekemä rikos koskettaa koko perhettä, ja tässä tutkimuksessa teon merkitys korostui vanhempien kokemuksissa jopa potilaiden kokemuksia enemmän. Haastatellut vanhemmat kuvasivat myös traumaoireita, ja erityisen traumatisoivaksi koettiin se, jos teko oli kohdistunut perheenjäseneen. Sen lisäksi, että rikos jo sinänsä on traumaattinen kokemus, myös hoitoon joutuminen, psyykkiseen sairauteen sairastuminen ja hoidossa mahdollisesti koetut pakkotoimet voivat lisätä traumamuistoja. Vaikka hoitajat kuvasivat mahdollisia potilaaseen kohdistettuja pakkotoimia väkivaltaisen ja itsetuhoisen potilaan henkeä säästäviksi toimenpiteiksi, potilaat kokivat ne ennemminkin alistamisena. Tutkimuksen tulosten mukaan potilaat kokevat ainakin jollakin tavalla rikoksensa, tahdonvastaiseen hoitoon joutumisen sekä mahdolliset kokemansa pakkotoimet traumatisoivina. Potilaat muistelivat tarkasti parinkymmenenkin vuoden takaisia eristyskokemuksia ja kuvasivat näitä yksityiskohtaisesti. Negatiiviset muistikuvat saattoivat varjostaa hoitoa vielä vuosien jälkeen ja vaikuttaa itsetuntoon. Osa potilaista koki pakkotoimet rangaistuksina. He eivät tuoneet esiin, että kokemuksia olisi aina purettu jälkikäteen. Potilaat toivovat, että mikäli heidän itsemääräämisoikeuttaan rajoitetaan heidän hoidossaan, rajoittamisen syyt perusteltaisiin heille selkeästi ja tuotaisiin esiin, mitä heiltä odotetaan.

Ne piti tiukkaa linjaa ... ”sinä olet potilas, minä henkilökuntaa, sä et lähde tekemään, tästä ei neuvotella”.

Osa haastatelluista vanhemmista kuvasi lisäksi kokemaansa syyllisyyttä ja häpeää, jotka liittyivät erityisesti siihen, että potilaan tekemän teon lisäksi he joutuivat asioimaan oikeuslaitoksen kanssa. Myös hoitajat toivat merkittävänä asiana esiin omaisten häpeän, joka saattaa vaikuttaa niin, ettei omainen pidä lainkaan yhteyttä hoidossa olevaan, teon tehneeseen potilaaseen.

Kaikkien haastateltujen ryhmien mukaan **rikoksen käsittely** on tärkeää. Rikos vaikuttaa merkittävästi sekä potilaan että hänen vanhempiansa elämään, identiteettiin ja rooliin yhteisössä sekä yhteiskunnassa. Potilaiden mukaan syyllisyyden tunteiden läpikäynti on merkityksellistä, mutta he kuvasivat sen olevan myös raskasta, ja siksi on aikoja, jolloin he eivät halua sitä tehdä. Haastatellut omaiset kertoivat myös lapsensa tekemään tekoon liittyvistä itsesyytöksistään.

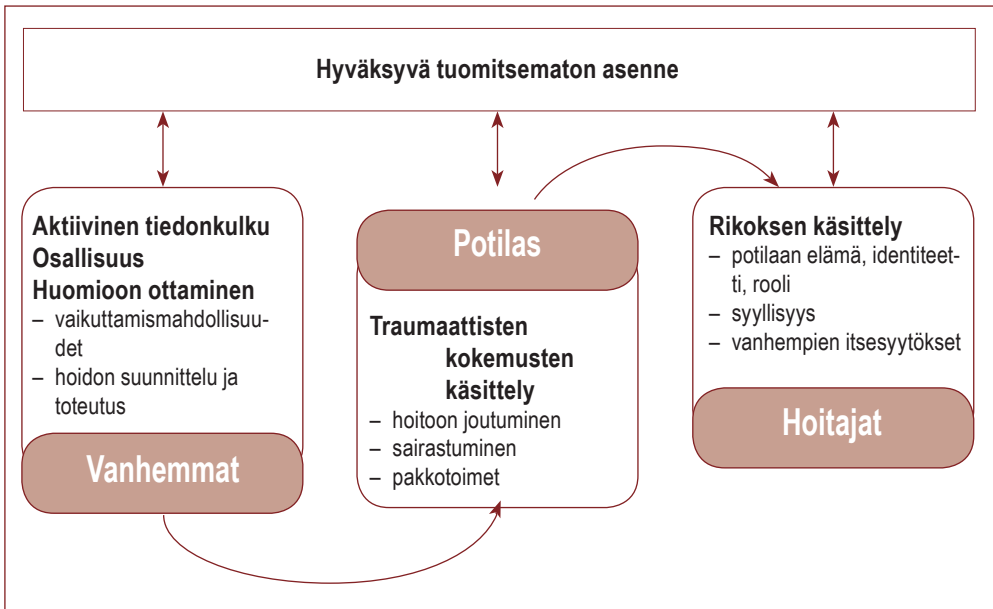
Kun tapahtui huonot teot, ajattelin, olisinko voinut tehdä jotain. Olisko meidän pitänyt menetellä toisin?

Haastatellut hoitajat kertoivat verbalisoivansa potilaan tunteita ja kokemuksia ja siten pyrkivänsä auttamaan potilasta tunnistamaan tunteitaan ja ajatuksiaan. Selityksiä tapahtuneelle ja syitä rikokseen sekä uudenlaista identiteettiä pyritään oikeuspsykiatriassa hoidossa käymään läpi yhdessä potilaan kanssa. Haastatellut potilaat kuvasivat erilaisia tarinoitaan, eli rikollistarinoita, uhritarinoita ja selviytyjän tarinoita, sekä näiden myötä kehittyneitä identiteettejään. Haastateltujen vanhempien kertomukset vastasivat suurelta osin potilaiden kertomien tarinoiden laatua, vaikkeivät kyseessä olleetkaan samasta perheestä olevien henkilöiden haastattelut. Vanhemmat kuvasivat samantyyppisiä kertomuksia kuin potilaatkin, eli laitoskierteitä rikollistarinassa, hyväksikäyttöä uhritarinassa sekä tapahtuman läpikäyvän ja siihen realistisesti suhtautuvan henkilön kokemuksia selviytyjän tarinassa. Seuraava ote vanhemman haastattelusta kertoo jo lapsuudesta alkaneen uhuriutumisen kokemuksen:

Koulukiusattu oli ... hyväntahtoisuutta käytettiin hyväksi. Mikä pojan on vetänyt rikokseen ... häntä on hyväksikäytetty.

Terapeuttisessa hoitosuhteessa oikeuspsykiatrinen potilas voi saada korjaavia kokemuksia turvallisessa vuorovaikutuksessa, jolloin hän voi nähdä syy-seuraussuhteen sairautensa ja teon välillä. Rikoksen käsittelyn oikea ajoitus oli hoitajien ja potilaiden mielestä hyvin tärkeää, sillä tekoa ei saa alkaa käsitellä liian varhain. Rikoksen käsittely ei myös saa olla liian sairauskeskeistä. Tavoitteellisuus, toivon ylläpitäminen sekä potilaan hyväksyminen ja tukeminen ovat tärkeitä elementtejä rikosta käsiteltäessä. Hoitajien mukaan potilaan kokemien rikokseen liittyvien menetysten työstäminen on erittäin tärkeää. Hoitajat kertoivat myös arvioivansa potilaan väkivaltariskiä jatkuvasti. Uudenlaisen, eheämmän minäkuvan

myötä menetykset ja mahdolliset syyllisyydentunteet eivät heikennä jatkossa elämänlaatua liikaa. Kuviossa 2 on esitetty yhteenveto tutkimuksen tuloksista.



Kuvio 2. Oikeuspsykiatrisen potilaan ja hänen vanhempiensa hoidon elementit

6 Pohdinta

6.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tässä luvussa arvioidaan tutkimusprosessin sekä narratiivisen menetelmän ja sisällönanalyysin luotettavuutta analyysin teossa, minkä jälkeen arvioidaan metasynteesin lopputuloksen luotettavuutta.

Tutkimusprosessin luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida erilaisin arviointikriteerein tarkastelemalla tutkimusprosessin eri vaiheita, oleellisia kriteereitä ja yksityiskohtia (Walsh & Downe 2006). Tutkimusprosessin luotettavuutta arvioidaan käyttäen Walshin ja Downen (2006) erilaisista laadullisista arviointimittareista kokoamaa synteesiä, jossa arvioinnin kohteena ovat tutkimuksen tarkoitus, asetelma, otoksen valinta, analyysi, tulkinta, refleksiivisyys, eettiset näkökulmat sekä relevanssi (oleellisuus) ja siirrettävyys.

Tutkija on nimennyt ja kuvannut tutkittavan ilmiön, tutkimuksen tarkoituksen, tavoitteet ja tutkimusmenetelmät sekä merkityksen tieteenalalle. Tutkimuksen yhteys olemaan olevaan kirjallisuuteen ja teoriaan on kuvattu. Käytetyt tutkimusmenetelmät ovat perustellut ja relevantit sekä sopivat sensitiiviseen aiheeseen. Aineiston keruu ja tutkimukseen osallistujien valinta olivat tarkoituksenmukaiset. Oikeuspsykiatristen potilaiden tutkimukseen valinnan sisäänotto- ja poissulkukriteerit olivat selkeät, ja informaatio tutkimuksesta tavoitti tutkimukseen soveltuvat henkilöt. Aineisto on kerätty aiheeseen sopivin menetelmin. Tutkittavien omat näkökulmat ja omakohtaiset kokemukset tulivat kirkaasti ja rikkaasti esiin haastatteluissa.

Haastateltavien määrä muotoutui vapaehtoisuuden pohjalta, ja potilaiden haastatteluihin osallistumiseen vaikutti heidän oma vointinsa. Tutkimuksen sisäänottokriteerinä

potilaan kohdalla oli riittävän vakaa psyykkinen tasapaino, jolloin vuorovaikutustilanne tutkijan kanssa ei aiheuttanut tutkimukseen osallistuvalla liian voimakasta ärsykettä tai rasitetta, ja poissulkukriteerinä oli huonossa tasapainossa oleva psyykkinen vointi, joka saattoi ilmetä psyykkisenä epävakautena. Tällaisia syitä olivat psykoottisuus, liiallinen ahdistus, itsetuhoisuus sekä henkilökunnan arvio, että tutkimukseen osallistuminen vaikuttaisi negatiivisesti potilaan vointiin. Tutkija arvioi, että esimerkiksi valtion oikeuspsykiatrisissa sairaaloissa olevat potilaat olisivat saattaneet olla liian huonokuntoisia osallistumaan tutkimukseen tai tutkimus olisi voinut heikentää heidän vointiaan ahdistusta lisäämällä. Tämän vuoksi tutkimus toteutettiin Uudellamaalla, jossa oikeuspsykiatrisia potilaita on rajallinen määrä mutta he ovat pääsääntöisesti pidemmälle kuntoutuneita ja vakaammassa voinnissa kuin valtion oikeuspsykiatrisissa sairaaloissa olevat potilaat. Kaikissa haastattelututkimuksissa aineistot olivat pienehköjä, mutta ne olivat yksilöllistä, rikkasta ja elämäkerrallista aineistoa. Tutkija havaitsi, että tietyt, samantyyppiset isot teemat alkoivat saturatiivisesti toistua kertomuksissa.

Valitut analyysimenetelmät olivat laadulliseen tutkimukseen tarkoituksenmukaiset, ja tutkija on kuvannut analyysimenetelmien käytön eri vaiheissaan. Analyysiä tehtäessä edettiin aineiston ehdoilla, ja analyysin etenemisestä keskusteltiin tutkimuksen ohjaajien ja seurantaryhmän jäsenten kanssa. Tutkija on esittänyt analyysin tueksi alkuperäislainauksia ja kuvannut, miten hän on päätenyt tulkintoihinsa. Tutkija on pyrkinyt tuomaan esille suhteensa ja asemansa tutkittaviin sekä omat ennako-oletuksensa. Tutkimus toteutettiin eettisiä periaatteita noudattaen, ja tutkija on tuonut esiin tutkimukseen liittyviä eettisiä kysymyksiä. Tutkimuksella saavutettu tieto perustuu oikeuspsykiatristen palvelujen käyttäjien, palveluntuottajien ja omaisten kokemuksiin. Tutkimus tuo uutta tietoa ja näkökulmia oikeuspsykiatriseen hoitotyöhön ja lisää ymmärrystä kuntoutumiseen vaikuttavista tekijöistä. Tutkija tuo esiin, mitä aiheita jatkossa on syytä tutkia.

Narratiivisen analyysin luotettavuus

Kahdessa osajulkaisussa eli potilaiden haastatteluissa käytetty narratiivinen menetelmä on väljä metodinen viitekehys, jonka luotettavuutta voidaan arvioida viiden validointiperiaatteen eli historiallisen jatkuvuuden, refleksiivisyyden, dialektisuuden, tutkimuksen toimivuuden ja kokemuksellisuuden kautta (Heikkinen, Huttunen, Syrjälä & Pesonen 2012). Historiallisen jatkuvuuden periaatteen mukaan tutkittavien kertomuksia on kuvattu loogisesti ja prosessinomaisesti niin, että lukija voi seurata tutkittavien elämäntilanteita, tapahtumia ja erilaisia syy-seuraussuhteita. Refleksiivisyysperiaatetta noudattaakseen tutkija on ollut tietoinen omasta suhteestaan tutkimuskohteeseen ja omien kokemustensa vaikutuksesta siihen. Tutkija on kuvannut läpinäkyvästi tiedonhankintatapaansa, aineistoaan ja tutkimusmenetelmiään sekä arvioinut kriittisesti omaa analyysiprosessiaan. Dialektisuusperiaate, eli dialogisuus, moniäänisyys ja aitous, toteutuvat tässä tutkimuksessa niin, että tutkijan ymmärrys on kehittynyt vuorovaikutuksessa sekä tutkittavien että myös muun tiedeyhteisön kanssa käytyjen keskustelujen pohjalta. Tutkija on pyrkinyt tuomaan esiin

erilaisia haastatteluissa välittyneitä tunnetiloja. Hänen tavoitteenaan tutkimuksessaan on ollut luoda toimivaa käytäntöä pragmaattisuusperiaatteen mukaan. Osa tutkimukseen osallistuneista henkilöistä kertoi tuovansa esiin asioita, joita eivät aiemmin olleet puhuneet tai jakaneet kenellekään, ja esiin noussut keskustelu oli kriittistä ja tutkittavia voimaannuttavaa. Tutkija oli tietoinen eettisistä kysymyksistä sekä aihealueen sensitiivisyydestä ja pyrki huomioimaan nämä asiat erityisen hienotunteisesti tutkittavia kunnioittaen. Tutkittavien esiin tuomat kokemukselliset mielikuvat, muistot ja tunteet on pyritty välittämään niin, että lukija pystyy ymmärtämään ne emotionaalisesti.

Sisällönanalyysin luotettavuus

Tässä tutkimuksessa sisällönanalyysillä analysoitujen tutkimusartikkeleiden osalta luotettavuuden kriteereitä ovat uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009; Kylmä & Juvakka 2012; Elo, Kääriäinen, Kanste, Pölkki, Utriainen & Kyngäs 2014).

Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2009) mukaan uskottavuus edellyttää sitä, että tulokset on kuvattu niin selkeästi, että lukija ymmärtää, miten analyysi on tehty ja mitkä ovat tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset. Tutkimusartikkeleissa on kuvattu sisällönanalyysin eteneminen alkuperäistekstistä alkaen. Tutkija on kirjoittanut tekstiksi nauhoitetut haastattelut ja analysoinut aineiston. Hän kysyi haastattelujen aikana tutkittavilta selvittäviä lisäkysymyksiä aiheesta varmistaakseen tulkintansa oikeellisuuden ja sen, että hänen kuvauksensa vastaisivat tutkittavien todellisuudesta peräisin olevia ajatuksia. Tutkija on myös pyrkinyt kuvaamaan riittävästi tutkimukseen osallistuneita käyttämällä heidän suoria ilmaisujaan.

Vahvistettavuus liittyy koko tutkimusprosessiin ja edellyttää tutkimusprosessin kirjaamista niin, että toinen tutkija voi seurata prosessin kulkua pääpiirteissään (Kylmä & Juvakka 2012). Sisällönanalyysia tehtäessä pyrittiin pelkistämään aineistoa ja muodostamaan kategoriat niin, että ne kuvaavat alkuperäistä aineistoa mahdollisimman luotettavasti. Tutkija palasi alkuperäiseen aineistoon useita kertoja varmistaakseen, että kategoriat todella kuvasivat sitä. Hänen esiyymmärryksensä merkitys aineiston tuottamisessa, kuvauksessa ja tulkinnassa on keskeinen. Tutkijan oma työkokemus oikeuspsykiatristen potilaiden parissa on muodostanut esiyymmärryksen tutkittavasta aiheesta. Sen kautta tutkija pystyi ymmärtämään haastateltavien kokemuksia, käsityksiä ja näkökulmia, mikä ohjasi ja auttoi analyysin etenemisessä ja lisäsi tutkimuksen luotettavuutta.

Refleksiivisyys edellyttää sitä, että tutkimuksen tekijän on oltava tietoinen omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä (Kylmä & Juvakka 2012). Tutkijan oma mielenkiinto aiheetta kohtaan vaikutti aineiston hankintaan. Tutkimusprosessin toteuttamiseen vaikuttivat myönteisesti tutkijan työkokemus ja tietämys aiheesta. Hän tiedosti omat ennako-oletuksensa, mutta samalla pyrki toimimaan niin, että ne eivät olisi ohjanneet analyysia. Tutkijan tiedostama ennako-oletus oli, että aiheen sensitiivisyyden vuoksi potilaiden ja omaisten olisi ollut vaikeampi puhua asioistaan kuin käytännössä myöhemmin ilmeni.

Haastattelutilanteet osoittautuivat kuitenkin avoimiksi ja luottamuksellisiksi, ja omalla avoimella asenteellaan tutkija pyrki helpottamaan aiheesta puhumista. Useat haastatellut totesivat, että heidän on helppo puhua, koska tutkija edusti heille ensisijaisesti tutkijaa, ei hoitotahon edustajaa tai sairaalan henkilökuntaa. Haastatellut kertoivat kokevansa tutkimukseen osallistumisen tärkeäksi ja merkittäväksi asiaksi sekä haluavansa omilla kertomuksillaan auttaa muita ihmisiä. Tutkija oli rajannut tutkittavan ilmiön ja määritellyt käsitteet, ja ulkopuoliset ohjaajat tarkistivat tutkimusprosessin toteutumisen.

Siirrettävyys tarkoittaa tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin (Eskola & Suoranta 2008; Kylmä & Juvakka 2012). Kankkusen ja Vehviläinen-Julkusen (2009) mukaan siirrettävyyden varmistamiseksi edellytetään aina huolellista tutkimuskontekstin kuvausta, osallistujien valinnan ja taustojen selvittämistä sekä aineiston keruun ja analyysin seikkaperäistä kuvausta. Tutkija on kuvannut tutkimukseen osallistujat ja ympäristön sekä aineiston keruun ja analyysin tarkasti sekä käyttänyt autenttisia, suoria lainauksia haastatteluteksteistä. Osajulkaisuissa kuvattiin vanhempien ja hoitajien haastattelujen perusteella tehdyn sisällönanalyysin eteneminen taulukoina ja malliesimerkkeinä. Tutkimuksessa käytetyt menetit olivat asianmukaiset ja sopivat tutkimusaiheeseen sekä laadulliseen tutkimukseen.

Metasyntheesin luotettavuus

Tutkimuksen vaiheessa II eli metasyntheesiä muodostaessaan tutkijan tarkoituksena oli oikeuspsykiatrisen potilaan, potilaan vanhempien sekä hoitohenkilökunnan näkökulmia yhdistelemällä ja käsitteitä yhtenäistämällä tuoda esiin elementtejä, joita oikeuspsykiatrisen potilaan ja hänen vanhempiensa hoito sisältää.

Finfgeldin (2003) mukaan metasyntheesin luotettavuutta voidaan arvioida selkeästi asetetun tavoitteen, tutkimuskysymyksen, tutkimukselle asetettujen kriteereiden, aineiston hankinnan, kuvauksen ja keräämisen, analyysin sekä tulkinnan perusteella. Finfgeldin (2003) mukaan perimmäinen arviointikriteeri on metasyntheesin tulosten kyky kehittää käytäntöä, tutkimusta ja menettelytapoja. Aineiston huolellinen kerääminen, triangulaatio ja tutkimusmenetelmien tarkastelu eli auditointi lisäävät metasyntheesin luotettavuutta (Finfgeld-Connett 2010).

Tässä tutkimuksessa metasyntheesin luotettavuutta lisää selvästi asetettu tutkimuskysymys, joka raamittaa tutkittavien joukon sekä määrittää tutkimuksen etenemisen (Korhonen, Hakulinen-Viitanen, Jylhä & Holopainen 2013). Metasyntheesi on muodostettu tutkijan omien osajulkaisuiden tuloksista, joten käytetty tieto oli jo konstruoitua (Walsh & Downe 2006) ja tutkimusmenetelmät arvioitu ja tarkastettu (Finfgeld-Connett 2010). Tutkija on avoimesti ja läpinäkyvästi kuvannut metasyntheesin muodostamisen sen eri vaiheissa (Korhonen, Hakulinen-Viitanen, Jylhä & Holopainen 2013), tutkimusten yhteyden toisiinsa ja esittänyt syntheesin tukena alkuperäisilmaisuja (Finfgeld 2003; Finfgeld-Connett 2010). Tutkimuksissa käytetyt käsitteet ovat määriteltyjä sekä keskenään samanlaisia, ja niiden väliset yhteydet on kuvattu (Finfgeld-Connett 2010). Metasyntheesin tulokset on

muodostettu neljästä osajulkaisusta, joissa tulokset on analysoitu kahdella erilaisella lähestymistavalla. Analyysitriangulaatio vahvistaa metasynteessin uskottavuutta.

6.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimus tulee tehdä eettiset näkökohdat riittävästi ja oikein huomioon ottaen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2016). Tutkimuseetiikassa keskeisiä periaatteita ovat haitan välttäminen, ihmisoikeuksien kunnioitus, oikeudenmukaisuus sekä rehellisyys, luottamus ja kunnioitus (Kylmä & Juvakka 2012). Tätä tutkimusta tehtäessä noudatettiin Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2012) eettisiä ohjeita ja hyvän tieteellisen käytännön periaatteita.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin naisten, lasten ja psykiatrian eettinen toimikunta myönsi tutkimukselle puoltavan lausunnon toukokuussa 2012. Tutkimus kohdistui suomenkielisiin oikeuspsykiatriisiin potilaisiin, heidän omaisiinsa sekä hoitohenkilöstöön. Hankkeelle oli jo aiemmin vuonna 2011 myönnetty asianmukainen tutkimuslupa hoitajien haastattelujen osalta kyseisestä organisaatiosta, ja kesällä 2012 myönnettiin tutkimuslupa toisesta organisaatiosta, jossa tapahtuivat potilaiden ja heidän läheistensä haastattelut. Tutkija tarkensi alkuperäistä tutkimussuunnitelmaa vuonna 2014, koska arvioi narratiivisen menetelmän sopivan potilaiden kokemusten tutkimiseen paremmin ja tuovan rikkaampaa materiaalia kuin alkuperäinen sisällönanalyysimenetelmä. Päivitetty tutkimussuunnitelma lähetettiin keväällä 2014 Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin naisten, lasten ja psykiatrian eettiselle toimikunnalle arvioitavaksi ja sille saatiin puoltava lausunto.

Tutkimusaiheena rikos oikeuspsykiatrisen potilaan elämässä on yhteiskunnallisesti merkittävä ja eettisesti perusteltu, koska sillä halutaan luoda hoitotieteellistä perustaa oikeuspsykiatrisen potilaan hoitotyöhön. Yhteiskunnallisesti on tärkeää kehittää oikeuspsykiatristen potilaiden hoitoa rikoksen uusimisriskin vähentämiseksi. Tutkimusta voidaan perustella erityisesti oikeuspsykiatrisen hoidon tason kehittämisen ja potilaiden elämänlaadun parantamisella.

Rikos on syytä käydä hoidon aikana läpi, jotta potilaan tietoisuus itsestään kasvaa. Rikoksen käsittely on keskeinen asia myös oikeuspsykiatrisen potilaan kuntoutumisessa, ja mikäli sitä ei tehdä asianmukaisesti, hoito voi jäädä pinnalliseksi, eikä potilaalle synny realistista kuvaa tapahtuneesta ja siitä, kuinka tapahtuneen toistumisen voisi myöhemmässä elämässä välttää.

Tutkimukseen osallistuneet olivat vapaaehtoisia ja heidän suostumuksensa perustui tutkijan antamaan tietoon. Hän selvitti osallistujille vapaaehtoisuuden periaatteen, yhteystietonsa, tutkimuksen aiheen, aineistonkeruun konkreettisen toteutustavan sekä arvioitujen ajankulun, kerättävän aineiston käyttötarkoituksen, säilytyksen ja jatkosäilytyksen. Tutkimukseen osallistuneilla oli oikeus määritellä ja asettaa yksityisyyden ja aiheiden arkaluontoisuuden rajat.

Tutkimus ei aiheuttanut fyysisiä riskejä siihen osallistuneille eikä tavanomaisen arkielämän ylittävää vaaraa heidän henkiselle hyvinvoinnilleen. Tutkimuksen sisäänottokriteerinä potilaan kohdalla oli riittävän vakaa psyykinen tasapaino, jolloin vuorovaikutustilanne tutkijan kanssa ei aiheuttanut tutkimukseen osallistuvalla liian voimakasta ärsykettä tai rasitetta. Poissulkukriteerinä oli huonossa tasapainossa oleva psyykinen vointi. Mahdolliset psyykkiset haitat ja epämurkavuudet pyrittiin huomioimaan ja minimoimaan tarkasti etukäteen riittävällä tiedon antamisella ja kunnioittavalla suhtautumisella.

Tutkija kertoi tutkimukseen osallistuville kirjallisesti ja suullisesti tutkimuksesta ja sen myötä tapahtuvasta henkilötietojen käsittelystä. Hän varmisti sen, että osallistujat ymmärsivät saamansa informaation tutkimuksen tarkoituksesta ja käytettävistä menetelmistä, ja heille annettiin tarvittaessa lisätietoa. Tutkimukseen osallistuvat päättivät itse suostumuksesta, ja heille annettiin riittävästi aikaa päätöksentekoon. Yksi hoitohenkilökunnan tutkimukseen sopivaksi arvioima potilas kieltäytyi osallistumisestaan tutkijan annettua hänelle lisätietoja, koska hän arveli tutkimuksen voivan heikentää vointiaan ja lisäävän ahdistusta.

Potilaat ovat sensitiivisiä tutkimukseen osallistujia sairautensa vuoksi (Kylmä & Juvakka 2012). Oikeuspsykiatriset potilaat ja heidän vanhempansa ovat erityisen sensitiivisiä stigmatisoidun asemansa, tutkimusaiheen arkaluontoisuuden ja emotionaalisen herkkyyden sekä aihealueeseen liittyvän rikollisuuden tutkimisen vuoksi. Newmanin, O'Reillyn, Hwa Leen ja Kennedyn (2017) tutkimus korostaakin erityisesti sitä, että tutkiessaan mielenterveyshäiriöistä kärsivien henkilöiden kokemuksia tutkijan tulee suhtautua aiheeseen neutraalisti ja selvittää oma roolinsa tutkijana. Tämän tutkimuksen tekijä suhtautui haastattelussa tutkimukseen osallistuviin erityisen kohteliaasti ja heidän ihmisarvoaan kunnioittaen. Tutkimukseen sisältyvässä vuorovaikutustilanteessa toteutui vapaaehtoisuuden periaate. Osallistujista kirjoitettiin kunnioittavasti tutkimusjulkaisuissa, jotka on tarkoitus jakaa heille paperijulkaisuina. Tutkijalla on omakohtaista kokemusta oikeuspsykiatrisen potilaan hoidosta, mikä auttoi toimimaan tilanteeseen sopivalla tavalla potilaiden ja omaisten kanssa. Oikeuspsykiatrian alalla työskentely oli antanut tutkijalle valmiuksia ja rohkeutta keskustella sensitiivisestä aiheesta hienotunteisesti, ja hän huolehti sen lisäksi siitä, ettei hän haastattelutilanteissa toiminut hoitajan roolissa vaan selkeästi tutkijana. Tutkija huolehti siitä, etteivät mahdolliset ja tiedostetut ennako-oletukset aiheesta ohjanneet tutkimusta mihinkään suuntaan.

Haastateltavat potilaat ja vanhemmat olivat haastattelutilanteissa vapautuneita, luottavaisia ja hyvin kiinnostuneita tutkimusaiheesta ja tutkimukseen osallistumisesta. He kertoivat oma-aloitteisesti sensitiivisistä asioista, ja osa haastatelluista halusi tavata useamman kerran. Ainoastaan yhden kerran eräs haastateltava potilas halusi vaihtaa hetkeksi keskustelun aihetta, koska hänen mukaansa menneiden asioiden pohtiminen toi mieleen ikäviä muistoja. Tuolloin vaihdettiin potilaan toiveesta hetkeksi puheenaihetta, minkä jälkeen haastateltava hetken kuluttua palasi alkuperäiseen teemaan haluten keskustella aiheesta. Seuraavalla haastattelukerralla toistamiseen potilaan kanssa tavatessaan tutkija kysyi

potilaalta, kuinka vahvasti tämä oli kokenut edellisen tapaamiskerran aiheuttamat ikävät muistot. Potilaan mukaan hänelle ei jäänyt mitään negatiivisia mielikuvia tilanteesta tai asiasta, ja hän halusi tavata vielä kolmannenkin kerran haastattelun merkeissä. Useat haastateltavat potilaat mainitsivat haluavansa omien kokemustensa kertomisella ja jakamisella auttaa toisia potilaita, minkä tutkija tulkitsi voimaantumisen tunteeksi.

Tutkimuksessa ei kerätty mitään muita tunnistetietoja kuin tutkimukseen osallistuvien allekirjoitetut suostumukset syntymäaikoineen. Tutkimukseen osallistuville annettiin tieto siitä, että alkuperäinen allekirjoitettu suostumuslomake jää tutkijalle, ja he saivat kopion lomakkeesta. Tutkija säilytti allekirjoitetut suostumuslomakkeet itsellään. Tutkimusaineiston suojaamisesta ja luottamuksellisuudesta huolehdittiin, ja aineisto on ainoastaan tutkijan käytössä ja hallussa.

Haastatteluja ja tutkimusta tehdessään tutkija ei kohdannut varsinaisia eettisiä ongelmia, mutta pohti sitä, tavoitettiinko kaikki mahdolliset henkilöt, jotka olisivat halunneet osallistua tutkimukseen, koska mahdollisten tutkimukseen soveltuvien potilaiden ja vanhempien rekrytointi tapahtui henkilökunnan kautta. Henkilökuntaa informoitiin ajoissa laajasti tutkimuksesta sekä potilaiden sisäänotto- että poissulkukriteereistä, joten tutkija uskoi henkilökunnan ehtineen ja osanneen arvioida tutkimukseen soveltuvat potilaat. Tutkimusta tehdessään tutkija pyrki suhtautumaan kriittisesti omiin ratkaisuihinsa, ja hän oli aktiivisesti yhteydessä tutkimuksensa ohjaus- ja seurantaryhmään.

6.3 Tulosten tarkastelu

Tässä tutkimuksessa kuvattiin ja tarkasteltiin oikeuspsykiatristen potilaiden elämää ja sitä, miten potilaat kokevat rikoksensa ja rikoksen käsittelyn sekä millaisia kokemuksia heillä on oikeuspsykiatrisesta hoidostaan. Lisäksi tarkasteltiin oikeuspsykiatristen potilaiden vanhempien elämää sekä heidän kokemuksiaan lapsensa tekemästä rikoksesta ja oikeuspsykiatrisesta hoidosta. Tutkimuksessa tuotettiin myös uutta tietoa siitä, miten oikeuspsykiatrinen henkilökunta käsittelee rikosta hoitosuhteessaan oikeuspsykiatristen potilaan kanssa. Metasynteessissä kuvattiin elementtejä, joita oikeuspsykiatristen potilaan ja hänen vanhempiansa hoito sisältää. Tuloksia voidaan hyödyntää oikeuspsykiatristen potilaan hoidon laadun kehittämisessä ja parantamisessa.

Tutkimuksen tulosten mukaan oikeuspsykiatriset potilaat ja heidän vanhempansa haluavat lisätä nykyistä aktiivisempaa ja huomioonottavampaa tiedonkulkua sekä osallisuutta oikeuspsykiatrisessa hoidossa. Oikeuspsykiatristen potilaan vanhempien rooli voi olla eettisesti haastava, koska vanhemmalla voi olla myös sellaista arvokasta tietoa lapsensa elämästä, jota hän ei halua tai voi kertoa viranomaisille pelätessään sen hankaloittavan tai pidentävän lapsensa hoitoa. Vanhemmat voivat myös syyttää viranomaisia ja hoitojärjestelmää tapahtuneesta tai kieltäytyä yhteistyöstä. Perheet, jotka valikoituivat tähän tutkimukseen, olivat hyvin yhteistyökykyisiä. Tutkimuksessa tuli esiin perhetyön tarve ja tärkeys oikeuspsykiatristen potilaan hoidossa, koska potilaiden vanhemmat kulkevat mukana

lapsensa hoidossa ja kokevat itsekkin suuria muutoksia elämässään. Vastaavan havainnon tekivät myös Selvin, Almqvist, Kjellin ja Schröder (2016) oikeuspsykiatristen potilaiden osallisuutta tutkiessaan.

Tutkimuksen tulokset osoittivat sekä potilaiden että heidän vanhempiansa kertomana, että rikos on joissakin tapauksissa mahdollista ennakoida riittävän tehokkailla eri viranomaisten keskeisillä interventioilla. Osa haastatelluista potilaista oli oireillut jo nuoruudesta lähtien, osalla oli ollut rankkaa päihteiden käyttöä ja osalla vankilajaksoja. Riskien arviointi jo avohoidossa ja mahdollisten riskipotilaiden tunnistaminen sekä riittävien tukitoimien toteuttaminen ja perheen mukaan ottaminen hoitoon on ensiarvoisen tärkeää. Tulosten mukaan oikeuspsykiatristen potilaan vanhemmat ja muut läheiset haluavat olla aktiivisesti mukana ja osallisia potilaan hoidossa. He kaipaavat potilaan tilaa ja hoitoa koskevan tiedon sekä käytännön ohjauksen lisäksi myös emotionaalista tukea oman trauman käsittelyyn. Samankaltaisia tuloksia on raportoitu Keoghin ym. (2017) tutkimuksessa.

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan on tärkeää huomioida nykyistä tarkemmin ja yksikömmemmin potilaan ja hänen perheensä kuvaukset rikoksesta, selitykset rikokselle ja varsinkin se, minkälaisen identiteetin potilas tai hänen vanhempansa ovat omaksuneet. Narratiivisella menetelmällä löydettiin kolmenlaisia kertomuksia, rikollistarinoita, uhritarinoita ja selviytyjän tarinoita, jotka vaativat hoitavalta taholta toisistaan eroavia lähestymistapoja. Myös potilaiden ja heidän vanhempiansa voimavarat ja selviytymiskeinot ovat keskenään erilaisia. Varsinkin negatiivisten minäkuvien ja ajatusmallien vähentäminen hoitosuhteessa on oleellista. Myös Barnao, Ward ja Casey (2015) sekä Aga ym. (2017) tuovat esiin tutkimuksissaan oikeuspsykiatristen potilaan henkilökohtaisen kokemuksen huomioimisen tärkeyden kuntoutuksessa. Youngsin ja Canterin (2013) sekä Presserin (2009) mukaan narratiivinen lähestymistapa tavoittaa syvällisellä tavalla oikeuspsykiatristen potilaan tulkinnan teosta, jolloin voidaan myös konkreettisesti käsitellä potilaan kokemuksia, suhdetta uhriin, vastuuta ja seurauksia. Presserin (2009) mukaan on tärkeää tavoittaa se, kuinka henkilö kokee maailman, toisin sanoen minkälaisen tulkinnan henkilö antaa tapahtumille, jolloin mahdollisia virhetulkintoja voidaan myös verbalisoida ja neutralisoida.

Hoitaja voi tunnistaa potilaan tarinoiden ja kuvausten kautta tämän yksilöllisen identiteettityypin, mikä auttaa hoitajaa kohtaamaan potilaan entistä vastavuoroisemmin. Tutkimuksessa tuli ilmi, että esimerkiksi ”rikollistarinaa” kertovien potilaiden kohtaamisessa ja hoitamisessa voivat riittävien tunnereaktioiden ja empatian herättelemine sekä uhrin aseman ajattelemine olla adekvaatti lähestymistapa. Potilaat, jotka identifioituvat ja kuvaavat identiteettiään ”rikollistarinan” kautta, kuvaavat elämää ennen rikosta päihteiden käytön sävyttämänä ja antisosiaalisena, eikä rikos juuri herätä katumuksen tunteita. Tämän ryhmän selviytymiskeinona näyttäytyy aiemman, antisosiaalisen elämäntavan välttäminen oikeuspsykiatristen hoidon päätyttyä. ”Uhritarinassa” korostuu uhriutumisen kokemus, usein jo lapsuudesta lähtien, sekä kokemus, ettei adekvaattia apua ole tarjolla. Näiden potilaiden hoidossa on tärkeää pyrkiä ohjaamaan potilasta pois uhrin roolista kohti aktiivisen toimijan roolia ja käsitellä mahdolliset traumat, kun potilaan vointi sen sallii,

koska uhrikokemukset lisäävät väkivaltariskiä. ”Selviytyjän tarina” kuvastaa psyykkisesti sairastunutta henkilöä, joka kohtaa ja hyväksyy raskaan menneisyytensä, sairastumisensa ja tekonsa, usein itsesyytösten ja masennuksen kautta, turvallisessa ja terapeutisessa hoitosuhteessa, ja suuntautuu tulevaisuutta kohti realistisesti ja aktiivisesti.

Tutkimus tuo uutta tietoa siitä, miten oikeuspsykiatrinen henkilökunta käsittelee rikosta hoitosuhteessaan oikeuspsykiatrisen potilaan kanssa. Rikoksen käsittely on keskeinen asia oikeuspsykiatrisen potilaan kuntoutumisessa, ja mikäli sitä ei tehdä asianmukaisesti, hoito voi jäädä pinnalliseksi eikä potilaalle synny realistista kuvaa tapahtuneesta ja siitä, kuinka jatkossa tapahtuneen voisi välttää. Uusintarikollisuuden vähentämiseksi on tärkeää kehittää oikeuspsykiatrista hoitotyötä ja työkaluja rikoksen käsittelyyn, joka tulosten mukaan on ensiarvoisen tärkeää. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan rikosta on käsiteltävä vasta, kun potilaan massiivisin psykoottisuus on lievittynyt. Tähän voi mennä vuosia. Rikoksen käsittelyssä on huomioitava erilaiset tekoon liittyneet riskitekijät ja pyrittävä selvittämään ne, jotta teko ei uusiudu. Sen lisäksi, että hoidossa hoidetaan psyykkistä häiriötä, joka on useimmiten skitsofrenia, pyritään vaikuttamaan rikoksen uusimisriskiin. Potilaan aggressiivisuuden ja depression huomioiminen ja hoitaminen on oleellista.

Hoitajat voivat käyttää esimerkiksi narratiivista menetelmää tai psykoedukaatiota teon käsittelyssä ja pyrkiä tapahtuneen elämykselliseen läpityöstöön. Tekoa on käsiteltävä erityisen varovaisesti, ja hoitajan on huomioitava potilaan mahdollisesti heräävät syyllisyyden ja katumuksen tunteet, jolloin potilas tarvitsee enenevästi tukea. Hänen on annettava surra tapahtumaa ja menetyksiään, eikä hoitaja saa syyllistää häntä. Potilaan itsemurhariski voi kasvaa tekoa käsitellessä. Hoitajan on kiinnitettävä silloin erityistä huomiota hänen vointiinsa, lievitetävä hänen kärsimystään sekä korostettava toivon merkitystä. Rikoksen käsittely ei välttämättä etene lineaarisesti, vaan se voi edetä syklisesti, ja potilas voi palata jo läpi käytyihin vaiheisiin tai olla samanaikaisesti useissa eri vaiheissa. Hoitajan on hyvä tunnistaa, missä vaiheessa potilas on, koska hän osaa tuolloin suhtautua potilaaseen ja rikoksen käsittelyyn vastavuoroisesti ja terapeutisesti potilaan kognitiiviset ja emotionaaliset ominaisuudet huomioiden. On myös otettava huomioon, etteivät kaikki potilaat saavuta sairautentuntoa, oivalluskykyä tai kuntoudu, eivätkä kaikki potilaat halua käsitellä rikostaan, koska kokevat prosessin niin vaikeaksi ja tuskalliseksi. Tällöin on syytä keskittyä vahvistamaan niitä potilaan omia voimavaroja, joiden turvin hän voi kuntoutua.

Tämän tutkimuksen tulokset osoittivat, että potilaat kokevat tahdosta riippumattomaan hoitoon joutumisen traumaattisena ja kaoottisena vaiheena, josta toipuminen voi kestää kauan, kuten myös Olsson, Strand ja Kristiansen (2014) ovat tutkimuksessaan todenneet. Hoidossa voidaan lisäksi joutua rajoittamaan potilaiden itsemääräämisoikeutta ja turvautumaan pakkokeinoihin, jotka tämän tutkimuksen tulosten mukaan saattavat vaikuttaa heidän muistoissaan ja mielikuvissaan vuosia epäluottamusta aiheuttaen. Erytisesti pakkotoimet on syytä käydä läpi, koska tulosten mukaan potilailla on niistä hyvin negatiivisia muistoja ja kokemuksia, jotka vaikuttavat jälkepäin luottamuspulana ja kokemuksena henkilökunnan mielivallasta. Steinertin, Birkin, Flammerin ja Bergkin

(2013) tutkimuksessa kuvattiin pakkotoimien aiheuttavan akuutin stressin lisäksi pitkäaikaisia vaikutuksia, joita olivat itsensä leimaaminen, traumaattiset muistot, negatiiviset asenteet hoitoa ja psykiatrista instituutiota kohtaan sekä jopa posttraumaattisen stressihäiriön oireet. Newmanin, Turnbullin, Bermanin, Rodriguesin ja Serperin (2010) tutkimuksen mukaan aiemmat väkivaltaiset uhrikokemukset sekä altistuminen traumaattisille tapahtumille myötävaikuttavat huomattavasti potilaan oireisiin. Varshneyn, Mahapatran, Krishnanin, Guptan ja Depin (2016) mukaan potilaiden uhrikokemuksiin on kiinnitetty huomattavasti vähemmän huomiota kuin heidän mahdolliseen väkivaltaisuuteensa, vaikka heillä on runsaasti uhrikokemuksia.

Varshneyn ym. (2016) tutkimus vahvistaa tämän tutkimuksen tuloksia siinä, että potilaiden traumaattisiin kokemuksiin, myös pakkokeinojen kohteena olemiseen, on kiinnitettävä enemmän huomiota. Aiemmissä tutkimuksissa (Barnao & Ward 2015; Warburton 2015) on osoitettu selkeiden oikeuspsykiatristen hoitostandardien puute, mikä voi näiden tutkijoiden mukaan johtaa epäasianmukaiseen hoitoon ja jopa vallankäyttöön. Barnao ja Ward (2015) peräänkuuluttivat tutkimuksessaan kokonaisvaltaista oikeuspsykiatrista kuntoutusmallia, joka huomioi myös eettiset kysymykset eikä keskity pelkästään sairauteen tai riskien arviointiin.

Tulokset osoittivat, että potilaat voivat kokea henkilökunnan jäsenet tuomitseviksi sekä kontrollia ja mielivaltaa käyttäviksi. Samanlaisia tuloksia ovat raportoineet Lord, Priest ja McGowan (2016) sekä Hörberg, Sjögren ja Dahlberg (2012). Salzmänn-Erikson, Rydlo ja Wiklund Gustin (2016) ovat tutkimuksessaan korostaneet, että hoitohenkilökunnan tulisi hylätä valvova ja holhoava toimintatapa ja kehittää entistä yksilöllisempää kuntoutusta ja hoitoa.

Potilaan sairaalasta THL:n päätöksellä niin sanotulle valvonta-ajalle sairaanhoito-piirin toimintayksikön valvontaan siirtäminen on suunniteltava ja valmisteltava huolellisesti. Warburtonin (2015) mukaan moderni oikeuspsykiatrinen hoito ei keskity pelkästään ensisijaisesti kuntoutukseen, vaan myös väkivaltariskin vähentämiseen sekä potilaan takaisin omaan yhteisöön siirtämiseen. Samoin kuin aiemmissä tutkimuksissa (Ward & Marshall 2007; Dorkins & Adshead 2011; Ferrito, Vetere, Adshead & Moore 2012; Clarke, Lombard, Sambrook & Kerr 2016) tässä tutkimuksessa oikeuspsykiatriset potilaat toivat esiin pyrkimyksensä rakentaa uudenlainen kuntoutuneen ja muuhun yhteiskuntaan kuuluvan ja palaavan ihmisen identiteetti, ja he toivoivat, ettei heitä määriteltäisi tekemiensä rikosten kautta. Boumanin, Schenen ja de Ruitlerin (2009) tutkimustulosten mukaan oikeuspsykiatrisen potilaan subjektiivinen tyytyväisyys elämänsä tarkoituksenmukaisuuteen, terveydentilaansa ja hoitotahoonsa vähentävät potilaan uusintarikollisuutta. Tässä tutkimuksessa oikeuspsykiatriset potilaat toivat esiin yksilöllisiä keinoja ja suunnitelmia, joilla he halusivat selviytyä ja estää sairaalaan uudestaan joutumisen ja mahdollisen uusintarikoksen.

6.4 Johtopäätökset

Tutkimuksen tulosten perusteella esitetään seuraavat johtopäätökset:

1. Rikoksen merkitys oikeuspsykiatrisen potilaan elämässä vaihtelee laajasti riippuen potilaan rikoksesta sinänsä, sen herättämistä mielikuvista ja tunteista sekä siitä, kuinka potilas arvioi selviytyneensä rikoksen jälkeen.
2. Oikeuspsykiatrisen potilaan traumakokemukset itseensä kohdistetuista pakkotoimista heijastuvat hoitoon pitkäksi ajaksi ja heikentävät hoitomyöntyvyyttä. Oikeuspsykiatrisen potilas kokee autoritäärisen ja kontrolloivan hoitokulttuurin alistavana ja epäluottamusta herättävänä, ja mahdolliset hoidon aikana koetut pakkotoimet voivat heikentää luottamussuhdetta henkilökuntaan. Oikeuspsykiatristen potilaiden traumaattiset kokemukset ja hoidossaan kokemansa pakkotoimet tulee huomioida ja käsitellä nykyistä paremmin vuorovaikutuksessa ja hoitosuhteessa potilaan kanssa.
3. Rikos vaikuttaa merkittävästi oikeuspsykiatrisessa hoidossa olleen potilaan vanhemman elämään. Oikeuspsykiatristen potilaiden vanhemmat haluavat nykyistä aktiivisemmin olla mukana lastensa hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. He kokivat, ettei heidän mielipiteitään ollut riittävästi huomioitu, ennen kuin heidän lapsensa teki rikoksen, joka johti hoitoon. Oikeuspsykiatristen potilaiden vanhemmat tarvitsevat lisäksi ohjausta ja emotionaalista tukea oman traumansa käsittelyyn.
4. Oikeuspsykiatrisen henkilökunta tarvitsee lisää tietämystä ja malleja potilaan tekemän rikoksen käsittelyyn. Hoitosuhteessa terapeutin lähestymistapa rikokseen ja sen käsittelyyn muodostuvat erilaisista vaiheista, jolloin teon oikea-aikainen läpikäynti terapeuttisesti luottamuksellisessa hoitosuhteessa lisää potilaan tietoisuutta ja oivalluskykyä sekä auttaa potilasta tunnistamaan omia voimavarojaan.
5. Oikeuspsykiatrisen potilaan tarinoissa ja kuvauksissa käyttämien identiteettityyppien tunnistaminen ja huomioiminen nykyistä yksilöllisemmin voi suunnata hoitajan toteuttamaan monia erilaisia lähestymistapoja ja näin ohjaamaan potilasta pois haitallisista ajattelu- ja toimintamalleista. Potilaiden käyttämät narratiiviset kuvaukset auttavat heidän omaksumiensa identiteettityyppien tunnistamisessa ja sitä kautta rikoksen käsittelyssä.
6. Kehittämällä aktiivista tiedonkulkua ja traumaattisten kokemusten käsittelyä, lisäämällä hyväksyvää ja tuomitsematonta asennetta sekä kehittämällä rikoksen käsittelyä voidaan parantaa oikeuspsykiatrisen potilaan ja hänen vanhempiensa hoidon laatua.

6.5 Tulosten hyödyntäminen

Tutkimus tuotti uutta, aiemmin kansallisesti ja kansainvälisesti tutkimatonta tietoa erittäin sensitiivisestä aiheesta yhdistäen oikeuspsykiatrisen potilaan, hänen vanhempiansa ja oikeuspsykiatrisen hoitotahon edustajien kokemuksia ja näkemyksiä. Hoitotieteellinen tutkimus tästä aiheesta on ollut erittäin vähäistä, minkä vuoksi tutkimuksen tulokset ovat ainutlaatuisia ja lisäävät toimijoiden tietoisuutta erilaisista toimintatavoista.

Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää oikeuspsykiatrisen potilaan hoidon laatua kehitettäessä huomioimalla tutkimuksen esiin tuomat potilaiden ja heidän vanhempiansa autenttiset kokemukset. Tulokset osoittivat, että oikeuspsykiatrisessa hoidossa tarvitaan nykyistä yksilöllisempiä hoitomalleja, jotka huomioivat paremmin potilaan taustan. Tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä kansallisesti tasalaatuisia hoitomalleja, jolloin oikeuspsykiatrisen potilaan saama hoito ei vaihtele eri hoitopaikoissa. Tutkimuksen tulokset antavat suuntaa siitä, mitä hoitomalleissa tulisi huomioida, kun kehitetään kliinistä hoitotyötä, oikeuspsykiatrista hoitojärjestelmää ja hoitokulttuuria.

Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä oikeuspsykiatrisen henkilökunnan koulutusta varsinkin oikeuspsykiatrisen potilaan ja hänen omaistensa kohtaamiseen ja perhekeskeiseen työskentelyyn. Suomessa ei ole malleja tai yhtenäisiä käytäntöjä oikeuspsykiatriselle perhetyölle. Potilaan ja perheen omia voimavaroja voidaan tukea ja elämänhallintaa parantaa ottamalla perhe nykyistä tiiviimmin mukaan hoitoon.

Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan käyttää myös tarkastelemalla niitä seikkoja, jotka johtavat oikeuspsykiatrisen potilaan tekemän rikoksen tapahtumiseen, ja ottamalla huomioon, miten esimerkiksi perusterveydenhuollossa ja vankeinhoidossa voidaan saada nykyistä tuloksellisempi ote psyykkisesti oireileviin henkilöihin, joilla on riski tehdä rikos. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä hoitotyötä kyseisen henkilöryhmän kartoittamiseksi esimerkiksi etsivän työn ja syrjäytyneisyyttä estävien tukitoimien avulla.

Tutkimuksen tulokset osoittivat tarvetta nykyistä laajemmalle traumatyöskentelylle oikeuspsykiatrisessa hoitojärjestelmässä. Niitä voidaan käyttää kehitettäessä työkaluja trauman työstämiseen huomioimalla oikeuspsykiatrisen potilaan lisäksi hänen omaistensa. Perheen traumatisoituminen on hyvin sensitiivinen asia, ja tutkimustuloksia voidaankin hyödyntää oikeuspsykiatristen potilaiden perheiden kohtaamisessa ja traumaattisten kokemusten esille ottamisessa.

Tuloksista on apua oikeuspsykiatrisen henkilökunnan perehdytyksessä. Tutkimuksen tuloksia voidaan lisäksi hyödyntää kehitettäessä vertaistuellista, eli potilaiden sekä heidän omaistensa muodostamien ryhmien, toimintaa oikeuspsykiatrisessa hoitojärjestelmässä.

6.6 Jatkotutkimusehdotukset

Jatkossa olisi tärkeää tutkia lisää oikeuspsykiatristen potilaiden kokemuksia ja näkemyksiä tekijöistä, joiden he itse arvioivat johtaneen rikoksen tekoon, ja tekijöistä, jotka olisivat voineet suojata heitä tapahtuneelta. Olisi lisäksi tärkeää tutkia, mitkä tekijät tukevat oikeuspsykiatristen potilaiden selviytymistä sairaalan ulkopuolella. Lisää tutkimusta tarvittaisiin myös siitä, kuinka vankeinhoidossa pystytään tunnistamaan ne vakavasti psyykkisesti häiriintyneet henkilöt, joilla on riski jossakin elämänvaiheessaan tehdä rikos sairautensa vuoksi syntyneinä. Lisää tietoa tarvitaan ennaltaehkäisevistä keinoista, joilla näitä henkilöitä voidaan tukea niin, että he saavat tarvitsemansa avun riittävän aikaisin ja mahdollinen rikoskierre voidaan katkaista.

Myös oikeuspsykiatristen potilaiden vanhempien tuen tarvetta olisi tärkeää tutkia jatkossa. Tutkimuksen tulokset osoittivat, että vanhempien kokema traumatisoituminen on yksilöllistä, mutta sen vaikutukset heidän koko elämäänsä ja sen laatuun ovat hyvin laajat. Olisi tarpeellista saada havainnointiin perustuvaa tutkimusta potilaan, hänen perheensä ja hoitavan tahon kohtaamisista ja vuorovaikutuksesta.

7 Lähteet

- Aaltola, J. & Valli, R. 2010. Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. 3. uudistettu painos. PS-kustannus, Jyväskylä.
- Abma, TA. 1998. Storytelling as inquiry in a mental hospital. *Qualitative Health Research* 8, 821–838.
- Absalom-Hornby, V., Gooding, P. & TARRIER, N. 2011a. Coping with Schizophrenia in Forensic Services; The Needs of Relatives. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 199, 398–402.
- Absalom-Hornby, V., Gooding, PA. & TARRIER, N. 2011b. Implementing family intervention within forensic services: The perspectives of clinical staff. *Journal of Mental Health* 20, 355–367.
- Adshead, G., Ferrito, M. & Bose, S. 2015. Recovery after homicide: Narrative shifts in therapy with homicide perpetrators. *Criminal Justice and Behavior* 42, 70–81.
- Aga, N., Vander Laenen, F., Vandeveld, S., Vermeersch, E. & Vanderplasschen, W. 2017. Recovery of Offenders Formerly Labeled as Not Criminally Responsible: Uncovering the Abiguity From First-Person Narratives. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 1–21. DOI: 10.1177/0306624X17730617.
- Ahmed, AO., Hunter, KM., Goodrum, NM., Batten, NJ., Birgenheir, D., Hardison, E., Dixon, T. & Buckley, PF. 2015. A randomized study of cognitive remediation for forensic and mental health patients with schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research* 68, 8–18.
- Aho-Mustonen, K. 2011. Group psychoeducation for forensic long-term patients with schizophrenia. *Dissertations in Education, Humanities, and Theology* 10. Publications of the University of Eastern Finland. University of Eastern Finland, Joensuu.
- Barling, JA. 2011. From go to woe: family member's stories of adolescents and young people living with and dying from cancer. PhD Theses. Southern Cross University, Lismore, NSW, Australia.
- Barnao, M. & Ward, T. 2015. Sailing uncharted seas without a compass: A review of interventions in forensic mental health. *Aggression and Violent Behavior* 22, 77–86.
- Barnao, M., Ward, T. & Casey, S. 2015. Looking Beyond the Illness: Forensic Service Users' Perceptions of Rehabilitation. *Journal of Interpersonal Violence* 30, 1025–1045.
- Blaauw, E., Roesch, R. & Kerkhof, A. 2000. Mental Disorders in European Prison Systems. *International Journal of Law and Psychiatry* 23, 5–6, 649–663.

- Bouman, YHA., Schene, AH. & de Ruiter, C. 2009. Subjective Well-Being and Recidivism in Forensic Psychiatric Outcomes. *International Journal of Forensic Mental Health* 8, 225–234.
- Braun, V. & Clarke, V. 2006. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* 3, 77–101.
- Buckley, PF., Miller, BJ., Lehrer, DS. & Castle, DJ. 2009. Psychiatric comorbidities and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 35, 383–402.
- Canning, AHM., O'Reilly, SA., Wressell, LRS., Cannon, D. & Walker, J. 2009. A survey exploring the provision of carers' support in medium and high secure services in England and Wales. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* 20, 6, 868–885.
- Chang, KH. & Horrocks, S. 2006. Lived experiences of family caregivers of mentally ill relatives. *Journal of Advanced Nursing* 53, 435–443.
- Chow, WS. & Priebe, S. 2016. How has the extent of institutional mental healthcare changed in Western Europe? Analysis of data since 1990. *BMJ Open* 6, e010188. DOI:10.1136/bmjopen-2015-010188.
- Clarke, C., Lumbard, D., Sambrook, S. & Kerr, K. 2016. What does recovery mean to a forensic mental health patient? A systematic review and narrative synthesis of the qualitative literature. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* 27, 38–54.
- Coffey, M. 2006. Researching service user views in forensic mental health: A literature review. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* 17, 73–107.
- Crocker, AG., Nicholls, TL., Seto, MC., Roy, L., Leclair, MC., Brink, J., Simpson, AIF. & Côté, G. 2015. Research Priorities in Mental Health, Justice, and Safety: A Multidisciplinary Stakeholder Report. *International Journal of Forensic Mental Health* 14, 205–217.
- Cullen, AE., Clarke, AY., Kuipers, E., Hodgins, S., Dean, K. & Fahy, T. 2012. A multisite randomized controlled trial of a cognitive skills programme for male mentally disordered offenders: social-cognitive outcomes. *Psychological Medicine* 42, 557–569.
- Day, A., Kozar, C. & Davey, L. 2013. Treatment approaches and offending behavior programs: Some critical issues. *Aggression and Violent Behavior* 18, 630–635.
- De Brito, SA., Viding, E., Kumari, V., Blackwood, N. & Hodgins, S. 2013. Cool and Hot Executive Function Impairments in Violent Offenders with Antisocial Personality Disorder with and without Psychopathy. *PLoS One* 8, 6, e65566.
- Dorkins, E. & Adshead, G. 2011. Working with offenders: challenges to the recovery agenda. *Advances in Psychiatric Treatment* 17, 178–187.
- Drennan, G. & Aldred, D. 2012. Recovery in forensic mental health settings: from alienation to integration. In G. Drennan & D. Aldred (Eds), *Secure recovery: approaches to recovery in forensic mental health settings*. Routledge, London.
- Dressing, H. & Salize, HJ. 2006. Forensic psychiatric assessment in European Union member states. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 114, 4, 282–289.
- Durbeej, N., Palmstierna, T., Berman AH., Kristiansson, M. & Gumpert, CH. 2014. Offenders with mental health problems and problematic substance use: Affective psychopathic personality traits as potential barriers to participation in substance abuse interventions. *Journal of Substance Abuse Treatment* 46, 574–583.
- Dutta, S., Majid, S. & Völlm, 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, 111–119.

- Edworthy, R., Sampson, S. & Völlm, B. 2016. Inpatient forensic psychiatric care: Legal framework and service provision in three European countries. *International Journal of Law and Psychiatry* 47, 18–27.
- Elo, S. & Kyngäs, H. 2008. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62, 107–115.
- Elo, S., Kääriäinen, M., Kanste, O., Pölkki, T., Utriainen, K. & Kyngäs, H. 2014. Qualitative content analysis: A focus on trustworthiness. *SAGE Open* 4, 1–10. DOI:10.1177/2158244014522633.
- 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., Isola, A., Kyngäs, H., Leino-Kilpi, H., Lindström, UÅ., Paavilainen, E., Pietilä, A-M., Salanterä, S., Vehviläinen-Julkunen, K. & Åstedt-Kurki, P. 2012. *Hoitotiede*. Sanoma Pro Oy, Helsinki.
- Eronen, M., Kaltiala-Heino, R. & Kotilainen, I. 2007. Vaarallisuuden arviointi. Missä tilanteissa ja miten väkivaltaisuuden vaaraa arvioidaan Suomessa. *Duodecim* 123, 2375–2380.
- Eronen, M., Seppänen, A. & Kotilainen, I. 2012. Oikeuspsykiatrin arviointi ja hoito Suomessa. *Suomen lääkirilehti* 23, 1823–1827.
- Erwin, E.J., Brotherson, M.J. & Summers, J.A. 2011. Understanding Qualitative Metasynthesis. Issues and Opportunities in Early Childhood Interventions Research. *Journal of Early Interventions* 33, 186–200.
- Eskelinen, S. 2017. Physical health of patients with schizophrenia. Findings from a health examination study. Academic dissertation. Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, University of Helsinki.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2008. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Vastapaino, Jyväskylä.
- Evans, D.N. & Cubellis, M.A. 2015. Coping with Stigma: How Registered Sex Offenders Manage their Public Identities. *American Journal of Criminal Justice* 40, 593–619.
- Ewertzon, M., Lützn, K., Svensson, E. & Andershed, B. 2010. Family members' involvement in psychiatric care: experiences of the healthcare professionals' approach and feeling of alienation. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 17, 422–432.
- Fazel, S., Fimińska, Z., Cocks, C. & Coid, J. 2016. Patient outcomes following discharge from secure psychiatric hospitals: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry* 208, 17–25.
- Fazel, S., Wolf, A., Fimińska, Z. & Larsson, H. 2016. Mortality, Rehospitalisation and Violent Crime in Forensic Psychiatric Patients Discharged from Hospital: Rates and Risk Factors. *PLoS ONE* 11, 5, e0155906.
- Ferriter, M. & Huband, N. 2003. Experiences of parents with a son or daughter suffering from schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 10, 552–560.
- Ferrito, M., Vetere, A., Adshead, G. & Moore, E. 2012. Life after homicide: Accounts of recovery and redemption of offender patients in a high security hospital – A qualitative study. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* 23, 327–344.
- Finfgeld, D. 2003. Metasynthesis: The State of the Art – So Far. *Qualitative Health Research* 13, 7, 893–904.
- Finfgeld-Connett, D. 2010. Generalizability and transferability of metasynthesis research findings. *Journal of Advanced Nursing* 66, 2, 246–254.
- Finlayson, K.W. & Dixon, A. 2008. Qualitative meta-synthesis: a guide for the novice. *Nurse Research* 15, 59–71.

- Fitzgerald, M. 2011. An evaluation of the impact of a social inclusion programme on occupational functioning for forensic service users. *British Journal of Occupational Therapy* 74, 10, 465–472.
- Gelkopf, M., Roffe, Z., Behrbalk, P. & Bleich, A. 2009. Attitudes, Opinions, Behaviors, and Emotions of the Nursing Staff Toward Patient Restraint. *Issues in Mental Health Nursing* 30, 758–763.
- Giacco, D., Dirik, A., Kaselionyte, J. & Priebe, S. 2017. How to make carer involvement in mental health inpatient units happen: a focus group study with patients, carers and clinicians. *BMC Psychiatry* 17, 101, 1–13.
- Gilbert, F. & Daffern, M. 2010. Integrating contemporary aggression theory with violent offender treatment: How thoroughly do interventions target violent behavior? *Aggression and Violent Behavior* 15, 167–180.
- Gordon, H. & Lindqvist, P. 2007. Forensic Psychiatry in Europe. *Psychiatric Bulletin* 31, 421–424.
- Grann, M. & Wedin, I. 2002. Risk factors for recidivism among spousal assault and spousal homicide offenders. *Psychology, Crime, and Law* 8, 5–23.
- Halcomb, E.J. & Andrew, S. 2005. Triangulation as a method for contemporary nursing research. *Nurse Researcher* 13, 71–82.
- Haw, C., Stubbs, J., Bickle, A. & Stewart, I. 2011. Coercive treatments in forensic psychiatry: a study of patients' experiences and preferences. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* 22, 564–585.
- Heikkinen, HLT., Huttunen, R., Syrjälä, L. & Pesonen, J. 2012. Action research and narrative inquiry: five principles for validation revisited. *Educational Action Research* 20, 5–21.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2016. Tutki ja kirjoita. 15. osin uudistettu painos. Tammi, Helsinki.
- Hodgins, S. & Müller-Isberner, R. 2004. Preventing crime by people with schizophrenic disorders: the role of psychiatric services. *British Journal of Psychiatry* 185, 245–250.
- Hodgins, S., Tiihonen, J. & Ross, D. 2005. The consequences of Conduct Disorder for males who develop schizophrenia: Associations with criminality, aggressive behavior, substance use, and psychiatric services. *Schizophrenia Research* 78, 323–335.
- Hodgins, S., Müller-Isberner, R. & Allaire, J-F. 2006. Attempting to Understand the Increase in the Numbers of Forensic Beds in Europe: A Multisite Study of Patients in Forensic and General Psychiatric Services. *International Journal of Forensic Mental Health* 5, 2, 173–184.
- Hodgins, S., Müller-Isberner, R., Tiihonen, J., Repo-Tiihonen, E., Eronen, M., Eaves, D., Hart, S., Webster, C., Levander, S., Tuninger, E., Ross, D. & Kronstrand, R. 2007a. A Comparison of General Adult and Forensic Patients with Schizophrenia Living in the Community. *International Journal of Forensic Mental Health* 6, 63–75.
- Hodgins, S., Tengström, A., Eriksson, A., Österman, R., Kronstrand, R., Eaves, D., Hart, S., Webster, C., Ross, D., Levin, A., Levander, S., Tuninger, E., Müller-Isberner, R., Freese, R., Tiihonen, J., Kotilainen, I., Repo-Tiihonen, E., Väänänen, K., Eronen, M., Vokkolainen, A. & Vartiainen, H. 2007b. A multisite study of community treatment programs for mentally ill offenders with major mental disorders: design, measures, and the forensic sample. *Criminal Justice and Behavior* 34, 211–228.
- Hogan, NR. & Olver, ME. 2016. Assessing Risk for Aggression in Forensic Psychiatric Inpatients: An Examination of Five Measures. *Law and Human Behavior* 40, 3, 233–243.
- Holmes, D., Murray ST. & Knack, N. 2015. Experiencing Seclusion in a Forensic Psychiatric Setting: A Phenomenological Study. *Journal of Forensic Nursing* 11, 200–213.

- Hsu, M-C. & Tu, C-H. 2013. Adult patients with schizophrenia using violence towards their parents: a phenomenological study of views and experiences of violence in parent-child dyads. *Journal of Advanced Nursing* 70, 336–349.
- Hui, A., Middleton, H. & Völlm, B. 2013. Coercive Measures in Forensic Settings: Findings from the Literature. *International Journal of Forensic Mental Health* 12, 53–67.
- Hänninen, V. 2000. Sisäinen tarina, elämä ja muutos. Akateeminen väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 696. Sosiologian ja sosiaalipsykologian laitos, Tampereen yliopisto.
- Hörberg, U., Sjögren, R. & Dahlberg, K. 2012. To be strategically struggling against resignation: The lived experience of being cared for in forensic psychiatric care. *Issues in Mental Health Nursing* 33, 743–751.
- Hörberg, U. 2015. Caring Science and the Development of Forensic Psychiatric Caring. Perspectives in Psychiatric Care 51, 277–284.
- Hörberg, U., Benzein, E., Erlingsson, C. & Syrén, S. 2015. Engaging with Families Is a Challenge: Beliefs among Healthcare Professionals in Forensic Psychiatric Care. *Nursing Research and Practice* 15, 1–10.
- Hörberg, U. & Dahlberg, K. 2015. Caring potentials in the shadows of power, correction, and discipline – Forensic psychiatric care in the light of the work of Michel Foucault. *International Journal of Qualitative Studies in Health and Well-Being* 10, 1–9.
- Jacob, JD. 2012. The rhetoric of therapy in forensic psychiatric nursing. *Journal of Forensic Nursing* 8, 178–187.
- Joint Commissioning Panel for Mental Health. 2013. Guidance for commissioners of forensic mental health services. Centre for Mental Health. Haettu osoitteesta <https://www.jcpmh.info/wp-content/uploads/jcpmh-forensic-guide.pdf>.
- Joukamaa, M., Aarnio, J., von Gruenewaldt, V., Hakamäki, S., Hypén, K., Lauerma, H., Lintonen, T., Mattila, A., Tyni, S., Vartiainen, H., Viitanen, P. & Wuolijoki, T. 2010. Rikosseuraamusasiakkaiden terveys, työkyky ja hoidontarve. Perustulosraportti. Rikosseuraamuslaitoksen julkaisuja 1/2010. Vammalan Kirjapaino Oy.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. WSOY, Helsinki.
- Kansaneläkelaitos. 2017. Työntajat. GAF. Haettu osoitteesta <http://www.kela.fi/documents/10180/12149/gafarviointi.pdf>.
- Katsakou, C., Bowers, L., Amos, T., Morris, R., Rose, D., Wykes, T. & Priebe, S. 2010. Coercion and Treatment Satisfaction Among Involuntary Patients. *Psychiatric Services* 61, 286–292.
- Keogh, B., Skärsäter, I., Doyle, L., Ellilä, H., Jormfeldt, H., Lahti, M., Higgins, A., Meade, O., Sitvast, J., Stickley, T. & Kilcku, N. 2017. Working with Families Affected by Mental Distress: Stakeholders perceptions of Mental Health Nurses Educational needs. *Issues in Mental Health Nursing* 38, 10, 822–828.
- Keski-Valkama, A., Koivisto, A-M., Eronen, M. & Kaltiala-Heino, R. 2010. Forensic and general psychiatric patients' view of seclusion: A comparative study. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology* 21, 446–461.
- Kirkpatrick, H. 2008. A narrative framework for understanding experiences of people with severe mental illnesses. *Archives of Psychiatric Nursing* 22, 61–68.
- Kivimies, K., Repo-Tiihonen, E. & Tiihonen, J. 2012. The Substance Use among Forensic Psychiatric Patients. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 38, 273–277.
- Kivimies, K., Repo-Tiihonen, E., Kautiainen, H. & Tiihonen, J. 2014. Previous forensic mental examination is a useful marker indicating effective violence relapse prevention among psychotic patients. *Nordic Journal of Psychiatry* 68, 5, 311–315.

- Kontio, R., Välimäki, M., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Scott, A. & Joffe, G. 2010. Patient restrictions: Are there ethical alternatives to seclusion and restraint? *Nursing Ethics* 17, 65–76.
- Kontio, R. 2011. Patient Seclusion and Restraint Practices in Psychiatric Hospitals – Towards Evidence Based Clinical Nursing. Academic dissertation. *Annales Universitatis Turkuensis D 951*. Department of Nursing Science, Faculty of Medicine, University of Turku.
- Kontio, R., Joffe, G., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Hane, K., Holi, M. & Välimäki, M. 2012. Seclusion and Restraint in Psychiatry: Patients' Experiences and Practical Suggestions on How to Improve Practices and Use Alternatives. *Perspectives in Psychiatric Care* 48, 16–24.
- Kontio, R., Joutsenniemi, K., Hottinen, A. & Paavilainen, E. 2015. Käsikirja vaihtoehtoisista menetelmistä ja mielenterveyslain mukaisista rajoitustoimenpiteistä HUS Psykiatriassa. HUS HYKS Psykiatrian tulosityksikkö. ISBN 978-952-9679-33-5.
- Kontio, R., Lantta, T., Anttila, M., Kauppi, K. & Välimäki, M. 2017. Family Involvement in Managing Violence of Mental Health Patients. *Perspectives in Psychiatric Care* 53, 55–66.
- Korhonen, A., Hakulinen-Viitanen, T., Jylhä, V. & Holopainen, A. 2013. Meta-synthesis and evidence-based health care – a method for systematic review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 27, 1027–1034.
- Korhonen, P. 2008. Syytetytyn mielentilan tutkiminen. Haettu osoitteesta https://oikeus.fi/hovioikeudet/helsinginhovioikeus/material/attachments/oikeus_hovioikeudet_helsinginhovioikeus/julkaisut/painetutjulkaisut/kirjoituksiatodistusoikeudesta2006/IpJ8DYB6l/08_Syytetytyn_mielentilan_tutkiminen_Paula_Korhonen.pdf.
- Koskinen, J., Löhönen, J., Koponen, H., Isohanni, M. & Miettunen, J. 2009. Prevalence of alcohol use disorders in schizophrenia – a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 120, 85–96.
- Koskinen, J., Löhönen, J., Koponen, H., Isohanni, M. & Miettunen, J. 2010. Rate of Cannabis Use Disorders in Clinical Samples of Patients With Schizophrenia: A Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin* 36, 1115–1130.
- Kottorp, A., Heuchemer, B., Lie, IP. & Gumpert, CH. 2013. Evaluation of activities of daily living ability and awareness among clients in a forensic psychiatry evaluation unit in Sweden. *British Journal of Occupational Therapy* 76, 1, 23–30.
- Krona, H., Nyman, M., Andreasson, H., Vicencio, N., Anckarsäter, H., Wallinius, M., Nilsson, T. & Hofvander, B. 2017. Mentally disordered offenders in Sweden: differentiating recidivists from non-recidivists in a 10-year follow-up study. *Nordic Journal of Psychiatry* 71, 2, 102–109.
- 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.
- Kuosmanen, A., Tiihonen, J., Repo-Tiihonen, E., Eronen, M. & Turunen, H. 2013. Patient Safety Culture in Two Finnish State-Run Forensic Psychiatric Hospitals. *Journal of Forensic Nursing* 9, 207–216.
- Kuosmanen, L., Hätönen, H., Jyrkinen, AR., Katajisto, J. & Välimäki. 2006. Patient satisfaction with psychiatric inpatient care. *Journal of Advanced Nursing* 55, 655–663.
- Kuosmanen, L., Makkonen, P., Lehtilä, H. & Salminen, H. 2015. Seclusion experienced by mental health professionals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 22, 333–336.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2012. Laadullinen terveystutkimus. Edita Prima Oy, Helsinki.
- Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M. & Kanste, O. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 23, 138–148.

- Käypä hoito -suositus. Skitsofrenia. 2015. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Helsinki. Haettu osoitteesta <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi35050>.
- Laithwaite, H. & Gumley, A. 2007. Sense of Self, Adaptation and Recovery in Patients with Psychosis in a Forensic NHS Setting. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 14, 302–316.
- Laki kehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain muuttamisesta 381/2016. Haettu osoitteesta <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2016/20160381>.
- Lepola, U., Koponen, H., Leinonen, E., Joukamaa, M., Isohanni, M. & Hakola, P. 2008. *Psykiatria*. Sanoma Pro Oy, Helsinki.
- Lindberg, N. 2003. Sleep in mental and behavioural disorders. Academic dissertation. Institute of Clinical Medicine, Department of Psychiatry and Institute of Biomedicine, Department of Physiology, University of Helsinki.
- Lindberg, N., Putkonen, H., Turpeinen, S., Seppänen, A. & Soininen, P. 2016. Kellokosken sairaalan mielentilatutkimusopas. HUS HYKS Psykiatrian tulosityksikkö.
- Lobbestael, J., Leurgans, M. & Arntz, A. 2011. Inter-Rater Reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID I) and Axis II Disorders (SCID II). *Clinical Psychology and Psychotherapy* 18, 75–79.
- Long, CG., Fulton, B. & Dolley, O. 2015. Using psychoeducation to motivate engagement for women with personality disorder in secure settings. *Journal of Psychiatric Intensive Care* 11, 18–25.
- Lord, K., Priest, H. & McGowan, A. 2016. Therapeutic engagement in medium-secure care: an interpretative phenomenological analysis of service users' experiences. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* 27, 55–76.
- Louheranta, O., Keskitalo, N. & Salolahti, J. 2017. Seksuaalisuuden tabut suljetuissa yhteisöissä. Toim. Kiuru & Strömberg-Jakka. Unipress.
- MacInnes, DL. & Watson, JP. 2002. The differences in perceived burdens between forensic and non-forensic caregivers of individuals suffering from schizophrenia. *Journal of Mental Health* 11, 375–388.
- Mason, T., Coyle, D. & Lovell, A. 2008. Forensic psychiatric nursing: skills and competencies: II clinical aspect. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 15, 131–139.
- McAuliffe, R., O'Connor, L. & Meagher, D. 2014. Parents' experience of living with and caring for an adult son or daughter with schizophrenia at home in Ireland: a qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 21, 145–153.
- McDermott, BE., Edens, JF., Quanbeck, CD., Busse, D. & Scott, CL. 2008. Examining the role of static and dynamic risk factors in the prediction of inpatients violence: Variable- and person-focused analyses. *Law and Human Behavior* 32, 325–338.
- McGinty, EE., Webster, DW. & Barry, CL. 2013. Effects of News Media Messages About Mass Shootings on Attitudes Toward Persons With Serious Mental Illness and Public Support for Gun Control Policies. *The American Journal of Psychiatry* 170, 494–501.
- McNeil, S. 2013. Understanding Family-Centered Care in the Mental Health System: Perspectives from Family Members Caring for Relatives with Mental Health Issues. *Social Work in Mental Health* 11, 55–74.
- Mezey, GC., Kavuma, M., Turton, P., Demetriou, A. & Wright, C. 2010. Perceptions, experiences and meanings of recovery in forensic psychiatric patients. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* 21, 683–696.

- Michel, SF., Riaz, M., Webster, C., Hart, SD., Levander, S., Müller-Isberner, R., Tiihonen, J., Repo-Tiihonen, E., Tuninger, E. & Hodgins, S. 2013. Using the HCR-20 to predict aggressive behaviour among men with schizophrenia living in the community: Accuracy of prediction, general and forensic settings, and dynamic risk factors. *International Journal of Forensic Mental Health* 12, 1–13.
- Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. Haettu osoitteesta <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>.
- Nedopil, N. 2009. The role of forensic psychiatry in mental health systems in Europe. *Criminal Behaviour and Mental Health* 19, 224–234.
- Nedopil, N., Taylor, P. & Gunn, J. 2015. Forensic psychiatry in Europe: The perspective of the Ghent Group. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* 19, 80–83.
- Newbury-Helps, J., Feigenbaum, J. & Fonagy, P. 2017. Offenders With Antisocial Personality Disorder Display More Impairments in Mentalizing. *Journal of Personality Disorders* 31, 232–255.
- Newman, D., O'Reilly, P., Hwa Lee, S. & Kennedy, C. 2017. Challenges in accessing and interviewing participants with severe mental illness. *Nurse Researcher* 25, 37–42.
- Newman, JM., Turnbull, A., Berman, BA., Rodrigues, S. & Serper, MR. 2010. Impact of Traumatic and Violent Victimization Experiences in Individuals With Schizophrenia and Schizoaffective Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 10, 708–714.
- Niemi, H. 2013. Syyntakeisuusarviointien muutokset – syyt ja seuraukset. Haaste 1/13. Haettu osoitteesta <http://www.haaste.om.fi/fi/index/lehtiarkisto/haaste12013/syyntakeisuusarviointienmuutokset-syytjaseuraukset.html>.
- Nitschke, J., Osterheider, M. & Mokros, A. 2011. Schizophrenic diseases, psychosis and homicide: the importance of community psychiatry for the prevention of offences. *Psychiatrische Praxis* 38, 82–86.
- Niuvanniemen sairaala. 2016. Tulossopimus 2017. Haettu osoitteesta http://www.niiva.fi/toiminta/tulosohjaus/Tulossopimus_2017.pdf.
- Nordström, A., Kullgren, G. & Dahlgren, L. 2006. Schizophrenia and violent crime: The experience of parents. *International Journal of Law and Psychiatry* 29, 57–67.
- Ogden, LP. 2014. “My life as it is has value”: Narrating schizophrenia in later years. *Qualitative Health Research* 24, 1342–1355.
- Ojansuu, I., Putkonen, H. & Tiihonen, J. 2015. Mortality among forensic psychiatric patients in Finland. *Nordic Journal of Psychiatry* 69, 25–27.
- 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, 191–197.
- Olsson, H., Strand, S. & Kristiansen, L. 2014. Reaching a turning point – how patients in forensic care describe trajectories of recovery. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 28, 505–514.
- O'Reilly, K., Donohoe, G., O'Sullivan, D., Coyle, C., Mullaney, R., O'Connell, P., Maddock, C., Nulty, A., O'Flynn, P., O'Connell, C. & Kennedy, HG. 2016. Study protocol: a randomised controlled trial of cognitive remediation for a national cohort of forensic mental health patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *BMC Psychiatry* 16, 5, 1–13.
- O'Shea, LE. & Dickens, GL. 2014. Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START): Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychological Assessment* 26, 3, 990–1002.
- Paavola, P. & Tiihonen, J. 2010. Seasonal variation of seclusion incidents from violent and suicidal acts in forensic psychiatric patients. *International Journal of Law and Psychiatry* 33, 27–34.

- Pearson, V. & Tsang, HWH. 2004. Duty, burden, and ambivalence: Families of forensic psychiatric patients in Hong Kong. *International Journal of Law and Psychiatry* 27, 361–374.
- Persson, M., Belfrage, H. & Kristiansson, M. 2017. Violent victimization and health service utilization in a forensic psychiatric context: a comparison between offenders with mental disorders and matched controls. *BMC Psychiatry* 17, 91. DOI:10.1186/s12888-017-1251-0.
- Presser, L. 2009. The narratives of offenders. *Theoretical Criminology* 13, 177–200.
- 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. *BMJ* 330, 123–126.
- Putkonen, A. 2007. *Mental Disorders and Violent Crime, Epidemiological Study on Factors Associated with Severe Violent Offending*. Doctoral dissertation. Kuopio University Publications D. Medical Sciences 422. Department of Forensic Psychiatry, University of Kuopio and Niuvanniemi Hospital.
- Putkonen, A., Kuivalainen, S., Louheranta, O., Repo-Tiihonen, E., Ryyänen, OP., Kautiainen, H. & Tiihonen, J. 2013. Cluster-Randomized Controlled Trial of Reducing Seclusion and Restraint in Secured Care of Men With Schizophrenia. *Psychiatric Services* 64, 850–855.
- Raboch, J., Kališová, L., Nawka, A., Kitzlerová, E., Onchev, G., Karastergiou, A., Magliano, L., Dembinskas, A., Kiejna, A., Torres-Gonzales, F., Kjellin, L., Priebe, S. & Kallert, TW. 2010. Use of Coercive Measures During Involuntary Hospitalization: Findings From Ten European Countries. *Psychiatric Services* 61, 1012–1017.
- Radfar, M., Ahmadi, F. & Fallahi Knoshknab, M. 2014. Turbulent life: the experiences of family members of patients suffering from depression. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 21, 249–256.
- Rautanen, M., Brotherus, L., Soukkanen, M., Niinistö, K. & Ahlgrén-Rimpiläinen, A. 2015. Oikeuspsykiatrisen potilas on matkalla avohoitoon. *Suomen lääkärilehti* 40, 3394–3396.
- Richards, M., Doyle, M. & Cook, P. 2009. A literature review of family interventions for dual diagnosis implication for forensic mental health services. *British Journal of Forensic Practice* 11, 39–49.
- Rikoslaki 19.12.1889/39. Haettu osoitteesta <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1889/18890039001>.
- Robertson, MD. & Walter, G. 2008. Many faces of the dual-role dilemma in psychiatric ethics. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 42, 228–235.
- Rowaert, S., Vandeveldel, 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.
- Rowaert, S., Vandeveldel, S., Lemmens, G. & Audenaert, K. 2017. How family members of mentally ill offenders experience the internment measure and (forensic) psychiatric treatment in Belgium: A qualitative study. *International Journal of Law and Psychiatry* 54, 76–82.
- Rowaert, S. 2018. *Supporting family members of mentally ill offenders: A strengths-based approach*. A dissertation submitted to Ghent University in partial fulfilment of the requirements for the degree of Doctor in Educational Sciences. Faculty of psychology and educational sciences. Ghent University, Belgium.
- Räsänen, P., Tiihonen, J., Isohanni, M., Rantakallio, P., Lehtonen, J. & Moring, J. 1998. Schizophrenia, Alcohol Abuse, and Violent Behavior: A 26-Year Follow-up Study of an Unselected Birth Cohort. *Schizophrenia Bulletin* 24, 437–441.

- Salzmann-Erikson, M., Rydlo, C. & Wiklund Gustin, L. 2016. Getting to know the person behind the illness – the significance of interacting with patients hospitalised in forensic psychiatric settings. *Journal of Clinical Nursing* 25, 1426–1434.
- Sandelowski, M., Docherty, S. & Emden, C. 1997. Qualitative Metasynthesis: Issues and Techniques. *Research in Nursing and Health* 20, 365–371.
- Sandelowski, M. & Barroso, J. 2002. Finding the Findings in Qualitative Studies. *Journal of Nursing Scholarship* 43, 213–219.
- Sandelowski, M., Barroso, J. & Voils, CI. 2007. Using Qualitative Metasummary to Synthesize Qualitative and Quantitative Descriptive Findings. *Research in Nursing & Health* 30, 1, 99–111.
- Saveman, BI. 2010. Family Nursing Research for Practice: The Swedish Perspective. *Journal of Family Nursing* 16, 26–44.
- Schel, SHH., Bouman, YHA. & Bulten, BH. 2015. Quality of Life in Long-Term Forensic Psychiatric Care: Comparison of Self-Report and Proxy Assessments. *Archives of Psychiatric Nursing* 29, 162–167.
- Schneider, SL. & Wright, RC. 2004. Understanding Denial in Sexual Offenders. A Review of Cognitive and Motivational Processes to Avoid Responsibility. *Trauma, Violence, & Abuse* 5, 3–20.
- Selvin, M., Almqvist, K., Kjellin, L. & Schröder, A. 2016. The Concept of Patient Participation in Forensic Psychiatric Care: The Patient Perspective. *Journal of Forensic Nursing* 12, 57–63.
- 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, 47–55.
- Soininen, P. 2014. Coercion, Perceived Care and Quality of Life among Patients in Psychiatric Hospitals. Academic dissertation. *Annales Universitatis Turkuensis D 1102*. Department of Nursing Science, Faculty of Medicine, University of Turku.
- Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. 2005. Työryhmämuistioita 20. Rikos- ja mielenterveyslain yhteensovittaminen – kriminaalipotilaita koskevat säädökset. Haettu osoitteesta <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/71934/TRM200520.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. 2014. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön raportteja ja muistioita 12. Matti Suistomaa. Selvitys vankiterveydenhuollosta. Haettu osoitteesta https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70290/URN_ISBN_978-952-00-3510-5.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. 2016. Itsemääräämisoikeuslainsäädännön valmistelu jatkuu tänä syksynä. Haettu osoitteesta http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/itsemaaraamisoikeuslainsaadannon-valmistelu-jatkuu-tana-syksyna.
- Steinert, T., Birk, M., Flammer, E. & Bergk, J. 2013. Subjective Distress After Seclusion or Mechanical Restraint: One-Year Follow-Up of a Randomized Controlled Study. *Psychiatric Services* 64, 1012–1017.
- Stuewig, J., Tangney, JP., Heigel, C., Harty, L. & McCloskey, L. 2010. Shaming, blaming and maiming: Functional links among the moral emotions, externalization of blame and aggression. *Journal of Research in Personality* 44, 91–102.
- Suontaka, M., Lindberg, N. & Putkonen, H. 2007. Kriminaalipotilaille harkitaan velvoitteista avohoitoa. *Duodecim* 123, 2391–2397.
- Tangney, JP., Stuewig, J. & Hafez, L. 2011. Shame, guilt, and remorse: implications for offender populations. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* 22, 706–723.

- Temmingh, H. & Stein, DJ. 2015. Anxiety in Patients with Schizophrenia: Epidemiology and Management. *CNS Drugs* 29, 10, 819–832.
- 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.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2011. Mielentilatutkimus- ja vaarallisuusarviolausuntojen laatimisohteet. Haettu osoitteesta <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80084/f53130ab-3b97-40da-8e9d-6dce6486b8e6.pdf?sequence=1>.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2016a. Tilastoraportti. Psykiatrinen erikoissairaanhoido 2014.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2016b. Lainsäädäntö. Haettu osoitteesta <https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyspalvelut/oikeuspsykiatria/lainsaadanto>.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2018a. Oikeuspsykiatristen asioiden lautakunnassa käsitellyt asiat 2008–2017. Haettu osoitteesta <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyspalvelut/oikeuspsykiatria/tilastotietoa-oikeuspsykiatristen-asioiden-lautakunnan-paatoksista>.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2018b. Tilastotietoa oikeuspsykiatristen asioiden lautakunnan päätöksistä. Haettu osoitteesta <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyspalvelut/oikeuspsykiatria/tilastotietoa-oikeuspsykiatristen-asioiden-lautakunnan-paatoksista>.
- Tiihonen, J., Mittendorfer-Rutz, E., Majak, M., Mehtälä, J., Hoti, F., Jedenius, E., Enksson, D., Leval, A., Sermon, J., Tanskanen, A. & Taipale, H. 2017. Real-World Effectiveness of Antipsychotic Treatments in a Nationwide Cohort of 29 823 Patients With Schizophrenia. *JAMA Psychiatry* 74, 686–693.
- Tilastokeskus. 2015. Tietoa tilastoista. Käsitteet. Haettu osoitteesta <http://www.stat.fi/meta/kas/perhe.html>.
- Tsang, HWH., Pearson, V. & Yuen, CH. 2002. Family needs and burdens of mentally ill offenders. *International Journal of Rehabilitation Research* 25, 25–32.
- Tuhkanen, H. 2012. Rikollisuuden syyt, syyntakeisuus ja mielentilan tutkiminen. Tutkielma, kriminologia. Oikeustieteiden tiedekunta, Lapin yliopisto.
- Tuovinen, S. 2017. Reduction of Seclusion and Restraint and Hospital Violence During Involuntary Forensic Psychiatric Care. Dissertations in Health Sciences 446. Publications of the University of Eastern Finland. Department of Nursing Science, and Department of Forensic Psychiatry, Faculty of Health Sciences, University of Eastern Finland, Kuopio.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje. Haettu osoitteesta http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf.
- Vaismoradi, M., Turunen, H. & Bondas, T. 2013. Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing and Health Sciences* 15, 398–405.
- Vallentine, V., Tapp, J., Dudley, A., Wilson, C. & Moore, E. 2010. Psycho-educational groupwork for detained offender patients: understanding mental illness. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* 21, 393–406.
- Varshney, M., Mahapatra, A., Krishnan, V., Gupta, R. & Dep, KS. 2016. Violence and mental illness: what is the true story? *Journal of Epidemiology & Community Health* 70, 223–225.
- Volkow, ND. 2009. Substance Use Disorders in Schizophrenia – Clinical Implications of Comorbidity. *Schizophrenia Bulletin* 35, 469–472.
- Walsh, D. & Downe, S. 2005. Meta-synthesis method for qualitative research: a literature review. *Journal of Advanced Nursing* 50, 2, 204–211.

- Walsh, D. & Downe, S. 2006. Appraising the quality of qualitative research. *Mid-wifery* 22, 2, 108–119.
- Warburton, KD. 2015. A new standard of care for forensic mental health treatment: prioritizing forensic intervention. *CNS Spectrums* 20, 172–176.
- Ward, T. & Marshall, B. 2007. Narrative Identity and Offender Rehabilitation. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 51, 279–297.
- Webster, CD., Nicholls, TL., Martin, M-L., Desmarais, SL. & Brink, J. 2006. Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START): The Case for a New Structured Professional Judgment Scheme. *Behavioral Sciences and the Law* 24, 747–766.
- Weimand, BM., Hedelin, B., Hall-Lord, M-L. & Sällström, C. 2011. “Left Alone with Straining but Inescapable Responsibilities”: Relatives’ Experiences with Mental Health Services. *Issues in Mental Health Nursing* 32, 703–710.
- Weizmann-Henelius, G., Sailas, E., Viemerö, V. & Eronen, M. 2002. Violent Women, Blame Attribution, Crime, And Personality. *Psychopathology* 35, 355–361.
- West, ML., Vayshenker, B., Rotter, M. & Yanos, PT. 2015. The Influence of Mental Illness and Criminality Self-Stigmas and Racial Self-Concept on Outcomes in a Forensic Psychiatric Sample. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 38, 150–157.
- WHO. 1992. World Health Organization. *International Statistical Classification of Diseases and Health related problems, 10th revision*. World Health Organization, Geneva.
- 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, 197–204.
- Wright, K. & Gudjonsson, GH. 2007. The development of a scale for measuring offence-related feelings of shame and guilt. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* 18, 307–316.
- Wright, K., Gudjonsson, GH. & Young, S. 2008. An investigation of the relationship between anger and offence-related shame and guilt. *Psychology, Crime & Law* 14, 415–423.
- Youngs, D. & Canter, DV. 2013. Offenders’ Crime Narratives as Revealed by the Narrative Roles Questionnaire: *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 57, 289–311.
- Zauszniewski, JA., Bekhet, AK. & Suresky, MJ. 2010. Resilience in family members of persons with serious mental illness. *The Nursing Clinics of North America* 45, 613–626.
- Årestedt, L., Persson, C. & Benzein, E. 2014. Living as a family in the midst of chronic illness. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 28, 29–37.

8 Alkuperäisjulkaisut

Forensic Psychiatric Patients' Narratives of Their Offense

Riitta Anneli Askola, RN, MNsc, PhD (student)

University of Tampere, School of Health Sciences, Tampere, Finland

Olavi Louheranta, ThM, PhD

Niuvanniemi Hospital, Kuopio, Finland

Eija Paavilainen, PhD and Päivi Åstedt-Kurki, PhD

University of Tampere, School of Health Sciences, Tampere, Finland

Päivi Soininen, PhD, MhSc, RN, and Hanna Putkonen, PhD

Hospital District of Helsinki and Uusimaa, Tuusula, Finland

Merja Nikkonen, PhD

University of Tampere, School of Health Sciences, Tampere, Finland

Correspondence: Riitta Askola, riitta.askola@welho.com

ABSTRACT

This study aims to describe forensic psychiatric patients' experiences of their offense and its meaning for their lives, and to increase the understanding of the meaning of the offense in the eyes of the patient. The data analyzed was collected by interviews with forensic psychiatric patients and analyzed by narrative analysis. The findings suggest that forensic psychiatric patients have different types of stories describing the offense and its meaning in their lives. Illness narratives can be utilized therapeutically because they may construct patients' identity, experiences and their situation as people with an illness seek explanations and meanings for their plight.

Keywords: forensic patient, offense, narrative, recovery

The offense is a very traumatic event in a forensic psychiatric patient's life (Kristiansson et al., 2004; Henrichs & Bogaerts, 2012). Some results indicate that the prevalence between psychosis and severe violence is approximately 20-25 times higher than among those with no mental disorder (Fazel et al., 2009; Markowitz, 2011; Yee et al., 2011). Spencer & Tie (2013) claim that psychiatric offenders having committed serious violent offenses may not realize the wrongfulness of their actions. According to Joyce et al. (2013) offending in mentally disordered offenders may be facilitated by an inability to think clearly and/or rationally. There appear to be several models of offender rehabilitation, i.e. risk management and a model which is concerned with the enhancement of offenders' capabilities to improve their quality of life (Marshall et al., 2005) and offending behavior programs which have been shown to be effective in reducing recidivism rates (Yip et al., 2013). Psychological interventions, especially cognitive behavioral therapies, are intended to change internal processes such as thoughts, beliefs, emotions, psychological arousal alongside changing overt behavior, such as social skills or coping behaviors (Dennis et al., 2012). It is therefore extremely important to scrutinize forensic psychiatric patients' images and feelings. Therefore, more research is needed on how forensic psychiatric patients themselves understand their own criminal acts.

Psychiatric patients' own experiences and perspectives on their care and recovery are crucial in improving treatment outcomes (Dorkins & Adshead, 2011; Drennan & Aldred, 2012). According to Mezey et al., (2010) most forensic psychiatric patients define recovery as getting rid of symptoms and feeling better about themselves. The core recovery concepts of hope, self-acceptance, and autonomy are more problematic and appear to be less meaningful to individuals detained for serious and violent offenses. Most patients regarded their offending as a greater barrier to recovery than their mental illness. (Mezey et al., 2010.) Ferrito et al., (2012) studied life after homicide and the accounts of recovery and the redemption of offenders in a high security hospital. Their findings highlight the significance of attending to offenders' narratives about their offending and the context in which it took place as an essential aspect of their search for meaning in their aftermath of the death they caused. Supportive interventions aimed at improving confidence and elaboration of the person's life story including their offending are needed (Maruna & Ramsden, 2004; Ferrito et al., 2012).

Illness narratives can be utilized therapeutically as they may construct patients' identities, experiences and their situations (Frank, 1998; Kirkpatrick, 2008). Frank (1998) suggests that people tell the stories they need to tell in order to work through the situation they are in. According to Jacob (2012) patient experience and narratives provide powerful insights into mental illness and can influence clinical practice and consequently have an impact on psychiatric theory. Canter & Youngs (2012) argue that offense narratives encapsulate many psychological processes including thinking styles, self-concepts, and affective components. As Martin et al., (2013) note, knowledge of the criminogenic needs of forensic service patients and the circumstances, nature, and consequences of the patient's offending should be integrated into the holistic nursing process, promoting personal recovery and reducing recidivism. Narratives increase self-awareness by enabling reflection and formulation of experience (Sakalys, 2003) and also shape people's lives (Lewis, 2011). Therefore nurses need to know more about patients' experiences and perspectives to provide competent and ethical nursing care in restrictive correctional environments. In summary, research is needed because knowing about patients' own experiences and perspectives can improve treatment outcomes. This study aims to describe forensic psychiatric patients' experiences and perspectives on the offense and its meaning in their lives, thereby increasing the understanding of the meaning of the offense as construed by the patient.

DESIGN AND METHOD

Narrative approach

A qualitative narrative approach was selected to ensure a direct reflection of patients' descriptions of the offense and its meaning in their lives. This method serves the researcher wishing to understand a phenomenon or experience rather than to formulate a logical or scientific explanation because the object of narrative inquiry is understanding (Kramp, 2004), or as a way of revealing complex and difficult experiences, i.e., coercion (Olofsson, 2001). Inner narrative or self-narrative/self-story refers to a process of a person's mind and how a person interprets his own life through meanings (Polkinghorne, 1988; Denzin, 1989). In other words, narratives are subjective, personal accounts told to others as stories, and have long played an important part in all areas of healthcare, especially in psychiatry and psychotherapy. Narratives are a tool for inquiry into the social, ethical, and therapeutic

practice of client care. (Dysart-Gale et al., 2003.) Bruner (1990) claims that one of the most ubiquitous and powerful discourse forms in human communication is narrative. A narrative approach values the individual experience and voice and puts a human face on the experience (Kirkpatrick, 2008). Ricoeur (Polkinghorne, 1996; Wiklund et al., 2002) has outlined the general operations of narrative as a) orienting actions and events toward an outcome, b) organizing actions and events in a temporal sequence in which they provide a beginning, middle, and an end of a project, and c) exhibiting the meanings of actions and events according to their contributions to an outcome. These operations are accomplished in stories by a plot. Although plots can be categorized in various ways, the dichotomous differentiation of plots into agentic or victimic (passivity) categories is widely used in the literature on personal development (Polkinghorne, 1996).

Narrative and mental illness

Sick people endeavor through their stories to create an explanation/make sense of their illness. Since stories are an exposition of the narrator's identity, world, and the situation in which he finds himself, they can be used for therapeutic purposes. Recounting is a form of interaction which also includes the relation to the listener. (Frank, 1998; Kirkpatrick, 2008.) According to Frank (2000) the most immediate problem of those who tell stories about illness is to be heard, to find others who will answer their story's call for a relationship. Frank (2000) also argues that any good story analyst has both an ethical and an intellectual responsibility to enter into the relations of storytelling. A serious mental illness may make using the narrative approach challenging. Cognitive difficulties among others may inhibit the individual's ability to express himself. Adshead (2011) argues that offender patients may come with "cover stories" which are thin and incoherent and that dialog (i.e in therapeutic groups) may facilitate changes in the narrative and transform a thin story into something richer and more self-reflective. Adshead (2011) also notes that narratives may be full of defensive anger and derogation, which serve to keep shame and awareness of vulnerability out of consciousness. Nonetheless, it is vital that the therapist working with offenders does not usurp the role of the criminal court (Adshead, 2011).

Ethics

This study was evaluated by the Ethics Committee of the Hospital District of Helsinki and Uusimaa and approved by the appropriate institutional authorities. Ethical approval for the study was obtained in May 2012. Formal approval and permission for data collection in a Finnish psychiatric hospital with forensic psychiatric patients were granted in May 2012.

Setting

Having obtained permission for data collection the researcher informed nurse managers and the staff (on the wards and out-patient-clinics) about the study. The staff assessed suitable patients whom they thought would not be distressed by the study. The researcher explained to the hospital personnel that she was interested in patients with experiential knowledge of the research subject and who could contemplate the subject without prejudice to their mental health. In other words the mental wellbeing

of the patients should not be subjected to greater pressure than that inherent in normal living. Exclusion criteria thus included poor mental balance. The personnel assessed patients they considered suitable for the study (experiential knowledge, mentally balanced). These forensic psychiatric patients were already advanced in their respective rehabilitation processes and about to transfer/already transferred to care in the community. These patients were informed about the study, then the researcher contacted them. The researcher met nine patients interested in the study and provided oral and written information about it. Patients were informed that participation or refusal would not affect their treatment, and that their background was not known to the researcher. One patient withdrew from the study fearing it would harm his mental condition. The eight patients who participated provided the researcher with written informed consent. The researcher conducted all interviews and gathered the information.

Participants

The inclusion criteria for the patients were: 1) age over 18 years, 2) has committed an offense, 3) mentally stable enough to participate (i.e., no excessive anxiety anticipated from participating) and 4) sufficient proficiency in Finnish. The exclusion criteria were mental instability (psychotic, suffering from anxiety, likely to self-harm, or in the personnel's estimation likely to be adversely affected by participating in the proposed study). Eight forensic psychiatric patients (seven men and one woman) were interviewed between November 2012 and March 2013. The patients, age range 30-50, were inpatients (n=6) and outpatients (n=2) discharged by THL (National Institute for Health and Welfare) under supervision living in a psychiatric rehabilitation unit. All interviews were individual interviews lasting from half to two hours and were developed by discussing the topic. The patients were asked to describe their offense and their meaning in their lives in their own words. The patients were asked to say what they thought about the offense they were charged with and what feelings it aroused in them. Three participants were met three times at their request, others once. All interviews were recorded except one as the patient objected. The researcher then took notes. All interviews were transcribed verbatim. The researcher did not know the patients' backgrounds but their offenses became apparent in the interviews. They included homicides (four patients), crimes against property, assaults and arson. All patients had been treated in a state mental hospital, as emerged during the interviews.

Data Analysis

The analysis of the research material was organized using both narrative analysis and analysis of narratives. Analysis of narratives (paradigmatic approach) reveals thematic narrations consistent with stories and situations and aims to find details representing some more common phenomenon or concept (Bruner, 1986; Polkinghorne, 1995). Narrative analysis on the other hand aims to understand what kind of identity or social position the storyteller develops for himself or of himself (Valkonen, 2007). The result of the narrative analysis is often an explanation of some event in hindsight (Polkinghorne, 1995).

The researcher started the data analysis with the analysis of narratives (themes of the stories, their classification and allocation to types). First the researcher defined the thematic content of each narrative i.e., what the patient wished to convey with his/her story. Next the narratives were categorized according to their core stories. This categorical content analysis was intended to identify expressions in the text describing the research question. Different types of core stories were identified in these narratives. Thirdly, the researcher categorized and themed the narratives by content and detail (what happened and why). Similar stories with similar recurring themes were grouped together. Certain reflected identities were found. These constructed the emotions and thoughts about the offense and the factors contributing to rehabilitation. In the fourth phase the researcher constructed a composite story using parts of several narratives (multiple telling) which also protects patients' identities. The researcher sought reconstructed narratives describing the patients' experiences of the offense and its meaning in their lives. This phase of the data analysis can be called narrative analysis because novel stories were generated from the data. Narratives were reconstructed using parts of the patients' stories and using these to construct three larger stories. In other words, the researcher finally selected and organized the separate events into complete narratives in chronological order. The stories were reviewed and discussed in collaboration with the co-authors.

FINDINGS

Three interpretations of the reasons contributing to the offense, the emotions, and thoughts about the offense and the factors contributing to rehabilitation were developed via analysis, namely a criminal story, a victimization story and a recovery story.

A criminal story

Patients in the first group had behind them **several criminal acts and periods in prison**. Life used to be impulsive and antisocial. Criminal acts may have been considered as thrill-seeking or organized crime. All the patients who had served prison sentences mentioned that they got no appropriate help in prison for their mental condition. They described the effect of imprisonment mostly as hardening their personality with no chance to renounce the criminal lifestyle. Patients described life before the offence as a downward spiral. In the patients' estimation prison offered no opportunity to process their crimes or change their life situations.

"I had a life style like 'I can get over everything by serving time'. I just lost my conscience. I have to consider those things like in a different way from ordinary people. That's what my emotional side is like, cold. For me prison life has like closed gates in my mind. It had to be like that to cope there. And they won't open up any more. Like having a helmet on my head."

"We just laughed at everything in the prison. We didn't regret anything."

Some of the patients were **active substance abusers** before committing the offense. Substance abuse was long-term involving intravenous drugs, alcohol, steroids, and sedatives. Substance abuse caused incoherent and aggressive behavior.

"I just can't control myself. I usually got a fit of rage for no reason when I had taken speed."

In this group of stories the offense **caused no feelings** of regret or sorrow nor was it much discussed in the interviews. The interviewees mentioned no mental illness related to the offense, but considered it was committed due to other crimes or substance abuse. One interviewee mentioned that the crime would have been condoned in prison due to the victim.

"I don't have assaults or something like that. Those crimes against property were fun, I was just like addicted to them. Some people like to watch horror films. I like to go stealing in shops."

"In our world this victim was a rat. He (the victim) makes it in a way. How should I put it, not approved of but the world I was in, it was like not justified but at that time of life that I was in, it would have been condoned in prison that act."

The offense was also considered **an escape for the victim or the patient** himself by preventing him from pursuing a criminal lifestyle or being killed. One interviewee estimated that civilian life would have been destructive and chaotic.

"Although I am like a prisoner here I am free. This place may be an escape for me. I am not drinking and partying and destroying my life out there. I don't know if I might have ended up in prison again and whatever, I can't even think about it. Life would have likely been pretty bad on the outside."

Explanations of **avoiding something worse** were described. Experiences of losing control over life before the offense took place were described. One patient felt that he had rescued the victim from something worse by his homicide.

"Difficult to say why this happened. Somehow I feel there is an explanation for all this. I believe that it's that my mother is now in Heaven. If that hadn't happened she would surely have been in Hell, that's what I believe."

These patients emphasized the **significance of protecting oneself** in order not to re-offend. Some of the patients wanted to sever all links to their past life and the people in it. These patients described their past and the circles they lived in a brutal so that avoiding people from their past was a way to preserve themselves from getting back into a career of crime. They planned to start all over again outside hospital, for example by moving away. How much one can tell others about the offense, the illness, and the medication were issues reflected in many ways.

"I have to protect myself. I have seen so many bad things. Have had to kill. Kill or be killed. You just don't manage if just... You can't begin to cry and moan, you just have to go on. That's when your feelings freeze up."

"I know I deal with it in a different way. I deal it with like 'that can't be done'. This life only comes along once and this stretch I have already been inside. There are no Heavens and Hells in my world."

This group of stories emphasized criminal lifestyle, substance abuse or some other reason causing the offense to occur. The reasons contributing to the offense and the offense itself appeared insignificant compared to the consequences or the issues related to treatment. Patients' stories reflect some kind of

metamorphosis of their earlier criminal behavior to change into self-protective or even evasive behavior. Avoiding one's earlier life style emerged as a crucial rule to manage future challenges.

A victimization story

The group of victimization refers to the perpetrator of the crime not the victim. The victimization stories described ***the influence of events in childhood and youth***. Some interviewees had experienced either physical or mental violence, some of them had been taken into care.

"Mother married a violent man and he beat me. That's the starting point for my own violence. I was a shy and sensitive boy when I was younger. That's where it started, I remember the first violent jobs when he beat me up."

Problems with relationships affected the mental condition. Patients divulged marital problems, jealousy, threat of divorce, and fights. One patient described his problems in his pair relationship which upset him, sapped his energy and affected the children in the family.

"That relationship...it took all my energy. I got nervous. We should have ended that relationship before it was ended by others. My daughter had to listen to our quarrels and sometimes I was nasty and bad. We really should have broken up."

Difficulties in getting help or even being refused treatment were claimed to have greatly influenced the offense. Contacts with the health care system were brief and irregular. Patients were reportedly not allowed to stay in the hospital or were sent elsewhere without medication, causing feelings of confusion.

"I don't know how it came about that the doctor didn't see me. This would never have happened if the doctor had seen me and we had talked. Maybe I should have been sent somewhere for a while."

The offense was partly a result of ***illness, partly circumstances, or the victim***. Descriptions of punishing the victim were mentioned as well as experiences of being prosecuted in vain. One patient described how in the legal action he had not had a say and what had happened was not sorted out.

"The police considered the whole event according to the story of the victim. They didn't look into how this thing started. They didn't at all ascertain how the whole thing started. I was wronged. That's where it all started."

Treatment was considered ***unjust and wrong***. The patients thought treatment of as a life sentence or being caged. Forensic psychiatric examination was described as a mistake.

"They did me wrong. I am the victim of this system. I was convicted of a crime although both of us had committed one, I was the only one to be convicted."

Lack of empathy for the victim was described especially when the patient considered the victim was partly responsible for the offense.

"I don't feel any empathy for him."

Despite feelings and experiences of injustice this group felt they got help from the ***relationship with their named nurse***. They mentioned that it was a relief to talk with the nurse, especially when sensing that the nurse is on the patient's side.

"Discussions with my named nurse are important. I can really unburden myself."

The ***significance of psychoeducation and anger management groups*** was also mentioned as very helpful. One patient said he had learned a new coping style in anger management as nowadays in case of conflicts with other people he just walks away.

"They taught us to avoid using violence, to avoid these situations where you get mad and angry. They taught us to act differently. Like when, when you don't care if the other one is trying to provoke you and get you riled, pick a fight, so you've just got to let it go, the situation, walk away from it, put an end to the threatening situation that you don't get to that point."

"It's been said time and again that if I ever get into a psychosis again I'll surely know to seek help for it in that situation."

The group of victimization stories reported experiences which were full of feelings of injustice or being wrongly treated. Such experiences may have been related to the offense and the reasons contributing to it or to getting appropriate treatment. The legal process was also described as unfair. A positive relationship with a named nurse and psychoeducation and also anger management groups might be found helpful. Patients described being taught to control their anger.

A recovery story

The life situation of this patient group was usually described as very stressful before the criminal act, and the person might have been trying unsuccessfully to cope for a very long time. The patient's significant others did not necessarily know about the difficulties as the person tried to hide them. One patient described living a double life and pretending everything was fine.

"I tried to manage the situation. I got a job...I should have known, but I was so young and unaware. I had an awful stress and all these little issues became enormous. I felt I was all alone and I could find no way out of the situation."

Destructive and unrealistic thoughts were confusing for the patients. The thoughts seemed real and the patients lacked the courage to tell other people about them. Some patients admitted they did not take care of their illness or medication.

"It was real to me. It was like the twilight zone. So what's this..? I hardly knew myself what it was connected to and I didn't really dare to tell anybody or anything. I didn't know what it was."

Mental illness was typically considered a reason with bearing on committing the offense. Mental illness appeared as causing auditory hallucinations. The experience was disconcerting and chaotic.

"Voices told me to kill. They said 'it doesn't matter, just do it' and all this kind of stuff. It was crazy and in the end I killed that man."

Substance abuse may have also affected mental illness. People tried to use drugs to alleviate the psychiatric symptoms. Some patients said they did not remember anything they did when taking drugs. They might have been violent while taking drugs. One patient insisted that drugs caused the development of schizophrenia. Substance abuse was not underestimated nor idealized afterwards.

"They made me feel so great, high, those drugs that I started to take them and little by little I got completely hooked. I was so addicted to speed... That's why this thing...schizophrenia."

The participants in this group were **able to talk about the offense** and the situation in detail afterwards was described as chaotic and difficult to comprehend. Reports of hearing voices and of fears were mentioned.

"Then I started to hear an awful murmur. I got scared that something horrible was going to happen."

An unreal and confusing feeling was described at the beginning of the treatment. The mental illness was hard to understand and accept. Uncertainty about the future and the situation felt chaotic and difficult to deal with.

"Quite bad feelings, unreal feelings. Lack of knowledge. Somehow I felt awfully bad and it was so difficult to deal with it and to accept that I had committed a crime and the illness has affected the situation."

Thoughts of hatred, self destruction and death were typical, especially at the beginning of the treatment. Self blame was partially related to the issue that getting or receiving help was difficult or delayed. Some patients repeatedly wished that somebody had stopped the situation. Self-blame might lead to self-harm, as the next patient's story shows:

"I felt those self-recriminations, like would it have been better if the other fellow had killed me, that it would be easier for me. I would have been dead and then I'd have been forgiven for all I had done, I would have paid with my life. I blamed myself so much. That's why I started to slash my wrists. I couldn't think about it."

"Right at the start, when I first heard those voices I should have got help and I didn't dare tell anybody because I didn't know what it was. I thought it was real and all that. Everything like came together."

During the treatment strong **feelings of remorse, guilt, shame and sorrow** arose. Feelings were related to not seeking for help early enough or to the offense itself, which terrified the patients. Feelings of guilt and remorse may have remained strong even though understanding of the mental illness and its impact on the offense was gained and accepted. Feelings of remorse, guilt, shame, and sorrow were processed thoroughly.

"A really cruel act, horribly cruel and brutal act. It can't be made for up any way. A human life...when you have taken it. I didn't think that when I did it. I can't defend myself but I was sick. I was not sane. I visited the pastor once a week to talk about spiritual matters and we went through my guilt and

the commandments in the Bible and there is "Thou shalt not kill" and why did I break that commandment, we went through that with the pastor for many months."

"I am going to pay for my act when I'll go to the Last Judgement. I know that I have done a very bad thing and it won't change by regretting it. He won't wake up alive. When life is over, it is over. Life is so unique."

Patients felt **empathy and pity** for their victims. They wanted to atone for their act and ask for forgiveness. At the beginning of the treatment one patient was also sure that the victim was alive and everything was alright and the victim was coming to visit in the hospital.

"If I could apologize for what I did. I didn't want this...and when I started to reproach myself. Why did I do that, why did I do that? Why? I can't do anything about it, it is so final. Nobody can give their life back."

"Sometimes in the evening I hoped she was next to me and I was able to caress her hair. I missed her closeness and support. I didn't know if I was going to survive all this. I felt that this can't be true. She can't be gone. Have I really killed her? How can that be possible? She is alive and she is coming to see me..."

Patients mentioned **experiences of re-orientation and a new identity**. They revealed the significance of accepting oneself, one's illness, and the past. The patients felt support and acceptance of other people very crucial and that the offending should never to happen again in the future and they should be able to live a so-called normal life and manage with their illness.

"I had to start everything from the beginning, from zero, zero point, just like learning to walk again."

Positive and constructive things had taken place in life after the offense and the treatment. The treatment was considered a safe haven which there was no hurry to leave. The patients felt empowered, `just like having a new life` and being able to affect their lives. The patients described their joy in life – their faith and trust in their own strength.

"I get a great feeling every day when I manage. When I'll go to work and have a place of my own. It will be luxury. I am mentally prepared to get new content in my everyday life. I can do it and I have the strength for it and I have the power."

The patients had contemplated the effect of the offense on their values and respect for life. They considered life short and unique, felt pleasure and enjoyed life in a new way. Some patients admitted to a preoccupation with their own mortality, which had a positive impact on their lives as respect for every life.

"I think of everybody's life. People should be allowed to live their lives, no matter if they were disabled, ill or anything. It is life. It is a value. Every life is valuable."

The story of recovery is a story about an offense which was affected by severe mental illness and the possible contribution of a stressful life situation or substance abuse. The offense led to a long period in hospital and rehabilitation. Strong feelings like guilt, remorse, sorrow, and shame were experienced during the treatment. The stories of this group reflected the change of a confused and self-destructive

patient into an active rehabilitated person who has accepted the past and the illness and is able to enjoy life and to orient towards the future. Thinking of values and respect for life arose as essential resource.

DISCUSSION

The findings of the study show that the significance of the offense varies widely according to how the patients estimated that the act had affected matters, the offense itself, images and feelings pertaining to the act and also their means of survival. The seriousness of the crime (homicide or crime against property) did not appear in the present study to have an effect on the patient's story. Committing the offense may be seen as a process affected by mental defenses, personal history, behavior, earlier experiences and interaction with other people. Patients' descriptions of their experiences may reflect their different coping styles and social cognitions. As in the results of Youngs & Canter (2013) specific patterns of offending action can be identified. Youngs & Canter (2013) found four narrative roles (The Professional, Victim, Hero, and Revenger) among prisoners in the north of England. A common story among forensic psychiatric patients and offenders in prison was the role of the victim, which emphasizes confusion, helplessness, and the feeling of being a victim. The results of this study differ those of Youngs & Canter (2013) within the participants as this study focuses on forensic psychiatric patients with severe mental illness and not prisoners. However, some similarities between the results of the studies are discernible.

In the first group of patients' stories (a criminal story) it may be seen that these patients have gone through the prison system without being effectively enough screened and referred to appropriate treatment. These patients described prison as hardening their natures and that in prison they rather smirked at the crimes. Committing crimes might be seen, according to one patient as almost a hobby and the prosecuted offense as actually justified. Adopting prison culture might affect these patients' identities of themselves. With earlier interventions, i.e., in prisons, these patients could be successfully identified. Self preservation and avoiding earlier criminal lifestyle were major rules to prevent re-offending in the future. These findings are consistent with those of Mezey et al., (2010) who found that most of the patients regarded their offending behavior as greater barrier to recovery than their mental illness. The significance of these culpable offenses in these patients' lives seems to lie in the fact that the former criminal career was brought to a stop only through forensic psychiatric treatment, when there was an opportunity to intervene in the cycle of crime. Through these patients' stories it might be good to seek to arouse in them sufficient emotional reactions, putting oneself in the place of the victim and empathy instead of evasive behaviour.

In the second (victimization) group of patients' stories the offense may be seen more like a result of interaction with other people. Childhood traumas and experiences were emphasized. It is known that victimization increases the prevalence of offending among victims of varying backgrounds (Fagan, 2005). Difficulties in social relationships, failure of the health care system to recognize risks and to offer help were repeated in the stories. Psychiatric help was reportedly refused or delayed. This challenges to think, how much these patients can be expected to feel remorse or guilt as their experiences of getting

appropriate help may be justified. The victimization story reflects the patients' experiences of not being treated fairly and being rejected. Patients felt helpless and being sentenced. Some patients considered the offense justified. The stories were similar to Polkinghorne's (1996) narrations of victim role and not being able to influence the situation. It would be important to go through the patient's experiences, for example childhood trauma, pair relationship and human relations problems and to consider the significance of these for the criminal act for which they were prosecuted. Our findings indicate a need to assess how these victimic experiences can be worked through therapeutically so the patient can obtain an experience of being able to exert influence over his own life. The finding is in agreement with Adshead's (2011) findings which pointed out the difficulty and the importance of describing and verbalizing one's own role in the offense. These patients felt they got help from their named nurse, from psychoeducation, and from anger management groups. With this in mind it would be useful to try to improve the patient's self-esteem in the patient-nurse relationship as Laithwaite et al., (2009) suggest. As Laithwaite & Gumley (2007) also suggest, the development of coherent and integrated narratives may in part be influenced by attachment style, and the construction of a coherent narrative may be an essential component of the recovery process.

In the third group of patients' stories (a recovery story) the offense was considered to be primarily affected by mental illness. Patients felt unable to influence the illness. Emotions like remorse, guilt, shame, and sorrow were highlighted during the treatment. During rehabilitation, and while these emotions were being worked through, a strong re-orientation and empowerment took place. Patients were able to create a new positive identity and relationships with other people. The findings of the present study concur with those of Ferrito et al., (2012) who have also reported the importance of constructing a new sense of self, and the importance of the themes of recovery and interventions aimed at confidence and elaboration of the person's life story. The stories of this group (recovery stories) show how important it is in a stressful situation to identify in advance those mentally fragile individuals in need of extra support. Falling mentally ill and committing an offense may come very quickly and dramatically without anyone in the individual's immediate circle noticing anything. Processing the criminal act and various feelings and thoughts appeared in this group appeared to be profound and even cathartic. Thus the patient's named nurse is very important because the patient experiences relief when processing extremely difficult feelings.

It is valuable to construct patients' different explanations for their offending in a therapeutic relationship. This helps the mental health personnel to understand how the patient identifies the problem and the situation, and especially helps the patient to work through his/her story so that life will continue and the risk of re-offending will be minimal. Through understanding patients' images and feelings about the offense the quality of care is improved. Ferrito et al., (2012) also note that the first dimension of offender recovery is making sense of the offense and the effect it has on self-identity. According to Youngs & Canter (2013), it is also essential to offer a coherent framework for conceptualizing and elaborating the significance of the other in self-identity. The core recovery concepts of hope, self-acceptance, and autonomy (Mezey et al., 2010.) should be one of the main goals of the rehabilitation. One key challenge is to help the patient to transform the victimization narrative

into a recovery narrative. As a psychological process it requires patients to become aware of the losses and their effect on their lives. After that, patients begin to prepare or position themselves for a return to a life of active engagement in occupation. (Polkinghorne, 1995.) Baldwin (2005) emphasizes the significance of maintaining narrative identity and agency among people with mental illness, and argues that the onset of severe mental illness compromises the narrative enterprise of being able to construct one's Self and one's relationships in a meaningful and coherent way. To conclude, illness narratives can be utilized therapeutically because they may construct patients' identity, experiences and their situation as people with illness seek an explanation and a meaning for their illness.

Strengths and limitations of the study

This study was a qualitative study using a small sample recruited from one hospital district in Finland. The findings are considered to represent authentic experiences of eight forensic psychiatric patients, and the study results cannot be generalized. Patients' own voices and the maintenance of a narrative identity and agency were emphasized. The three narrative types provide valuable insights into how the offense and its meaning in life are experienced. The narrative approach of the study was valuable and suitable for understanding a phenomenon and an experience as a way of revealing complex and difficult experiences. The participants of this study were chosen carefully and they were motivated to participate.

There are some limitations to this study. The sample recruited was small and focused mainly on men's experiences as there was only one woman. Moreover, the recruitment process may have not reached every patient interested in the study as the recruitment of the patients was dependent on the nurses' evaluation of appropriate patients.

CONCLUSIONS AND IMPLICATIONS FOR CLINICAL PRACTICE

The findings of this study provide useful information about forensic psychiatric patients' experiences of the offense and the meaning it has in their lives. The results of this study have implications for forensic psychiatric practice, research, and health policy as this qualitative research has the potential to bring the voices of the patients into the evidence base of psychiatric practice. Making sense of the offense and its effect on self-identity are constructed by exploring patients' explanations for their behavior. The findings highlight contributing to patients' own explanations of the context in which their offending took place. In clinical practice it would be important to gain an impression through patients' stories of the reasons underlying the criminal offense committed, which may have been influenced by the patient's history, life situation, defense mechanisms and mental illness. The role of the patient's named nurse is significant as in his/her discussions with the patient this nurse hears the authentic story of the patient and is able to enter the patient's world and see how the patient had experienced things. This helps the nurse to understand the patient's perspective on his offense. This way the nurse can plan the patient's care together with that patient and contemplate ways of helping him, whether by psychoeducation, processing traumatic experiences or learning social skills. Processing the offense is important in the patient's treatment (prevention of reoffending) and in secondary

preventions (coping outside prison). By processing the offense one might even think that the patient is ready to leave if he is able to recount a) the story of falling ill and b) the story of recovery. Peer support from other patient could also be important in which more advanced convalescents have refined this story. More research is needed on how the nurse can process the offense together with the patient therapeutically and what significance the stories of other patients and peer support may have in the rehabilitation of the forensic psychiatric patient.

A narrative approach enables a rich understanding of the meaning and the history of their offending and helps the patient to transform the victimization narrative into a recovery narrative by reducing feelings of hopelessness and helplessness. An understanding of the aspects of the narratives that explain why the narratives differ may influence forensic nursing. Why does one person feel victimized while another feels remorse and goes on to recover?

Acknowledgements

This study was supported by the Hospital District of Helsinki and Uusimaa, Hyvinkää Hospital Region and The Finnish Concordia Fund (Suomalainen Konkordia-liitto ry). The researchers were independent from the funders.

Declaration of interest

The authors report no conflicts of interest. The authors alone are responsible for the content and writing of the paper.

REFERENCES

- Adshead, G. (2011). The Life Sentence: Using a Narrative Approach in Group Psychotherapy with Offenders. *Group Analysis*, 44, 175–195. doi: 10.1177/0533316411400969
- Baldwin, C. (2005). Narrative, ethics and people with severe mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 1022–1029.
- Bruner, J. (1986). *Actual minds, possible worlds*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bruner, J. (1990). *Acts of meaning*. Cambridge: Harvard University Press.
- Canter, D., & Youngs, D. (2012). Narratives of criminal action and forensic psychology. *Legal and Criminological Psychology*, 17, 262–275.
- Dennis, J. A., Khan, O., Ferriter, M., Huband, N., Powney, M. J., & Duggan, C. (2012). Psychological interventions for adults who have sexually offended or are at risk of offending. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12(12): CD007507. doi: 10.1002/14651858.CD007507.pub2

- Denzin, N.K. (1989). *Interpretive interactionism*. Newbury Park: Sage Publications.
- Dorkins, E., & Adshead, G. (2011). Working with offenders: challenges to the recovery agenda. *Advances in Psychiatric Treatment, 17*, 178–187.
- Drennan, G., & Alred, D. (2012). Recovery in forensic mental health settings: from alienation to integration. In G. Drennan, & D. Aldred (Eds.), *Secure Recovery: Approaches to Recovery in Forensic Mental Health Settings* (pp. 1-22). London and New York: Routledge Taylor & Francis Group.
- Dysart-Gale, D., Mitchell, A. M., Garand, L., & Wesner, S. (2003). Client Narratives: A Theoretical Perspective. *Issues in Mental Health Nursing, 24*(1), 81–89.
- Fagan, A. A. (2005). The Relationship between Adolescent Physical Abuse and Criminal Offending: Support for an Enduring and Generalized Cycle of Violence. *Journal of Family Violence, 20*(5), 279–290.
- Fazel, S., Gulati, G., Linsell, L., Geddes, J. R., & Grann, M. (2009). Schizophrenia and Violence: Systematic Review and Meta-Analysis. *PlosMed, 6*(8): e1000120. doi: 10.1371/journal.pmed.1000120
- Ferrito, M., Vetere, A., Adshead G., & Moore E. (2012). Life after homicide: accounts of recovery and redemption of offender patients in a high security hospital – a qualitative study. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 23*(3), 327–344.
- Frank, A. W. (1998). Just listening: Narrative and Deep Illness. *Families, Systems & Health, 16*, 197–212.
- Frank, A. W. (2000). The Standpoint of Storyteller. *Qualitative Health Research, 10*, 354-365.
- Henrichs, J., & Bogaerts, S. (2012). Correlates of posttraumatic stress disorder in forensic psychiatric outpatients in the Netherlands. *Journal of Traumatic Stress, 25*, 315–322.
- Jacob, K. S. (2012). Patient experience and psychiatric discourse. *Psychiatric Bulletin, 36*, 414–417.
- Joyce, C. J., Dillane, J., & Vasquez, E. A. (2013). The role of anger in offending: a grounded theory analysis of mentally disordered patients. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 24*(2), 247–268.
- Kirkpatrick, H. (2008). A Narrative Framework for Understanding Experiences of People with Severe Mental Illnesses. *Archives of Psychiatric Nursing, 22*, 61–68.
- Kristiansson, M., Sumelius, K., & Søndergaard, H.-P. (2004). Post-traumatic Stress Disorder in the Forensic Psychiatric Setting. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 32*(4) 399–407.
- Kramp, M. K. (2004). Exploring Life and Experience through Narrative Inquiry. In K. deMarrais, & S. D. Lapan (Eds.), *Foundations for Research -Methods of Inquiry in Education and the Social Sciences* (pp. 103–121). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Laithwaite, H., & Gumley, A. (2007). Sense of Self, Adaptation and Recovery in Patients with Psychosis in a Forensic NHS Setting. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 14*, 302–316.
- Laithwaite, H., O’Hanlon, M., Collins, P., Doyle, P., Abraham, L., & Porter, S. (2009). Recovery After Psychosis (RAP): A Compassion Focused Programme for Individuals Residing in High Security Settings. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 37*, 511–526.
- Lewis, B. (2011). Narrative and psychiatry. *Current Opinion in Psychiatry, 24*, 489–494.

- Markowitz, F. E. (2011). Mental illness, crime, and violence: Risk, context, and social control. *Aggression and Violent Behavior, 16*, 36–44.
- Marshall, W. L., Ward, T., Mann, R. E., Moulden, H., Fernandez, Y. M., Serran, G., & Marshall, L. E. (2005). Working Positively With Sexual Offenders: Maximizing the Effectiveness of Treatment. *Journal of Interpersonal Violence, 20*, 1096–1114.
- Martin, T., Maguire, T., Quinn, C., Ryan, J., Bawden, L., & Summers M. (2013). Standards of Practice for Forensic Mental Health Nurses—Identifying Contemporary Practice. *Journal of Forensic Nursing, 9*(3), 171–178.
- Maruna, S., & Ramsden, D. (2004). Living to Tell the Tale: Redemption Narratives, Shame Management, and Offender Rehabilitation. In A. Lieblich, D. P. McAdams, & R. Josefsen (Eds.), *Healing plots: The narrative basis of psychotherapy* (pp. 129–149). Washington, DC: American Psychological Association.
- Mezey, G. C., Kavuma, M., Turton, P., Demetriou, A., & Wright, C. (2010). Perceptions, experiences and meanings of recovery in forensic psychiatric patients. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 21*(5), 683–696.
- Olofsson, B. (2001). Experiences of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians. *Journal of Advanced Nursing, 33*, 89–97.
- Polkinghorne, D. E. (1988). *Narrative Knowing and the Human Sciences*. Albany: SUNY Press.
- Polkinghorne, D. E. (1995). Narrative configuration in qualitative analysis. In J. A. Hatch, & R. Wisniewski (Eds.), *Life History and Narrative*. London: The Falmer Press.
- Polkinghorne, D. E. (1996). Transformative Narratives: From Victimic to Agentic Life Plots. *The American Journal of Occupational Therapy, 50*, 299–305.
- Sakalys, J. U. (2003). Restoring the Patient's Voice: The Therapeutics of Illness Narratives. *Journal of Holistic Nursing, 21*, 228–241.
- Spencer J., & Tie, A. (2013). Psychiatric symptoms associated with the mental health defence for serious violent offenses in Queensland. *Australasian Psychiatry, 21*, 147–152.
- Valkonen, J. (2007). *Psykoterapia, masennus ja sisäinen tarina* [Psychotherapy, depression and inner narrative]. (Research Reports 77, Rehabilitation Foundation, Helsinki). Helsinki: Yliopistopaino.
- Wiklund, L., Lindholm, L., & Lindström, U. Å. (2002). Hermeneutics and narration: a way to deal with qualitative data. *Nursing Inquiry, 9*, 114–125.
- Yee, N. Y. L., Large, M. M., Kemp, R. I., & Nielssen, O. B. (2011). Severe non-lethal violence during psychotic illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 45*, 466–472.
- Yip, V. C.-Y., Gudjonsson, G. H., Perkins, D., Doidge, A., Hopkin, G., & Young, S. (2013). A non-randomised controlled trial of the R&R2MHP cognitive skills program in high risk male offenders with severe mental illness. *BMC Psychiatry, 13*, 267. doi:10.1186/1471-244X-13-267.
- Youngs, D., & Canter, D. C. (2013). Offenders' Crime Narratives as Revealed by the Narrative Roles Questionnaire. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 57*(3) 289–311.

Forensic Psychiatric Patients' Perspectives on Their Care: A Narrative View

Riitta Askola, RN, MNsc, Merja Nikkonen, PhD, Eija Paavilainen, PhD, Päivi Soininen, PhD, MhSc, RN, Hanna Putkonen, PhD, and Olavi Louheranta, ThM, PhD

Riitta Askola, MNsc, RN, is Nurse Manager, Psychiatry Center, Helsinki University Hospital, Helsinki, Finland, and PhD student, Department of Nursing Science, School of Health Sciences, University of Tampere, Tampere, Finland; Merja Nikkonen, PhD, is Adjunct Professor, Department of Nursing Science, School of Health Sciences, University of Tampere, Tampere, Finland; Eija Paavilainen, PhD, is Professor, Department of Nursing Science, School of Health Sciences, University of Tampere, Tampere, Finland; Päivi Soininen, PhD, MhSc, RN, is Nursing Director, Helsinki University Hospital, Helsinki, Finland; Hanna Putkonen, PhD, is Senior Researcher, Vanha Vaasa Hospital, Vaasa, Finland; and Olavi Louheranta, ThM, PhD, is Supervisor, Niuvanniemi Hospital, Niuvankuja, Kuopio, Finland.

Search terms:

forensic psychiatric patient, narratives, patient-centered care

Author contact:

riitta.askola@welho.fi, with a copy to the Editor: e426@twc.com

Conflict of Interest Statement

The authors report no conflicts of interest. The authors alone are responsible for the content and writing of the paper.

First Received July 10, 2016; Final Revision received October 16, 2016; Accepted for publication November 5, 2016.

doi: 10.1111/ppc.12201

Forensic psychiatric patients suffer from severe mental disorders and most of them have committed a crime. They are often cared for over long periods of time in an institutional environment with a high level of security (Hörberg, Sjögren, & Dahlberg, 2012). Treatment in forensic psychiatric inpatient services usually involves both medication and psychological therapies, especially therapies that address risk reduction and understanding of the index offence (Ferrito, Vetere, Adshear, & Moore, 2012), which is defined as a crime for which a patient with mental disorder is not considered responsible because of his or her psychiatric state. Most forensic psychiatric patients have a history of severe violent behavior. Nearly all these patients suffer from schizophrenia, mostly the paranoid form (Paavola & Tiuhonen, 2010). One of the overall goals for forensic psychiatric care is to prevent new crimes and minimize acts of violence by the patients (Hörberg et al., 2012).

Research on the experiences of forensic psychiatric patients has grown gradually, but it is still not abundant. Literature about the experiences of forensic psychiatric

PURPOSE: The purpose of this study is to describe forensic psychiatric patients' experiences of and perspectives on forensic psychiatric treatment.

DESIGN AND METHODS: Eight forensic psychiatric patients were interviewed, and the resultant research material was analyzed by narrative analysis.

FINDINGS: Patients' narratives contain different themes telling different things and the personnel need to pay attention to these.

PRACTICE IMPLICATIONS: The findings of the present study should direct the forensic psychiatric personnel's attention to the notion that forensic psychiatric patients' experiences of their treatment can improve the quality of patient-centered care and reduce bureaucracy.

patients is limited. Nevertheless, caring science is characterized by a patient perspective, meaning that the patient's needs are the focal point for caring and that the patients should be understood as being experts on their own selves (Hörberg, 2014). In a study based on a literature review, Coffey (2006) mentions that forensic psychiatric patients across studies note positive and negative aspects among their experiences of care, and are concerned with restrictions on their liberty as inpatients and as community residents. Coffey also states that in mental health research, there is a striking absence of discussion on ethical problems. The study by Livingston, Nijdam-Jones, and Team P.E.E.R (Patients Empowered and Engaged as Researchers) (2013) sheds light on how patients and staff members perceive treatment planning in a forensic mental health hospital. The core features, as identified by the participants, were to involve patients, include staff, facilitate patient progress, cultivate understanding, share information, and promote trust. The study by Barnao, Ward, and Casey (2015) explores the perspectives on rehabilitation among forensic psychiatric

patients and identified external themes that highlighted a person-centered approach, the nature of relationships with staff, consistency of care, and awareness of the rehabilitation pathway and internal themes related to forensic psychiatric patients' self-evaluations, agency, and coping strategies.

Tapp, Warren, Fife-Shaw, Perkins, and Moore (2013) studied patients' experiences of "what works" in high-security forensic inpatient hospital services and found the following valued elements of high security: temporary suspension of responsibility, collaboration in care, learning from others, supportive alliances, specific interventions (medical and psychotherapeutic), a safe environment, and opportunities for work. According to Hörberg et al. (2012), patients use various strategies in their attempts to adapt to the demands of the caregivers in order to gain privileges. At the same time, the patients lacked meaningful and close relationships and longed to get away from the system of forensic care. Most of the forensic inpatients rated the quality of care as high, but in comparison with patients in general inpatient care, the overall rating by forensic inpatients was lower (Schröder, Ågrim, & Lundqvist, 2013); furthermore, forensic psychiatric patients' satisfaction with forensic services is strongly associated with their experiences of the therapeutic relationship with their key workers and the social climate of the ward (Bressington, Stewart, Beer, & MacInnes, 2011). According to Haw, Stubbs, Bickle, and Stewart (2011), patients' views about coercive treatments (restraint, seclusion and forced, usually intramuscular, medication) should be incorporated into their care plans and attempts made to make the application of coercion (in other words, the action or practice of persuading someone to do something by using force or threats) to cause the patient as little distress as possible. Lilja and Hellzén (2008) point out that the experience of psychiatric care could be interpreted and understood from former patients' narratives as a struggle for dignity in the face of discrimination and rejection. In the study by Meehan, McIntosh, and Bergen (2006), the highly restrictive environment, the characteristics of the patients and staff, the confined physical space, and boredom were described as producing an atmosphere of tension in the forensic setting and the patients described how the controlling attitudes and behaviors of the nursing staff had an impact on the social climate of the unit.

Medication and psychological work, relationships with staff and patients, and being in a secure setting were all cited as being important in bringing about recovery in forensic psychiatric patients (Mezey, Kavuma, Turton, Demetriou, & Wright, 2010). According to Drennan and Aldred (2012), the journey of personal recovery is the one in which personal growth is what matters most to the person "in recovery." In order for this to happen, the illness experience, the life crisis, the experience of loss, "hitting rock bottom," come to be seen as an opportunity. For these moments or experiences

to become turning points, or for small steps to become watersheds, there is a fundamental need for hope for the future and in the possibility for it to take root. Yanos, Roe, and Lysaker (2010) point out that treatment specifically focused on illness identity can have a positive effect on outcomes and can allow people with severe mental illness to benefit from other high-quality services.

Illness narratives may construct a patient's identity, experiences, and situation, and may thus help him or her to go on to recover and also incorporate and integrate all the component parts of his or her identity, which both supports the patient's identity as an agent who makes choices to own and respect and offers some reflection of how such a patient relates to others (Adshead, Ferrito, & Bose, 2015; Askola et al., 2015). By illness narratives, people may make sense of chaotic experiences (Abma, 1998) and integrate their illness into their narratives in such a way that the damage from the label and the illness itself could be minimized in their constructions of self (Ogden, 2014). Thus, creating this narrative may be seen as part of the therapeutic process.

Nonetheless, forensic psychiatric patients are a marginalized population, which can share ideas about possibilities for surviving despite their past (Williams, Moore, Adshead, McDowell, & Tapp, 2011). By improving the treatment of forensic psychiatric patients, we can reduce the risk of re-offending and support patients' coping after they leave forensic psychiatric inpatient care (Askola et al., 2015). Rather than recovery meaning a way out of illness, it is more holistically in pursuit of living a satisfying and fulfilling life, as each individual defines (Chandley et al., 2014). Because knowledge about the experiences of forensic psychiatric patients is inadequate, nursing care cannot sufficiently be adjusted to the needs of these patients. For this reason, more research is needed to explore the experiences of the patients in order to improve the quality of the care. To fill this gap, we explored forensic psychiatric patients' experiences and perspectives of forensic psychiatric treatment and working through the offence. This study aims to answer the following research question: How do the forensic psychiatric patients experience their treatment and working through the offence?

Design and Methods

Ethics

This study was evaluated by the Ethics Committee of the Hospital District of Helsinki and Uusimaa and duly approved by the appropriate institutional authorities. Ethical approval for the study was granted in May 2012. Formal approval and permission for data collection in a Finnish psychiatric

hospital with forensic psychiatric patients were granted in May 2012.

Participants

The inclusion criteria for the patients were: (1) age over 18 years, (2) convicted of an offence, (3) mentally stable enough to participate (i.e., no excessive anxiety anticipated due to participating), and (4) sufficient proficiency in Finnish. The exclusion criteria were mental instability (psychotic, suffering from anxiety, likely to self-harm, or in the personnel's estimation likely to be adversely affected by participating in the proposed study). Formal written informed consent was obtained from all patients who participated in the study.

Data Collection

Having been granted permission, the researcher informed ward managers and other personnel in a psychiatric hospital about the research; the latter then selected patients they deemed suitable and who met the criteria of the study. The possibility of participation in the study causing the patient distress was an important consideration in their selection. The nurse informed the patients they had selected about the study and requested their permission for the researcher to contact them. The researcher met nine patients, to whom she described the study. The patients received both oral and written information about the progress of the study and were advised that the study would not affect their treatment in any way. They were also assured that the researcher knew nothing about their background and that she would not investigate them. One patient declined to participate because he feared it would be detrimental to his mental well-being. The other eight patients agreed to participate and provided written informed consent.

Eight forensic psychiatric patients (seven men and one woman) were interviewed between November 2012 and March 2013. The patients, age range 30–50, were inpatients ($n = 6$) and outpatients ($n = 2$) discharged by the National Institute for Health and Welfare under supervision and living in a psychiatric rehabilitation unit.

The interviews were conducted at locations that the patients preferred and at a time convenient for them. Interviews were conducted with care to maintain privacy and to avoid causing distress. During the individual interviews, which lasted between 30 and 120 min, the patients were asked to describe what they thought about their treatment in the forensic psychiatric hospital and what feelings it aroused in them. They were also asked to describe how they worked through their offence and what feelings it aroused in them. The researcher conducted the interviews herself and did not use any assistants. The researcher was not known to

the staff or the patients interviewed, although they were aware of her experience in forensic psychiatric nursing. The researcher did not know the patients' background, but the offence of the patients became apparent in the interviews. The offences of the patients were homicide (four patients), crime against property, assault, and arson. Three patients were met three times at their own request, others once. All interviews were recorded except for one, as the patient objected. The researcher then took notes. All interviews were transcribed verbatim.

Data Analysis

A narrative approach was chosen for this study because it values the individual's experience and voice and puts a human face on the experience (Kirkpatrick, 2008). Narrative is a vital human activity that structures experience and gives it meaning and serves the researcher who wishes to understand a phenomenon or an experience rather than to formulate a logical or scientific explanation. As a research approach, it provides an effective way to undertake the "systematic study of personal experiences and meaning: how active subjects have constructed events" (Kramp, 2004, p. 104). The result of the narrative analysis is often an explanation of some event in hindsight (Polkinghorne, 1995). Developing a coherent narrative occurs in terms of a "hermeneutic fame": in the analysis, one moves alternately from part to whole and from whole to part. In narrative analysis, the data are interpreted unless the analysis concerns implicit narrative fragmentation generated by the data. According to Polkinghorne (1995), narrative analysis involves the "synthesizing" of the data rather than a separation of it into parts. Narrative analysis focuses on the narrator's construction of the meaning: in other words, not only what happened but how the narrator understands or makes sense of these events (De Jager et al., in press). The interviews were analyzed using Emden's (1998) core story creation, which is a means of reducing full-length stories to shorter ones to aid the narrative analysis process. The material was read through several times, and fragments of constituent themes (subplots) were identified. The researcher removed from the data material on her own questions and comments and also material that was not pertinent to the research question. One coherent core story was created by moving fragments of themes together. The themes selected answered the research question. The narrative analysis was used to construct a description of how the forensic psychiatric patients experienced their treatment and working through the offence. The events were ordered chronologically in such a way that they formed a narrative with a beginning, middle, and end. The stories were reviewed and discussed in collaboration with the co-authors. The description was summed up to the one integrated narrative, a core story creation.

Results

Involuntary Admission

The patients interviewed found the criminal offence, the mental health examinations, the diagnosis of mental illness, and commitment to forensic psychiatric care to be distressing, traumatic, and chaotic experiences. They described these as major events (the crime, diagnosis of illness) that occurred in rapid succession.

Then the forensic psychiatric examination began and it was pretty tough when they took away my medication and I had an awful lot of medications, I was in poor condition, I was a polydrug user, and I had withdrawal symptoms on top of it all. (Participant 1)

Several patients reported believing that after the mental examinations, they would be let out to continue their lives. Inadequate information and poor mental health contributed to this unrealistic thinking. One patient reported becoming "a victim of the system" and being made to look guilty and like "a psychopath."

I thought that I wouldn't need to go anywhere if I told them everything, I thought I was sure to get out. Nothing so great, just one murder. (Participant 1)

Entry into the hospital describes the beginning of the treatment and the disruption in the patient's life. The patient has committed the offence, is diagnosed with a mental illness, and is committed to a forensic psychiatric institution.

Life as a Forensic Psychiatric Patient in an Institution

Almost all the patients interviewed felt that they were not mentally ill when committed to psychiatric hospital and that they should not be hospitalized. Accepting the psychiatric illness seemed to be difficult for the patients.

At the start it was really difficult and right at the beginning I wouldn't accept that I was ill. It was anyway so confusing the way I was and confusing feelings and confusing thoughts. (Participant 7)

Nearly all the patients described the coercive acts (restraint, seclusion, forced medication) experienced, especially at the beginning of their treatment. According to the patients, the use of coercive acts was connected to violent or suicidal behavior. The duration of seclusion may have been weeks or months, and some patients described losing track of time while secluded. Some of the patients had also experienced the coercive acts as punishment, harassment, or rejection by the nurses. One patient pointed out that doing things with the nurse (playing cards, or board games, etc.) would have helped him better than restraint.

I was in mechanical restraints and pulled the straps off. I had straps on my wrists and I broke them, I had incredible strength. Then they put other straps on me, and they broke, too, they said that if I didn't calm down they would put me all in straps, which means that they would put them all round my body, like winding sheets. Then they put this sheet on my head so you don't see what's going on. When I was secluded they never came to say come here then, let's go and play. (Participant 5)

Then they put me in this little place with a camera, I must have been there two or three weeks. First naked and a blanket only later, then I got some underpants, big deal ... My sense of time was all mixed up in there. At first I thought I was there a week, but it was almost three weeks. They let me out for Christmas. (Participant 4)

Some of the patients recounted experiences of the personnel ignoring their opinions and rights. According to some patients, the experiences were related to not being allowed to have a leave of absence or permission to go outdoors if they had not obeyed the personnel. Some patients criticized the personnel's attitude for being prejudiced. One patient described how the personnel bolstered up their egos at the patients' expense.

There was this one doctor that said like, when I said that I didn't really like being here. Do you know what he said? "Just get on suffering it." (Participant 5)

Careful attention was paid to the treatment and state of patients' companions. The patients reported that their story is not only their story but also reflects other patients' stories. The mistrust in the personnel emanated from the stories of the patients. One patient reported "having lost faith in God after seeing such harsh destinies." Some patients reported that attention was not paid to the side effects of the medication.

Distorted faces at the windows, I thought oh hell. It really shook me. I took a look, there was straight away a patient I knew, writhing about on the floor. Medication can't help them. (Participant 2)

I was on the closed women's ward. It was quite a place, there were very sick girls there. There was a terrible noise and loads of hysterical girls. (Participant 1)

The patients also paid attention to other patients' treatment, which they considered unjust. One patient remembered a fellow patient's experience of being humiliated by the nurse manager.

The fellow didn't immediately realize that he had been humiliated. (Participant 2)

Experiences of mental repression were reportedly remembered for a long time. Some of the patients felt that they were not allowed to disagree with the personnel or the matters were not discussed. According to some patients, the negative attitude of the personnel was seen in the fact that a distinction was made between the patients and personnel, with the personnel even laughing at the patients or treating them impolitely. One patient described being proud of not letting himself be humiliated, nor did he ingratiate himself with the personnel.

There's not a thing you can do. You are always in the wrong. They tried to browbeat me, but they couldn't oppress. (Participant 2)

Several patients described that discussing the offence was difficult, especially at the beginning of treatment. Talking about the offence may have caused anxiety. The patients felt that the records marked them for the rest of their lives and caused feelings of hopelessness.

First I had to learn to talk to the nurses, really difficult, I felt better if the thing wasn't always being dealt with. (Participant 3)

It was terrible looking at the documents for the trial, dead men, their bodies there. When some person who doesn't know me goes through that file. I'll never get out. Such terrible stuff to read. (Participant 1)

According to the patients, it may have taken several years before the situation that led to the offence began to be understood, after which the patients gained insight into why the offence occurred.

It was pretty difficult. It was difficult to process, especially at the beginning. It was difficult to accept having done such a thing or that it should still somehow be worked through and got over, that this has happened. Then little by little I understood that it was because of the illness. This is illness. The voices had told me to kill somebody and after all I had done it. That was really hard to take onboard. (Participant 7)

Working through the offence caused difficult feelings, shame and guilt first, but usually these feelings were alleviated. Approximately half of the patients reported feeling remorse and thinking about how the offence could have been prevented. A couple of patients reported feeling no remorse. One patient mentioned that he did not want to hear anything of the offence. One patient felt unwilling to work through his offence but to focus on the present because working through the offence was too painful.

Every time in the discussions with the personal nurse the offence was raised and I got sick of it,

I wanted to stop. Old memories came back and shame. (Participant 3)

Why rub salt into old wounds. You'd get quite a story if you brought everything up again. It hurts so much if you start bringing them up again. I wanted to focus on this treatment than see when I get out onto civvy street. (Participant 8)

One patient felt relief from his offence not being a homicide or a sex offence, because in his mind such a crime would be a bigger burden.

I've done no homicides or sex crimes or these beatings. I don't have that sort of a burden to carry as if I'd killed or something. (Participant 5)

The patients emphasized the nurse's attitude and personality when working through the offence. It was important to get enough space, time, and encouragement when working through the offence, so that thoughts could be started and they could begin to go through the process. Patients also mentioned the importance of other activities, like art therapies.

I told him everything, how I hate everybody. How I feel remorse, how I would like to kill myself. (Participant 1)

I got a really wonderful personal nurse and we talked and then I got an art therapist and we continued with him. We had a meeting once a week, did everything by drawing, went through things. (Participant 1)

I started taking medications, I got into good condition when I got regular food, I slept, as normal a life as possible. That ward was really nice, I liked it a lot. A good personal nurse can always be bothered with you, whenever I was depressed he was there to support me. (Participant 1)

According to a few patients, focusing on the present helped them to exclude the bad matters. One patient described focusing on the present as "zero moment," which also contained some kind of relief at not having to do anything and just being able to receive care.

If I stay here everything is now OK. Nothing worse can happen anymore. I don't need to take drugs. I don't need to commit crimes. I don't need to do anything at all. I just am. I suppose I was quite withdrawn for a long time. (Participant 1)

Especially at the beginning of their treatment, many patients described experiences of control and humiliation, which were understood as a consequence of traditional custodial psychiatric care. They were not given enough information and/or were subjected to bullying by staff. Some

patients felt that they were stuck in forensic psychiatric care. Most patients described achieving trust in the personnel. As the patient's condition began to improve, working through the offence was started. Working through the offence was regarded as difficult and emotionally hard to handle, especially at the initial stage. The offence was worked through using records and therapeutic and supportive discussions.

Trauma, Resilience, and Recovery

At the final stage of the care, the patients usually described being satisfied with the situation and having hope. The patients thought about their experiences in care and also how they had been treated after care. However, the negative experiences may have remained in their minds for a long time.

Experience of being accused was connected to the patient's experience in such a way that the personnel had reacted to him or her judgmentally without paying attention to the fact that the patient was ill when committing the offence. According to the patients, the experience of being accused and stigmatized had direct effects on their self-esteem.

He (the doctor) couldn't understand that we committed those crimes, violent crimes, and we were not our true selves. He shouldn't judge us anymore. It segregates us into crimes against property, crimes of violence. Unprofessional behavior. (Participant 2)

Some patients reported that at some point they gained a strong belief in themselves and wanted to show that they would survive. One patient reported that he wanted to stop "hitting my head against the wall."

You start thinking for yourself that this needs to stop, it's no good. (Participant 5)

According to some patients, focusing on the present and progressing slowly were important matters in their treatment. The duration of the treatment awoke both positive and negative thoughts.

There's no hurry now. Things will fall into place in the course of time, I can wait for that. (Participant 7)

Some patients regarded the care as too long and compared it to being imprisoned and for a life sentence. The forensic psychiatric examination was also criticized as a mistake.

Of course I regret it when it's something like that. But I've been here longer than a life sentence, hospitalized. I would never have thought it would be such a long period of treatment. (Participant 8)

The patients mentioned positive experiences of their care. Support from the personnel and the feeling of not being pressured were important.

I'm really grateful to them. They didn't put too much pressure on me but were supportive in the background, gave me the keys to how to survive in that situation and really supported me. (Participant 7)

...one word from somebody can give you a good feeling for a long time and hope in life. (Participant 2)

Nearly all the patients mentioned maintaining hope as an important matter. Matters that helped to maintain hope were family, godchildren, dreams of being able to live independently, dreams of work, and of a holiday on the beach for the first time in one's life.

It was not to lose hope although there was none. (Participant 2)

Life gives hope. I have my own plans but I keep them to myself. But I can say that they are all within the law. We surely all have our own goals where we want to get, but you don't need think about them all the time. (Participant 5)

According to several patients, honesty toward oneself is also important. Some patients described some kind of turning point having taken place in the treatment, in which case, their own understanding and insight began to grow. The significance of one's own motivation and responsibility arise as important individual understandings.

It is important to be honest with yourself. Ultimately you only screw up yourself. I have the rest of my life involved and it motivates me. (Participant 2)

You just have to find a middle way, a harmless middle way and not rebel and go against the others and learn to know your own self, that's the most important. What you feel in your own head. (Participant 2)

Discussion

The experiences of treatment among the forensic psychiatric patients interviewed can be conceived of as one big narrative and metanarrative of recovery (Figure 1). At the very beginning of the care and when entering the hospital, patients may be seen as confused and uncertain about their lives and events and unable to influence their situation. Several patients might previously have lived outside organized society, with no daily routines, rules, work, or subsistence, when their situation on entry could also be described as a culture shock, as they had to encounter structures. The patient may seem to be a protagonist fighting against the antagonistic, forensic psychiatric institution, yet being very vulnerable. As patients may feel repressed by the forensic psychiatric institution and in remaining independent, they defend themselves. In the study by Barnao et al. (2015),

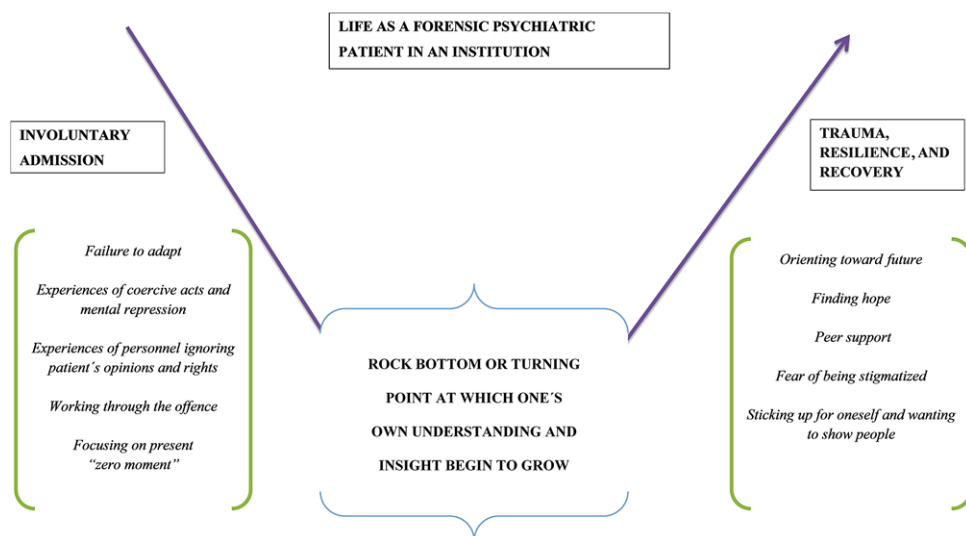


Figure 1. The experiences of treatment among the forensic psychiatric patients.

the participants also told a story of dangerous mental patients subjected to an institutional culture that emphasized control, bureaucratic systems, professional decision-making, and psychiatric treatment. Some patients did not understand the rules of the ward or the nurses' actions, which may have seemed arbitrary at the beginning of the treatment. Within the narrative material, there were several, continuing stories about experiences of control and being punished. As one patient pointed out; "this is not only my story." Many patients described experiences of control creating a sense of fear and mistrust. An authoritarian style characterized by control caused patients and personnel to be set against each other. Patients did not consider nurses as helpers at this point, but as being part of the system and institutionalization or even as "villains." The illness experience caused disruption and a sense of chaos, which may seem very dramatic or even tragic. Patients' stories were full of emotions like disappointment, hatred, and bitterness at this point. Some patients described how they thought things *should have gone* in their opinion, but did not. One patient described how the doctor had laughed at him and said "just get on suffering it." This reveals the patient's experience of an unprofessional doctor devoid of empathy, which horrified the patient. In these stories "the medical script," a cultural narrative of discovering illness, the progress of treatment and recovery (Leimumäki, 2012), and the autobiographical narrative of illness experiences of the patient do not meet. Moreover, Jacob (2012) has pointed out that the patient's story of the experience contrasts markedly with the doctor's account of the illness and the patient's narratives find no place in healthcare discussions.

After adapting to the situation, the emotional work began, that is, processing the mental illness, working through the offence, and processing what had happened and why. The

processing of a criminal offence entails going through all the surrounding risk factors and matters pertaining to the act and remedying these so that there would be no further offence. When working through the offence, the patient has to deal with consequences such as remorse, guilt, and shame. A minority of patients reported having no sense of remorse about their act. According to Drennan and Aldred (2012), the offence may be denied, minimized, justified, and rationalized. Drennan and Aldred continue that this can be underpinned by a great number of psychological mechanisms that protect the self from knowing about what drives it to transgress interpersonal and societal boundaries through an offence. While processing the offence, there may be a mental, therapeutic catharsis. On the other hand, one might consider how the patient may regret something for which he is not responsible and even the court has pronounced that he could not have made another choice. It is also important to pay attention to processing the patient's possible trauma symptoms because involuntary hospitalization may be traumatic.

At the final stage of the treatment, the patients had usually orientated clearly toward the future. The recovery from the initial hatred had begun, and as the treatment also aroused positive emotions, like optimism, gratitude, and contentment. At the end of the treatment, the patients felt they had acquired a greater sense of self-esteem, experiencing responsibility for their illness, and they mostly appreciated the treatment they had received. The oppositional positions between the patients and the personnel had mostly decreased. Hope was constructed by daily contacts with the nurses, who at this point were mostly transformed from "villains" into helpers in the eyes of the patients. The study by Barnao et al. (2015), which also noted that, besides the story

in which the participants told the story of mental patients subjected to an institutional culture, there was a second very different story in which the detained forensic psychiatric patients reported feeling as if they were active participants in their own rehabilitation and expressed hope for the future. Some patients still remembered their traumatic experiences (coercive treatments – in other words restraint, seclusion, and forced medication) and criticized the personnel for their judgmental attitudes, stigmatization, and labeling. The findings of the present study are consistent with those of Berry, Ford, Jellicoe-Jones, and Haddock (2015), who also found that this group may be particularly vulnerable to psychosis-related and hospital-related posttraumatic stress disorder. Williams et al. (2011) have also pointed out that stigma and discrimination have substantial and enduring impacts on the lives of psychiatric patients with a history of offending.

Changes in narrative experience were seen in changes in offender identity. Patients expressed self-reflective comments on how they used to see themselves in the past and how they saw themselves now. Paternoster and Bushway (2009) have suggested that offender identity is made up of narratives that include at least three components: the “working” self, the “future/possible” self, and the “feared” self. In the present study, there are similar identities: the protagonist fighting against the personnel and the institution at the beginning of the treatment transforms into a working, self-reflecting, future/possible self-accepting responsibility. Ward and Marshall (2007) also proposed that human beings are agents who construct narrative identities and engage in personal projects based on these identities, indicating that they have some degree of plasticity and ability to shape their lives and circumstances. As Drennan and Aldred (2012) also note, a forensic psychiatric patient needs to move beyond the identity conferred by the nature of their manner of offending, so they may need to move beyond “high risk violent offender,” “sex offender,” and beyond the event of their offence.

Herman (2009) mentions prototypical elements of which the narrative turn, that is, the change occurring in the course of the narrative, is one. In this study, one might contemplate, after some sort of disruption or the disequilibrium of the illness experiences, which events helped the forensic psychiatric patients to gain hope in their lives. Some patients grieved for the lost life experiences and opportunities after being in hospital for years or maybe for decades, but they had hope and wanted to find a job, a partner for dating, and hobbies. As one patient put it, his narrative was part of a wider narrative and it is important to remember the importance of peer support.

The role of the named nurse emerges as very important and the patients emphasized that the nurse should give them enough time and space. This finding is in agreement

with Ward and Marshall's (2007) findings showing that understanding the significance of helping offenders to create a more adaptive narrative identity entails listening very carefully to what is of real importance to them. According to Herman (2009), a prototypical narrative can also be characterized as a representation that is situated in, and must be interpreted in the light of, a specific discourse context or occasion for telling. The findings of this study are partly similar to those of the study by Olsson, Strand, and Kristiansen (2014), who studied how patients in forensic care describe trajectories of recovery and found three themes: the high-risk phase, when facing intense negative emotions and feelings; the turning point phase, when reflecting on and approaching oneself and life in a new way; and, finally, the recovery phase, when recognizing, accepting, and maturing. As Drennan and Aldred (2012) pointed out, in order for a life crisis to become an opportunity for positive life changes, the person needs to become an active participant in his or her recovery. In order to regain a positive sense of identity, a person in recovery may need to rediscover a sense of self lost in the course of an illness or long stay in hospital, heal a damaged or distorted sense of self that predates an illness episode or an episode of care, or create a new sense of self from new experiences and growth.

Conclusions

Patients at different stages in their forensic psychiatric treatment need a variety of approaches. Patients' narratives contain different themes telling different things, and the personnel need to pay attention to these. At the beginning of treatment, the patients needed especially more information about their situation in addition to humane treatment. Special situations and coercive measure were felt to be traumatic and unjust, so the personnel should go through the reasons leading to the use of coercive measures with the patients and also consider alternatives to coercive measures. Some of the patients interviewed felt strongly that they were not listened to and that they were even punished. The patients found it difficult to work through the criminal offence and it aroused their feelings. During treatment, it is good to process the theme of renunciation and the identity of a forensic psychiatric patient more extensively, as these people are particularly severely stigmatized. However, one must remember that although the majority of the patients interviewed mentioned experiences of insight and recovery at the end of their treatment, some patients felt that working through the offence was so painful that they did not want to persevere with it, they did not feel remorse for their offence, and some patients compared the treatment to a life sentence. Not all forensic psychiatric patients experience personal recovery, but each patient can rehabilitate within the scope of his or her own resources.

Strengths and Limitations of the Research

The strength of the present study could be said to lie in the narrative approach taken, which is highly appropriate for elucidating the experiences of psychiatric forensic patients of their treatment and the systematic working through of the criminal offence. The method served to bring to the fore matters as narrated by the narrators themselves and gave the subjects themselves a voice. The patients participating in the study were highly motivated to participate in the study. A limitation of the study can be conceded in the small number of patients and the fact that recruitment did not necessarily access all interested patients, as the recruitment was accomplished on the basis of the nurses' assessments.

Clinical Implications and Directions for Future Research

The findings of the present study should direct the forensic psychiatric personnel's attention to the notion that the forensic psychiatric patients' experiences of their treatment can improve the quality of patient-centered care and decrease bureaucratic procedures. The attitudes prevailing among the nurses and doctors emerged as punitive and it would be important to study how to process such feelings. To what extent might education and counseling reduce the negative use of power among the personnel? The treatment of patients proceeds in stages, and it would be important to understand which matters weigh heavily at what stages. At the beginning of treatment, the emphasis is on the importance of providing information; in the middle, the emphasis is on the offence and processing the patient's guilt; and in the final stages of treatment, the focus is on rehabilitation and returning to society.

More research is needed on how the forensic psychiatric patient feels about his/her identity? Is the patient forever a mentally ill individual potentially dangerous to the environment, a person who has committed a crime and spent years in a state mental hospital? Or does the patient build another identity? Perhaps that of a hero, a rehabilitator, and a survivor returning to society? What factors influence the formation of the identity? How we treat these people is significant for how they cope in civil life. Can we also assume that a sufficient and individual degree of insight into the offence may be necessary and not demand that which the patient is incapable of rendering?

A suggestion for future research might also be to investigate further what alternatives are available to patients instead of coercive acts. Patients' perspectives on experienced control giving rise to fear and mistrust are worth studying, as these are also key elements in making the wards safer places to be. It would also be useful to study patient-professional interaction more closely, for example, using participatory observation.

Acknowledgments

This study was supported by the Hospital District of Helsinki and Uusimaa, Hyvinkää Hospital Region and The Finnish Concordia Fund (Suomalainen Konkordia-liitto ry). The researchers were independent from the funders.

References

- Abma, T. A. (1998). Storytelling as inquiry in a mental hospital. *Qualitative Health Research*, 8(6), 821–838.
- Adshead, G., Ferrito, M., & Bose, S. (2015). Recovery after homicide: Narrative shifts in therapy with homicide perpetrators. *Criminal Justice and Behavior*, 42, 70–81.
- Askola, R., Louheranta, O., Paavilainen, E., Åstedt-Kurki, P., Soininen, P., Putkonen, H., & Nikkonen, M. (2015). Forensic psychiatric patients' narratives of their offense. *Issues in Mental Health Nursing*, 37, 162–170.
- Barnao, M., Ward, T., & Casey, S. (2015). Looking beyond the illness: Forensic service users' perceptions of rehabilitation. *Journal of Interpersonal Violence*, 30(6), 1025–1045.
- Berry, K., Ford, S., Jellicoe-Jones, L., & Haddock, G. (2015). Trauma in relation to psychosis and hospital experiences: The role of past trauma and attachment. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 88, 227–239.
- Bressington, D., Stewart, B., Beer, D., & MacInnes, D. (2011). Levels of service user satisfactions in secure settings—A survey of the association between perceived social climate, perceived therapeutic relationship and satisfaction with forensic services. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 1349–1356.
- Chandley, M., Cromar-Hayes, M., Mercer, D., Clancy, B., Wilkie, I., & Thorpe, G. (2014). The development of recovery based nursing in a high-security hospital: Nurturance and safe spaces in a dangerous world? *Mental Health and Social Inclusion*, 18(4), 203–214.
- Coffey, M. (2006). Researching service user views in forensic mental health: A literature review. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 17, 73–107.
- De Jager, A., Rhodes, P., Beavan, V., Holmes, D., McCabe, K., Thomas, N., ... Hayward, M. (in press). Investigating the lived experience of recovery in people who hear voices. *Qualitative Health Research*. doi:10.1177/1049732315581602
- Drennan, G., & Aldred, D. (2012). Recovery in forensic mental health settings. From alienation to integration. In G. Drennan & D. Aldred (Eds.), *Secure recovery: Approaches to recovery in forensic mental health settings*. London, England: Routledge.
- Emden, C. (1998). Conducting a narrative analysis. *Collegian*, 5, 34–39.
- Ferrito, M., Vetere, A., Adshead, G., & Moore, E. (2012). Life after homicide: Accounts of recovery and redemption of offender patients in a high security hospital—A qualitative study. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 23, 327–344.
- Haw, C., Stubbs, J., Bickle, A., & Stewart, I. (2011). Coercive treatments in forensic psychiatry: A study of patients'

- experiences and preferences. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 22(4), 564–585.
- Herman, D. (2009). *Basic elements of narrative*. West Sussex, UK: Wiley-Blackwell.
- Hörberg, U. (2014). Caring science and the development of forensic psychiatric care. *Perspectives in Psychiatric Care*, 51, 277–284.
- Hörberg, U., Sjögren, R., & Dahlberg, K. (2012). To be strategically struggling against resignation: The lived experience of being cared for in forensic psychiatric care. *Issues in Mental Health Nursing*, 33, 743–751.
- Jacob, K. S. (2012). Patient experience and psychiatric discourse. *Psychiatrist Online*, 36, 414–417.
- Kirkpatrick, H. (2008). A narrative framework for understanding experiences of people with severe mental illnesses. *Archives of Psychiatric Nursing*, 22, 61–68.
- Kramp, M. K. (2004). Exploring life and experience through narrative inquiry. In K. deMarrais & S. D. Lapan (Eds.), *Foundations for research—Methods of inquiry in education and the social sciences* (pp. 103–121). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Leimumäki, A. (2012). What does falling ill mean? Illness narratives as elucidation of experience expertise. In E. Cohen, L. Toker, M. Consonni, & O. E. Dror (Eds.), *Knowledge and pain* (pp. 259–292). Amsterdam–New York: Rodopi.
- Lilja, L., & Hellzén, O. (2008). Former patients' experience of psychiatric care: A qualitative investigation. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17, 279–286.
- Livingston, J. D., Nijdam-Jones, A., & Patients Empowered and Engaged as Researchers Team. (2013). Perceptions of treatment planning in a forensic mental health hospital: A qualitative, participatory action research study. *International Journal of Forensic Mental Health*, 12, 42–52.
- Meehan, T., McIntosh, W., & Bergen, H. (2006). Aggressive behaviour in the high-secure forensic setting: The perceptions of patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 19–25.
- 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(5), 683–696.
- Ogden, L. P. (2014). “My life as it is has value”: Narrating schizophrenia in later years. *Qualitative Health Research*, 24(10), 1342–1355.
- Olsson, H., Strand, S., & Kristiansen, L. (2014). Reaching a turning point—How patients in forensic care describe trajectories of recovery. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 28, 505–514.
- Paavola, P., & Tiihonen, J. (2010). Seasonal variation of seclusion incidents from violent and suicidal acts in forensic psychiatric patients. *International Journal of Law and Psychiatry*, 33, 27–34.
- Paternoster, R., & Bushway, S. (2009). Desistance and the “feared self”: Toward an identity theory of criminal desistance. *Journal of Criminal Law and Criminology*, 99(4), 1103–1156.
- Polkinghorne, D. E. (1995). Narrative configuration in qualitative analysis. In J. A. Hatch & R. Wisniewski (Eds.), *Life history and narrative*. London: The Falmer Press.
- Schröder, A., Ågrim, J., & Lundqvist, L.-O. (2013). The quality in psychiatric care—Forensic in-patient instrument: Psychometric properties and patient views of the quality of forensic psychiatric services in Sweden. *Journal of Forensic Nursing*, 9, 225–234.
- Tapp, J., Warren, F., Fife-Shaw, C., Perkins, D., & Moore, E. (2013). What do the experts by experience tell us about “what works” in high secure forensic inpatient hospital services? *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 24, 160–178.
- Ward, T., & Marshall, B. (2007). Narrative identity and offender rehabilitation. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 51(3), 279–297.
- Williams, A., Moore, E., Adshead, G., McDowell, A., & Tapp, J. (2011). Including the excluded: High security hospital user perspectives on stigma, discrimination, and recovery. *British Journal of Forensic Practice*, 13, 197–204.
- Yanos, P. T., Roe, D., & Lysaker, P. H. (2010). The impact of illness identity on recovery from severe mental illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 13(2), 73–93.

The Offense as Perceived by the Parents of Forensic Psychiatric Patients

Riitta Askola RN, MNSC, PhD Student, University of Tampere, School of Health Sciences, Nursing Science and Helsinki University Hospital, Psychiatry Center, 00260 Helsinki, Finland

Olavi Louheranta, ThM, PhD, Niuvanniemi Hospital

Päivi Soininen, PhD, MhSC, RN, Helsinki University Hospital

Hanna Putkonen, PhD, Vanha Vaasa Hospital

Päivi Åstedt-Kurki, PhD, Professor, University of Tampere, School of Health Sciences, Nursing Science

Eija Paavilainen, PhD, Professor, University of Tampere, School of Health Sciences, Nursing Science

Correspondence: Riitta Askola, riitta.askola@welho.com

ABSTRACT

This study aims to describe the views of forensic psychiatric patients' parents, and especially how they feel about the patient's offense. The data analyzed was collected by interviews with forensic psychiatric patients' parents and analyzed by inductive content analysis. The findings suggest that the offense committed has a significant effect on the lives of parents of forensic psychiatric patients and in many ways these people felt like a marginalized group even though they were frequently a major resource for their child who had been taken into forensic psychiatric care. The parents of a forensic psychiatric patient have a prominent role in the life of the patient and this role and the parents' coping should also be supported by the forensic psychiatric treatment system.

INTRODUCTION

The involvement of family members in psychiatric care is important for the recovery of people with psychotic disorders and subsequently reduces the burden on the family (Rowaert et al., 2016; Ewertzon, Lützén, Svensson, & Andershed, 2010). However, a number of family members have experienced a negative approach from the professionals, indicating a lack of confirmation and cooperation (Ewertzon et al., 2010; Pearson & Tsang, 2004). The results of the study by Weimand, Hedelin, Hall-Lord and Sällström (2011) also showed that family members mostly felt isolated with their heavy but inescapable responsibilities due to no-one in the mental health care system taking full responsibility for the mentally ill person. Without support from and an alliance with clinical professionals, family members may feel overwhelmed by the challenge of having a relative with a mental disorder (Gómez-de-Regil, Kwapil, & Barrantes-Vidal, 2014).

Family members of people with serious mental illness may endure considerable stress and burden that may compromise their own health and quality of life and impair the functioning of the family (Zauszniewski, Bekhet, & Suresky, 2010). The study by Hsu and Tu (2013) reported that there are signs of autonomic hyperarousal associated with anger or unhappiness in schizophrenic patients,

and the parents felt that patients had trouble modulating anger, and had temper tantrums. According to González-Torres, Oraa, Aristegui, Fernández-Rivas, and Guimon, (2007) psychiatric patients, specifically those with schizophrenia, and their family members suffer from stigma and discrimination in all areas of life, including health care. The family members reported discrimination and felt ashamed of being related to a schizophrenic person. They also admitted to feelings of guilt and blame in relation to their own personal experience. The impact of the stigma of the relatives' mental illness on family caregivers and families is pervasive and strong. As a result, family caregivers tried to avoid talking about their relative's mental illness with extended family or friends in order to protect their families from 'losing face'. (Chang & Horrocks, 2006). The study by Chang and Horrocks (2006) was conducted in Malesia, where the experience of "losing face" may possibly be related to a different culture stressing communality. Moreover, forensic psychiatric patients experience multiple types of stigma (mental illness, criminal history, social stigma) (West, Vayshenker, Rotter, & Yanos, 2015; Mezey, Kavuma, Turton, Demetriou, & Wright, 2010; Tsang, Pearson, & Yuen, 2002).

There are specific issues and dynamics relevant to the plight of the parents and carers of patients in forensic mental health settings (Rowaert et al., 2016; Ferriter & Huband, 2003). In their study, Rowaert et al. (2016) conclude that the families of mentally ill offenders are confronted with raised levels of stress because of the violence, the dual stigmatization and the disintegration of the family. According to Rowaert et al. (2016) the families of mentally ill offenders experience more stress than those of mentally ill individuals with no judicial involvement, because these family members have to deal with both mental health services and judicial systems. According to Nordström, Kullgren, and Dahlgren (2006) it is difficult for parents to cope with the double burden of the existence of a severe mental disorder combined with violent behavior, and that the initiative and responsibility for information, education and support of family members ought to be taken by psychiatric healthcare professionals. The needs of relatives of forensic patients may be complex because of their need to cope with the presence of schizophrenia and to accept that their relative has committed a criminal offense (Absalom-Hornby, Gooding, & Tarrier, 2011a). The relatives of forensic patients have an increased need for support from forensic services and other support organizations (Absalom-Hornby et al., 2011a). For the forensic psychiatric patient close relatives are a resource and play a significant role in rehabilitation, yet these relatives themselves may be under considerable strain (Laithwaite & Gumley, 2007; Absalom-Hornby et al., 2011a). Families find the violent behaviors of their relatives and the stigmatization of people with mental illness by the public and media very burdensome (Levy, Celen-Demirtas, Surguladze, & Sweeney, 2014; Tsang, Pearson, & Yuen, 2002). Because the criminal offense necessitates contact with the police, lawyers, and the media (Rowaert et al., 2016) additional stress may arise from the needs of the relatives to cope with the police, the courts, the judicial system, and other parties related to the legal proceedings (Rowaert et al., 2016; Tsang, Pearson, & Yuen, 2002). Nonetheless, according to Nitschke, Osterheider, and Mokros (2011) 15 per cent of homicides could have probably been avoided had there been communication between the treating therapists and family of the patient prior to the offense. For this reason, the importance of including the patient's family and significant others in treatment should be emphasized in preventing offenses.

Although the parents of psychiatric patients are in a key role with regard to their children's rehabilitation, the views of the parents have been little researched. Little is known about the views of forensic psychiatric patients' parents, and especially how they feel about the patient's offense. The subject is extremely important but the knowledge gap is noticeable. The present study seeks to bridge

this gap by answering the research question: How do the parents of forensic psychiatric patients feel about their child's offense?

DESIGN AND METHOD

Data Collection

The researcher informed a hospital in southern Finland treating forensic psychiatric patient, both closed wards and outpatient units, of her desire to study the experiences of forensic psychiatric patients' parents. The researcher stressed the particular vulnerability of such relatives as participants, due to which already at the selection stage great care was to be taken to ensure their mental integrity and well-being. The nursing personnel assessed the parents of those forensic psychiatric patients whom they estimated would be willing and able to participate in the proposed study. After this assessment they requested their patients' permission to contact the parents. The nurses informed both the patients and their parents about the study, and if both parties agreed they passed on the parents' contact information to the researcher. The researcher then contacted the parents with more detailed information about the study and some written information on it, after which each parent signed an informed consent form. The researcher had had no part in the treatment of the patients whose parents she was to interview.

The parents of six forensic psychiatric patients were interviewed for the study. The interviews were conducted between December 2013 and March 2014 at a place selected by the interviewee, generally the interviewee's own home. The researcher did not use an assistant and interviewed all the parents herself. One interview included a patient's mother and father, together, and in each of the other interviews only the mother was present. The interview with both parents present did not differ from the individual interviews; both parents recounted their experiences frankly from their own perspectives.

The parents told the researcher some details about themselves and their families. All parents interviewed were middle-aged, some were working and some were retired. The question posed to the interviewees concerned how the parents felt in their own lives about the offense their child had committed. The researcher was not aware of the patient's background information, but with one exception the offense perpetrated by the patient emerged in the course of the interviews. The offenses were violent; homicide, sexual abuse, causing damage. At least one of the offenses had been perpetrated directly against another family member. The interviews lasted between one and three hours. With one exception they were recorded on tape; one interviewee did not wish to be recorded, so the researcher made notes. The researcher transcribed all recordings verbatim.

Data Analysis

The research material was analyzed by means of inductive content analysis, which is a commonly used method for analyzing qualitative data. Both inductive and deductive content analysis processes involve three main phases: preparation, organization, and reporting of results. (Elo et al., 2014.)

Original notes were written and a theme responding to the topic was selected as the unit of analysis. The qualitative data was organized by open coding, coding sheets, grouping, categorization, and abstraction (Elo & Kyngäs, 2008). The researcher read through the material several times picking

out sentences or paragraphs the content of which corresponded thematically to the research question. The researcher made the coded data more concise, comparing and grouping according to similarities, which resulted in the formation of subcategories where the expression was similar. The researcher formed main categories from the subcategories (Table 1).

Table 1. An example from the content analysis

Parents' original descriptions	Subcategory	Upper category	Main category
<i>Once she called to ask if the boy had been on drugs. "There he is always talking to himself and chuckling to himself even if there's nobody else there but him".</i>	Patient talks to himself and chuckles	Change in behavior	Reaction to the patient's symptoms
<i>I didn't know he was on drugs. I knew about the alcohol. I saw once when he injected drugs into his arm.</i>	Patient's substance abuse increased		
<i>The boy was like, he says "Mother, I'm so scared that I can't talk". He was so full of horror and fear that there was somebody just behind him, that he saw somebody.</i>	States of fear, thoughts of being persecuted and delusional	Development of psychotic symptoms	
<i>The police took the view that they would not be intervening in family affairs, "sort it out yourselves. You are all to blame when you have a fight". They couldn't be bothered and didn't care to think that there's somebody who is seriously ill.</i>	Police did not intervene in family matters	Seeking help	

Ethics

This study was evaluated by the Ethics Committee of the Hospital District of Helsinki and Uusimaa, and approved by the appropriate institutional authorities. Ethical approval for the study was obtained in May 2012. Formal approval and permission for data collection in a Finnish psychiatric hospital with forensic psychiatric patients were granted in May 2012.

RESULTS

Content analysis yielded six categories describing how the parents of the forensic psychiatric patients in their lives felt about the offenses committed by their offspring. The categories were reaction to the patient's symptoms, working through the offense, co-operation with the treating personnel (nurses, doctors, psychologists), own coping, attitudes in the environment and looking towards the future.

Reaction to the patient's symptoms

The parents had noticed changes in the patient's behavior. Actual symptoms had appeared either gradually or suddenly. The parents had reacted to the patient's symptoms in different ways. Prior to the offense there had been some sort of a *change* in the patient's behavior, which some of the parents described as having already been there in adolescence. This change might manifest as tiredness or confusion. The environment, for example the neighbors, had pointed out this changed behavior. One neighbor had suspected that the patient was on drugs having heard the patient chuckling to himself.

Once she called to ask if the boy had been on drugs. "There he is always talking to himself and chuckling to himself even if there's nobody else there but him". (Participant 1)

Some parents reported that the patient had been taking *intoxicants* before the offense and wondered how it has influenced the act. One of the parents reported that the patient had left work due to drugs. This parent surmised that a job would have kept the patient on the "straight and narrow" and the offense would never have occurred.

I didn't know he was on drugs. I knew about the alcohol. I saw once when he injected drugs into his arm. (Participant 3)

The *patients' psychotic symptoms* had appeared gradually or then developed very rapidly. The patient had begun to have bouts of fear, feelings of persecution and delusions which might lead to aggression.

The boy was like, he says "Mother, I'm so scared that I can't talk". He was so full of horror and fear that there was somebody just behind him, that he saw somebody. (Participant 1)

The parents had tried to *seek help* either themselves or the patient had tried to get help himself. Help was sought from healthcare or from the police. The parents described both having received help and having been left without adequate help.

The police took the view that they would not be intervening in family affairs, “sort it out for yourselves. You are all to blame when you have a fight”. They couldn’t be bothered and didn’t care to think that there’s somebody who is seriously ill. (Participant 1)

Working through the offense

The parents interviewed described the offense recounting both the crime and the reasons leading up to it. The crime aroused feelings of guilt, anxiety and powerlessness. However, there was no direct association between the serious nature of the act and the feelings experienced by the parents. The interviewees reported also having contemplated a great deal the experience of the other side, the victim. The reasons leading up to the crime were thoroughly considered, especially how it might have been avoided. *The crimes* might have been committed very suddenly without any opportunity to be prepared for them or in a long period of time without the parents being aware of them.

So he’d started some fire...only now do there come small seeds of what he had done, where he’d been.” (Participant 4)

Most of the parents understood that the crime had happened *due to the patient’s illness*. The patient might have been delusional, he may have been experiencing sensations of fear or persecution conducive to the act.

It was hysterical fear that causes panic and there comes anxiety as there’s no escape when a person is all confused so they don’t know what they’re doing. It’s like a time bomb at that moment. (Participant 1)

A tough life situation or environment might also exert pressure on the patient. A couple of parents felt that the crime might have been due to the victim himself or that the patient himself was the victim.

He had had a divorce...Injustices were done and he was mistreated, financial mistreatment. (Participant 2)

It might also be that no reason or explanation could be found for the act and it was entirely unexpected. In such cases the parents described earlier events as a shock which caused confusion and feelings of chaos.

Nobody could have wanted or expected anything like that to happen. (Participant 1)

Co-operation with the treating personnel

The parents’ experiences of treatment varied widely, from negative experiences and dissatisfaction to positive experiences and satisfaction. The parents’ *negative experiences and dissatisfaction* concerned obtaining information, negative attitudes on the part of the personnel and what the parents experienced as the personnel’s arbitrary conduct. The parents felt that their opinions were not heeded and that they were not included in negotiations on the patient’s care.

They perceived me as more of an intruder than anything else, like what had it got to do with me. (Participant 4)

The parents also had suspicions of errors in treatment and experiences of failure in aftercare. One of the parents described how she had made several phone calls to the hospital and opposed the patient's discharge from hospital because in her opinion the patient was not well and she was afraid the crime would be repeated.

It was right at the end of the treatment, and then I said, the doctors and everybody was there, that this is all your fault. In my opinion that all of those wrongdoings or I don't know what all he has done, they didn't tell me everything, I know about the fire and something about breaking a window and that...it wouldn't have come to that if he's got that treatment properly. That wouldn't have happened. (Participant 4)

The parents also had *positive and good experiences* of treatment; the importance of getting information had been great. The interviewees said that they wanted to have information about the treatment plan, the medication and the aftercare. Some of them mentioned the significance of the named nurse and meaningful things to do in the patient's rehabilitation.

It was well organized, the treatment when we had these talks together and they always told me about the medication and took notice of my opinions. (Participant 2)

Own coping

The parents described various ways of coping, which had been going over feelings, hiding their feelings, focusing on the everyday routine, help and activities from outside and prayer. The coping strategies used by the parents were influenced by their social networks and family ties and also their earlier activity and attitudes to life. The criminal offense and the admission of the patient to psychiatric care had given rise to a variety of burdensome *feelings which the parents worked through*. The parents had suffered from self-recriminations and mistrust. They described their anxieties, nightmares, bitterness and feelings of depression.

Myself, I thought that they don't give a person a bigger burden than she can carry. Questions came into my mind: Have I been a bad mother? Did the boy have a good home, a good childhood? The boy said that it had been good. I wondered what I had done wrong. (Participant 2)

Each one of us has her own curse, and for years it's been time to weigh things up, what I did wrong, what was left undone, what I have neglected, where I could have done more. Oh yes, each one of us turns those things over and over again. (Participant 1)

On the other hand, a parent might rejoice and gain strength in spite of the tough situation. The parent's own role was felt to be extremely important as a pillar supporting the patient's life. Progress achieved in the patient's treatment and rehabilitation was a source of joy to the parents.

It helped that my daughter is in a good sort of mood and content with her life, yes, that gives you strength. I believe we are the most important people of all to our daughter. (Participant 5)

The parents also reported that *there was no room left for feelings, they did not want to reveal them to other people or they had rejected the help offered by others*. One of the parents described coping with her feelings entirely alone and had at no point wished to open up on the matter to anyone. It was noteworthy that there was no desire to express negative feelings or thought in particular to the patient, as if in an attempt to shield the patient from parental grief.

I said that not one drop, that stops here, no more going over these things... And no good pondering and going on and on about them. I haven't gone to any clubs or events where they deal with things like this and I'm not about to, either. (Participant 1)

Focusing on the everyday routine helped some parents to keep going. Something concrete to do and work helped to keep their thoughts on other things. Going to work was a source of some concern if the parents were afraid of being stigmatized, but mostly work helped them to cope.

I was at work; work took my mind off it. It was therapy, I forgot because I had to concentrate on my work and customers, I worked in customer service. I thank the customers for knowing what had happened, it was in the newspaper, but none of them ever said anything. If would have been terrible if they had started to ask questions. (Participant 2)

Help had also been forthcoming from *outsiders, friends, from Nature and various associations*. Being active and support from other people gave the parents strength in their tough life situation. Close support within the family was also important.

Helped me to cope: good friends, in the residents' association, active things to do, the garden, the forest. (Participant 2)

One of the parents mentioned the importance of *prayer* as a source of strength. Through prayer this interviewee was able to unburden herself of her sorrows and found that her religion was a source of strength although she pondered the amount of her sufferings.

Well yes sometimes, when nobody's listening and I'm driving over there, sometimes in my anguish I may pray, that what sin have I committed that I always have to suffer? Take away this bitterness from me. (Participant 1)

Attitudes in the environment

Attitudes in the environment included both giving support and negative responses. Supportive attitudes were a relief to parents and alleviated feelings of guilt they might have experienced. Negative experiences had a powerful effect on the entire family. Most of the parents reported having obtained

support from the environment, that their friendships endured and that they acquired new friends. The friends had visited the patient in hospital and commiserated with and supported the family in everyday matters.

Friends have not deserted us, nor have our relatives and we have made new friends. (Participant 2)

Connection within the family and reciprocal support were found to be important. The parents wondered about the effects of the act on other children in the family and the patient's siblings.

When that happened here the younger child called (to say) "it's not your fault", she surely thought that we were blaming ourselves. (Participant 2)

Support was also derived from forgiveness on the part of the victim. One of the parents described how the "other side" had proven cooperative and the employer had testified in court on behalf of the patient, which was of great significance.

I have seen the parents of the other party; they said they forgave the boy. (Participant 2)

The environment might also react *negatively*, which manifested itself in rejection, stigmatizing, disruptive behavior and even the direct threat of violence against the patient. Some parents had needed to conceal their addresses and telephone numbers due to disruptions and to report this harassment to the police.

There is a serious risk that something might happen if one were to go about town alone. (Participant 6)

Looking towards the future

The interviewees mostly looked towards the future with assurance. This feeling of trust was enhanced by experiences of success and things going well, the patient moving forward from hospital, for example into supported accommodation, with medication that worked, application for work in controlled conditions and also social relations and activities.

Looking for some sort of work, great desire to do something. (Participant 3)

This doesn't seem too bad. It feels good coming home and relations with him are intact. (Participant 5)

DISCUSSION

The content analysis yields six categories in answer to the research question: How do the parents of forensic psychiatric patients feel about their child's offense? The categories were reaction to the patient's symptoms, working through the offense, co-operation with treating personnel, own coping, attitudes in the environment and looking towards the future.

The criminal act had a marked effect on lives of the parents of patients in forensic psychiatric care. The patients' symptoms had frequently begun as gradual changes in their behavior and as actual psychotic symptoms. The patients had suffered from fears and paranoia among other things. The parents or the patients themselves had tried to seek help for the situation, but in some situation no help had been forthcoming. According to the parents the crime might have been prevented if help had been in time. As in earlier studies (Látalová, 2014; Ramsay Wan, Broussard, Haggard, & Compton, 2014; Nielssen & Large, 2010) interventions have been conducted to identify people with untreated psychoses and treatment of first episode psychosis might prevent some homicides. As Látalová (2014) points out, early interventions may improve long-term outcomes of psychoses, and with this in mind, duration of untreated psychosis (DUP) can be seen as a modifiable determinant of outcome.

The crime gave rise to feelings of guilt in the parents although they understood the significance of the illness as a predisposing factor. In the present study at least one crime had been committed directly against a family member. The serious nature of the crime committed by the patient did not correlate directly with the feelings experienced by the parents. However, the parent whose child had committed a crime against another family member expressed more feelings of bitterness and injustice than did the other parents. According to MacInnes and Watson (2002) forensic caregivers are likely to experience violence over a considerable period of time before services are aware of this. The situation of a forensic caregiver having experienced violence at the hands of a significant other may be ambivalent and the attitude to the forensic psychiatric patient conflictual. Tsang, Pearson, and Yuen (2002) also report family members' comments which were related to the emotional burden immediately following the offense. The most common reactions were feelings of disbelief or devastation. Some expressed anger, blame or guilt, or feelings of being frightened. The parents needed to assume a new role in their efforts to support their relative in forensic psychiatric care. All the parents participating in this research wanted to maintain contact with their children in forensic psychiatric care and to participate in the planning of their child's aftercare in the future. In connection with the act the parents found themselves having to assume the role of caregiver, among other things in administering the patient's medication and looking about for rehabilitative activities, especially if the patient eventually returned to live with that parent.

The parents described negative experiences, dissatisfaction and also positive experiences and satisfaction with treatment. They wanted to cooperate with those providing treatment but felt that there were defects in information transfer and cooperation. In Finland the Act on the Status and Rights of Patients 785/1992 provides for the protection of data of patients in the Finnish health care system, protecting the patient's privacy. Safeguarding privacy in treatment may appear inconvenient to the parents as they cannot access information which they deem important. The parents also felt that they were a burden on the treating personnel and that their words and views were not taken seriously. This study is in agreement with earlier studies (McNeil, 2013; Weimand et al., 2011; Pearson & Tsang, 2004) which point out the need for support from health professionals and the family members' need for increased collaboration and information. The parents wished that the authorities would already trust them at the point when their child began to have symptoms and before the crime was committed. The parents felt that it was unjust that the information they provided was disregarded and their request for the child's treatment to continue were ignored.

The coping strategies adopted by the parents included processing feelings, concealing feelings, focusing on the everyday routine, help and activities outside and prayer. The parents experienced

feelings of anxiety and depression and had suffered from nightmares. There are reports in the literature of close relatives having obtained support through various family interventions (Absalom-Hornby, Gooding, & Tarrier, 2011b; Chang & Horrocks, 2006), and this study presents new information on the coping strategies arrived at and employed by the parents of forensic psychiatric patients in relation to the crime committed by the patient.

Attitudes in the parents' environments were both supportive and negative. The parents' experiences of being stigmatized varied; one family had been terrorized and tormented by their environment, other parents reported having been met with understanding and support from neighbors and colleagues at work. Many earlier studies have reported psychiatric patients' family members experiencing social isolation and stigmatization (González-Torres et al., 2007; Ewertzon et al., 2010) but when associated with criminal behavior they may be further heightened for families with a forensic family member (Absalom-Hornby et al., 2011a; Chang & Horrocks, 2006; Tsang, Pearson, & Yuen, 2002). The extra stress comes mainly from confrontations with the police and judicial systems, which affect family members because they are confronted with violent behaviors, dual stigmatization, and a disintegration of family relationships (Rowaert et al. 2016). However, relatives of mentally ill offenders can still develop adaptive coping strategies, including contact with other families to reduce their stress, visiting their relative, encouraging feelings of forgiveness, responsibility, and tolerance (Rowaert et al. 2016).

In spite of everything the parents looked towards the future with confidence. Aspects increasing confidence included experiences of succeeding and things going right, the patient's moving forward from hospital, for example, getting to practice living with support, medication that worked, applying for work in a controlled environment and social relationships and activities. The study by Pearson and Tsang (2004) also describes how forensic psychiatric patients' significant others mentioned the importance of work and rehabilitative activity when looking towards the future. Mezey, Youngman, Kretzschmar, and White (2016) likewise point out that increasing awareness of the associations between mental illness, offending behavior, stigma, and social exclusion is important to help ensure that services and support can be more appropriately targeted towards the most vulnerable individuals, leading to improved health and social outcomes.

The findings of the present study corroborate those of Rowaert et al. (2016), who conclude that families experience difficulties both objectively and subjectively, they have to deal with both the symptoms of the mental illness, caregiving responsibilities and social stigma (objective burden) and intense emotions such as grief, disbelief, anger, guilt, anxiety, and shame (subjective burden). The offense presents major challenges to the lives of the parents of forensic psychiatric patients. The results of this study show that being a parent in a situation in which a child has committed a crime and is in forensic psychiatric care is mentally burdensome and clouded with uncertainty. The parents participating in the present study comprehended the significance of the illness underlying the act and did not want to express negative feelings towards the patient even though they experienced such feelings. All the parents wanted to be actively involved in their child's treatment and future plans.

To conclude, the offense committed has a significant effect on the lives of parents of forensic psychiatric patients and in many ways these people felt like a marginalized group even though they were frequently a major resource for their child who had been taken into forensic psychiatric care. The parents had to undergo great and indeed traumatic life changes in which they needed more psychosocial support than at present. The important role of the parents should be taken into consideration when

the likelihood of a forensic psychiatric patient repeating the crime is assessed because the parents are in possession of important knowledge and perspectives which do not necessarily emerge in the hospital setting. On the other hand, the relationship between the forensic psychiatric patient, the treatment system and the patient's parents may be conflictual if it is difficult for the parents to accept their child's illness or act. A parent may also blame the authorities, the treatment system, for what has happened. The offense committed by the patient may have been against a family member, which may serve to further traumatize the family members and the patient. Family bonds may be severed and one or both parties may refuse to meet each other or to maintain contact. The patient may also refuse to have any information disclosed to his parents, which calls for great professional skill on the part of the treating professionals, for example to restore the severed contacts between the patient and his parents.

CONCLUSIONS

The parents of a forensic psychiatric patient have a prominent role in the life of that patient and this role and the parents' coping should also be supported by the forensic psychiatric treatment system. A parent may have witnessed and experienced how the child fell ill, feeling powerless; the feelings of guilt among parents after the offense was committed are frequently severe. Parents often had firsthand knowledge of the patient's life and history. The forensic psychiatric patient may spend his leaves from hospital with his parents, and thus the information the parents can provide is of the utmost importance. The patient frequently returns after treatment to live with his parents and significant others and relies heavily on them for support after being released from treatment. A parent through his or her own important role and importance can support the child in coping with the everyday routine and the return to life outside hospital. It would be desirable to pay more attention to questions of an ethically challenging nature concerning information transfer between relatives and the treating organization and to the obligation of the treating personnel to maintain confidentiality. The role of the parents may also be multi-faceted and give rise to ethical issues; the parents may protect their child and possibly fail to reveal or conceal things important to the patient's wellbeing or background details in the belief that these may prolong the patient's treatment. The forensic psychiatric treatment system should extend its operations so as to take the parents into greater consideration.

STRENGTHS AND LIMITATIONS OF THE RESEARCH

It can be considered a strength of the present study that it elicited the experiences of the parents of forensic psychiatric patients by accessing authentic expression of what they had been through and that the parents were able to describe this in their own words.

The interaction between the parents and the researcher was fluent and trusting. The parents were aware that the researcher had had no part in their child's treatment, and this appeared to be important to them. The parents participating in the study were well motivated and they had clearly given the matter a great deal of thought. The data accumulated from the interviews in the study was rich and varied. All

the interviewees were parents of forensic psychiatric patients thus the perspective was characteristic of their views. The views of other significant others, (spouse, siblings, friends offspring) would have yielded a different perspective on the subject of the study.

Clinical implications and directions for future research

The study yielded new knowledge of a very seldom researched area and on the basis of what was learned here forensic psychiatric treatment should be developed in such a way that the parents of forensic psychiatric patients are given more of a voice. The parents of forensic psychiatric patients have experience of the process through which the patient became sick and of the various ways in which they endeavored to obtain help and what was offered to them. Treatment can be improved by including the parents more, among others, in tasks of experiential expertise and in the development of various family intervention models and modes of psychoeducation. Arranging various events for forensic psychiatric patients' relatives would be important so that peer support would reach families and relatives more widely and intensify cooperation with the personnel. Special attention should be paid to achieving contact with the forensic psychiatric patient (group for relatives, information dissemination).

Acknowledgements

This study was supported by The Finnish Concordia Fund (Suomalainen Konkordia-liitto ry). The researchers were independent from the funders.

Declaration of interest

The authors report no conflicts of interest. The authors alone are responsible for the content and writing of the paper.

REFERENCES

Absalom-Hornby, V., Gooding, P., & Tarrier, N. (2011a). Coping with Schizophrenia in Forensic Services; The Needs of Relatives. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199, 398–402.

Absalom-Hornby, V., Gooding, P. A., & Tarrier, N. (2011b). Implementing family intervention within forensic services: The perspectives of clinical staff. *Journal of Mental Health*, 20, 355-367.

Act on the Status and Rights of Patients 785/1992. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>. (Accessed 19.2.2017.)

Chang, K. H., & Horrocks, S. (2006). Lived experiences of family caregivers of mentally ill relatives. *Journal of Advanced Nursing*, 53, 435-443.

Elo, S., Kääriäinen, M., Kanste, O., Pölkki, T., Utriainen, K., & Kyngäs, H. (2014). Qualitative content analysis: A focus on trustworthiness. *SAGE Open*, 4, 1–10. doi:10.1177/2158244014522633

- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, *62*, 107–115.
- Ewertzon, M., Lützn, K., Svensson, E., & Andershed, B. (2010). Family members' involvement in psychiatric care: experiences of the healthcare professionals' approach and feeling of alienation. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *17*, 422–432.
- Ferriter, M., & Huband, N. (2003). Experiences of parents with a son or daughter suffering from schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *10*, 552-560.
- Gómez-de-Regil, L., Kwapil, T. R., & Barrantes-Vidal, N. (2014). Predictors of expressed emotion, burden and quality of life in relatives of Mexican patients with psychosis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *21*, 170–179.
- 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.
- Hsu, M.-C., & Tu, C.-H. (2014). Adult patients with schizophrenia using violence towards their parents: A phenomenological study of views and experiences of violence in parent–child dyads. *Journal of Advanced Nursing*, *70*, 336–349.
- Laithwaite, H., & Gumley, A. (2007). Sense of Self, Adaption and Recovery in Patients with Psychosis in a Forensic NHS Setting. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *14*, 302–316.
- Látatová, K. (2014). Violence and duration of untreated psychosis on first-episode patients. *The International Journal of Clinical Practice*, *68*, 330-335.
- Levy, B., Celen-Demirtas, S., Surguladze, T., & Sweeney, K. K. (2014). Stigma and Discrimination; A Socio-Cultural Etiology of Mental Illness. *The Humanistic Psychologist*, *42*, 199-214.
- MacInnes, D. L., & Watson, J. P. (2002). The differences in perceived burdens between forensic and non-forensic caregivers of individuals suffering from schizophrenia. *Journal of Mental Health*, *11*, 375-388.
- McNeil, S. (2013). Understanding Family-Centered Care in the Mental Health System: Perspectives from Family Members Caring for Relatives with Mental Health Issues. *Social Work in Mental Health*, *11*, 55–74.
- Mezey, G., Youngman, H., Kretschmar, I., & White, S. (2016). Stigma and discrimination in mentally disordered offender patients – a comparison with a non-forensic population. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, *27*, 517-529.
- Mezey, G.C., Kavuma, M., Turton, P., Demetriou, A., & Wright, C. (2010). Perceptions, experiences and meanings of recovery in forensic psychiatric patients. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, *21*, 683-696.
- Nielsen, O., & Large, M. (2010). Rates of Homicide During the First Episode of Psychosis and After Treatment: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Schizophrenia Bulletin*, *36*, 702-712.
- Nitschke, J., Osterheider, M., & Mokros, A. (2011). Schizophrenic diseases, psychosis and homicide: the importance of community psychiatry for the prevention of offences. *Psychiatrische Praxis*, *38*, 82–86.

- Nordström, A., Kullgren, G., & Dahlgren, L. (2006). Schizophrenia and violent crime: The experience of parents. *International Journal of Law and Psychiatry*, *29*, 57-67.
- Pearson, V., & Tsang, H. W. H. (2004). Duty, burden, and ambivalence: Families of forensic psychiatric patients in Hong Kong. *International Journal of Law and Psychiatry*, *27*, 361-374.
- Ramsay Wan, C., Broussard, B., Haggard, P., & Compton, M. T. (2014). Criminal Justice Settings as Possible Sites for Early Detection of Psychotic Disorders and Reducing Treatment Delay. *Psychiatric Services*, *65*, 758-764.
- Rowaert, S., Vandeveld, 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.
- Tsang, H. W. H., Pearson, V., & Yuen, C.H. (2002). Family need and burdens of mentally ill offenders. *International Journal of Rehabilitation Research*, *25*, 25-32.
- Weimand, B. M., Hedelin, B., Hall-Lord, M - L., & Sällström, C. (2011). "Left Alone with Straining but Inescapable Responsibilities:" Relatives' Experiences with Mental Health Services. *Issues in Mental Health Nursing*, *32*, 703-710.
- West, M. L., Vayshenker, B., Rotter, M., & Yanos, P. T. (2015). The Influence of Mental Illness and Criminality Self-Stigmas and Racial Self-Concept on Outcomes in a Forensic Psychiatric Sample. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *38*, 150-157.
- Zauszniewski, J. A., Bekhet, A. K., & Suresky, M. J. (2010). Resilience in Family Members of Persons with Serious Mental Illness. *The Nursing Clinics of North America*, *45*, 613-626.

The Therapeutic Approach to a Patient's Criminal Offense in a Forensic Mental Health Nurse–Patient Relationship—The Nurses' Perspectives

Riitta Askola, RN, MNsc, Merja Nikkonen, PhD, Hanna Putkonen, PhD, Jari Kylmä, PhD, and Olavi Louheranta, ThM, PhD

Riitta Askola, RN, MNsc, is a Nurse Manager, Hospital District of Helsinki and Uusimaa, The HUCH Psychiatry Center, Finland, and also a PhD student, School of Health Sciences, Nursing Science, University of Tampere, Tampere, Finland; Merja Nikkonen, PhD, is an Adjunct Professor, School of Health Sciences, Nursing Science, University of Tampere, Tampere, Finland; Hanna Putkonen, PhD, is an Adjunct Professor and Senior Researcher, Vanha Vaasa Hospital, Vaasa, Finland; Jari Kylmä, PhD, is a Senior Lecturer, School of Health Sciences, Nursing Science, University of Tampere, Tampere, Finland; and Olavi Louheranta, ThM, PhD, is a Supervisor, Niuvanniemi Hospital, Kuopio, Finland

Search terms:

Criminal offense, forensic psychiatric patient, mental health nurse–patient relationship

Author contact:

riitta.askola@welho.com, with a copy to the Editor: gpearson@uchc.edu

Conflict of Interest Statement

The authors report no actual or potential conflicts of interest.

First Received March 28, 2015; Final Revision received November 8, 2015; Accepted for publication November 30, 2015

doi: 10.1111/ppc.12148

Forensic mental health nursing is quite demanding because of the patient's illness and criminal behavior (Jacob, 2012; Perron & Holmes, 2011). Multiple problems such as possible substance abuse (Pickard & Fazel, 2013; Sender-Galloway & Clark, 2013), social withdrawal, suicidal ideation, and aggression (Robertson, Daffern, Stuart, & Martin, 2012) may inhibit compliance with treatment; in addition, poor resilience and inability to manage anger and violence are prominent traits in such offenders (Buckley et al., 2004). According to Lincoln, Lüllman, and Rief (2007), between 50% and 80% of patients diagnosed with schizophrenia may either partially or completely lack any insight into their mental disorder. Patients diagnosed with schizophrenia who have poor insight into their illness tend to underestimate problems in their objective life conditions, their social functioning, and some of their psychosocial needs (Carroll, Pantelis, & Harvey, 2004). Psychological denial may, however, serve as a coping strategy, rendering poor insight merely another symptom or manifestation of the disorder (Cavelti, Rüschi, & Vauth, 2014; Karow et al., 2008). The stigmatization of mentally ill offenders, however, may constitute a risk

PURPOSE: The purpose of this study is to describe the therapeutic approach to a patient's criminal offense in a forensic mental health nurse–patient relationship from the nurse's perspective.

DESIGN AND METHODS: Eight nurses in a Finnish forensic psychiatric hospital were interviewed, and the resultant research material was analyzed by inductive content analysis.

FINDINGS: The results revealed the process of the therapeutic approach to a patient's offense, which comprises numerous steps and various phases.

PRACTICE IMPLICATIONS: For the nurse, the process of working through the offense can be divided into stages in which an attempt is made to respond to the patient's behavior and interaction in a manner that leads to working through the criminal act.

factor for reoffending (Campanelli et al., 2005). A patient's conception of the stigmatization and beliefs surrounding his illness may impair self-esteem and treatment outcomes (Aho-Mustonen, 2011; Margetic, Aukst-Margetic, Ivanec, & Filipic, 2008; Williams, Moore, Adshead, McDowell, & Tapp, 2011).

Forensic Mental Health Nursing in Finland

There are two state-run mental hospitals in Finland that are responsible for providing high-quality, specialized forensic psychiatric services and mental examinations for the entire country as well as the training and development of personnel (Kuosmanen, Tiihonen, Repo-Tiihonen, Eronen, & Turunen, 2013). The forensic psychiatric hospitals admit three types of patients with a history of violence. The first group includes individuals who have committed severe criminal offenses but were found not guilty by reason of insanity, that is, patients with a psychotic disorder. The second group comprises patients with psychotic disorders for whom treatment is particularly difficult or dangerous or simply not feasible in a

local community hospital. The third group comprises those undergoing a forensic mental examination (Kuivalainen, Vehviläinen-Julkunen, Putkonen, Louheranta, & Tiihonen, 2014). In addition to these two state mental hospitals, forensic psychiatric patients are treated on seven forensic psychiatric wards located in different hospital districts (Tenkanen, Tiihonen, Repo-Tiihonen, & Kinnunen, 2011). Over 90% of forensic mental health patients have schizophrenia and have either been found not guilty by reason of insanity or are considered too dangerous or difficult to treat in other (municipal) hospitals (Kuosmanen et al., 2013). The majority of these patients have a history of severe violent behavior that often continues despite regular treatment. Aggressive acts and suicide attempts are often sudden and unpredictable (Koskinen, Likitalo, Aho, Vuorio, & Meretoja, 2014).

In the context of this study, an offense is defined as a crime for which the patient with mental disorder is not considered responsible because of his psychiatric state. According to Finnish law, an offender is not criminally responsible if at the time of the act the offender was incapable of understanding the factual nature or unlawfulness of his act or if his ability to control his behavior was decisively impaired because of insanity, deep mental retardation, a serious disorder of mental health, or a serious disturbance of cognition. An offender who is not held responsible is not sentenced to prison, but generally committed to a hospital (The Criminal Code of Finland, 1889). In 2012, the most common offenses for which people were committed to psychiatric institutional care in Finland were homicide or other violent acts (National Institute for Health and Welfare, 2012), and such offenses are generally affected by many crucial factors and circumstances. The average duration of treatment is several years (ca. 4–9 years) and is limited not by law, but by clinical progress. Both commitment and discharge processes are administered by the healthcare authorities at THL (the National Institute for Health and Welfare) on the basis of reports from the treating units (Eronen, Seppänen, & Kotilainen, 2012). In addition to schizophrenia, mentally ill offenders in Finland may be diagnosed with schizoaffective disorder, other psychosis, comorbid substance abuse disorders, and personality disorders, particularly antisocial personality disorders (Putkonen, Kotilainen, Joyal, & Tiihonen, 2004). According to Finnish law, the confidentiality of any information the patient shares must be ensured, and no information may be solicited by the police (Act on Health Care Professionals, 1994).

Despite the exceptional challenges of forensic nursing, there is currently no national specialization or educational standard for the competences of forensic nurses in Finland (Tenkanen et al., 2011). The Finnish educational requirements for the qualification of registered nurses (RNs) are a 4-year course of study at a university of applied sciences (polytechnic). Master's and doctoral programs in nursing

science are offered at five universities. The practical mental nurses (PMNs) are required to take 3 years of vocational training. The vocational qualification confers general eligibility for polytechnic and university studies. Under Finnish law, RNs are licensed professionals whereas PMNs are protected occupational professionals (Tenkanen et al., 2011). RNs are responsible for implementing and developing theoretical and practical nursing processes. Focusing on patient safety is an ethical obligation of both occupational groups (Tenkanen et al., 2011).

Goals of Treatment for the Patient

It is important to identify the factors leading to and influencing the offense and also to identify the manner in which the patient talks about the offense and extent to which he has feelings of remorse (Youngs & Canter, 2013). In the study by Mezey, Kavuma, Turton, Demetriou, and Wright (2010), patients themselves considered that psychological work and being educated about their illness helped recovery by providing them with strategies to understand, monitor, and control their mental state. It also created a valuable space in which patients felt they were encouraged to talk, be listened to, and taken seriously. Patients saw recovery not only in terms of their mental illness but also in terms of no longer being perceived as a risk. Nevertheless, premature pressure to work through an offense may exacerbate existing psychotic symptoms (e.g., Rask & Levander, 2001; Turkington & Siddle, 2000).

Barriers to Working Through the Offense

Offending in mentally ill offenders may be exacerbated by an inability to think clearly and/or rationally (Joyce, Dillane, & Vasquez, 2013). According to Winter (2005), the offense may have been a premeditated attempt by the patient to reduce anxiety or a response to a perceived threat. The patient may consider the action justified or have acted in a state of delusion. The offense may also have been committed on impulse, without forethought, and may have been influenced by difficulties in relationships, substance abuse, or exploitation (Winter, 2005). The assessment of different emotions such as blame and guilt is important, and it is easier to control anger and reduce the risk of aggression when adequate feelings of guilt are developed (Gilbert & Daffern, 2010; Stuewig, Tangney, Heigel, Harty, & McCloskey, 2010; Wright, Gudjonsson, & Young, 2008). If the offense is not worked through, the risk of reoffending will persist (Grann & Wedin, 2002; Wright & Gudjonsson, 2007). Similarly, in the study by Jung and Nunes (2012), greater denial and minimization of the offense were associated with greater treatment rejection and less treatment readiness. Some offending behavior programs have been shown to be effective in reducing recidivism rates (Yip et al., 2013).

To summarize, it is important to improve the quality of treatment; forensic mental health care prevents dozens of people from falling into the gap between the healthcare system, prison administration, and social services or simply being abandoned. The purpose of this study is to describe the therapeutic approach to a patient's criminal offense in a forensic mental health nurse–patient relationship from the perspective of Finnish nurses. A systematic search in the PubMed (MEDLINE), CINAHL, PsycINFO, and Cochrane Library databases revealed no research focusing specifically on the theme of working through a patient's criminal offense in the nurse–patient relationship. Therefore, it is evident that research on the theme of therapeutic approach to a patient's criminal offense from the nurse's perspective is required. This study seeks to identify good practices in working through an offense in terms of the nurse assisting the patient to work through the offense safely within the confines of a therapeutic relationship.

Method

Ethics

Ethical approval for the study was not required; in Finland, approval from an ethics committee is only necessary when the research involves patients (Act on Medical Research, 1999). Formal approval and permission for data collection were, however, obtained from the participating organization. In the design and implementation of the study, the position, rights, and responsibilities of the participants were defined. Ethical principles and guidelines were duly adhered to. Participants were provided with written and verbal information regarding the study, and formal informed consent was obtained from all participants.

Participants

The inclusion criteria for participant selection were being an RN or mental health nurse with experience in therapeutic approaches to forensic patients' criminal offenses in a nurse–patient relationship. All participation was voluntary. The nurse managers of the hospital were informed of the study by the director of nursing, who was the contact person for the study. The director of nursing provided verbal and written information regarding the study to the nurse managers. The nurse managers then informed the staff of the study and recruited nurses on a voluntary basis. The sample selection was based on the relevance of the nurses' experience, with all selected nurses having at least 10 years of psychiatric nursing and 5 years of forensic psychiatric nursing experience. The researcher did not work with the nurses whom the researcher was interviewing.

Collection and Analysis of Data

A qualitative design using a content analysis approach was conducted in a Finnish forensic psychiatric hospital. Eight nurses, including mental health nurses and staff nurses (five men and three women) were interviewed in March 2011. Four of these interviewees were PMNs, and four were RNs. A qualitative approach to the inquiry was selected because it offered a direct reflection of nurses' descriptions of the therapeutic approach to a patient's criminal offense in the context of the forensic mental health nurse–patient relationship. The following primary question was asked: Can you describe how you therapeutically approach the patient's criminal offense in the nurse–patient relationship? During the interviews, the nurses were requested to describe this process in their own words. Some of the guiding questions asked during the interview process concerned how the therapeutic alliance would be developed in the context of the forensic nurse–patient relationship and how the patient's offense could be realistically integrated into the patient's experience. Questions regarding the nurse's feelings of countertransference during therapy and how to help the patient maintain hope were also asked.

Six individual interviews and one interview with two informants were conducted. The unstructured interviews lasted 1–2 hr and progressed informally by discussing the topic and different patient cases. All interviews were recorded and then transcribed verbatim.

The research material took the form of the original commentary of the nurses and was analyzed by inductive content analysis. No attempt was made to compare RNs' and PMNs' responses. According to Elo et al. (2014), a prerequisite for successful content analysis is that data can be reduced to concepts that describe the research phenomenon by creating categories, concepts, a model, a conceptual system, or a conceptual map. As a research method, the concepts represent a systematic and objective means of describing and quantifying phenomena. In qualitative content analysis, the abstraction process is the stage during which concepts are created. These qualitative data are organized by open coding, coding sheets, grouping, categorization, and abstraction (Elo & Kyngäs, 2008). In the current research, original expressions were sought in the data that answered the research questions, specifically, the therapeutic approach to a patient's criminal offense in the context of the forensic mental health nurse–patient relationship. Sentences and entire thoughts or notions were selected as the unit of analysis. The relevant sentences and phrases were identified, and the data were divided into meaning units. The condensed meaning units were abstracted and labeled with codes. The various codes were compared with reference to differences and similarities and sorted into subcategories and categories (Graneheim &

Table 1. Example of the Content Analysis Process in Two Main Categories

Nurses' original descriptions	Subcategory	Upper category	Main category
"It was just this jealousy thing, and what train his thoughts took, it was unrealistic, and how he has misinterpreted it."	A narrative produced by the patient himself	A realistic understanding of both what has happened and why	Nurse's response to a patient facing reality by discussing a patient's thoughts, images, and emotions
"I leave him alternatives, like could it be due to such factors, for example you were so sick or psychotic when you committed that act...."	Psychoeducation		
"He had a nervous breakdown when he really understood...."	Sorrow, blame, guilt, and shame	The patient's emotions	
"The shame is there and the guilt, what the children think, that he has done something like that."	The patient facing his background and past	Intensive working	Nurse's response to a patient working intensively by increasing support and caring for depression
"Some patients ...when they realize what they have done ...when the medication begins to help ...it can pose a very big risk of suicide."	Understanding the meaning of the offense in his life		
"...we get closer and the team will react quickly."	The support of the whole team increases	Team work	

Lundman, 2004). Major categories were labeled according to their content. By grouping and conceptualizing the data, the research progressed to theoretical concepts and conclusions. Combining upper categories resulted in a composite class that was then the answer to the research task (Table 1).

Results

The process of the therapeutic approach to a patient's offense comprises numerous steps and various phases. For the nurse, the process of working through the offense can be divided into stages in which an attempt is made to respond to the patient's behavior and interaction in a manner that leads to working through the criminal act (Figure 1). The therapeutic approach to the patient's offense in this study is defined as an effective recovery approach aimed at creating a strong therapeutic alliance that enables the nurse to assist the patient to work through his offense safely.

Nurses' Responses to a Psychotic Patient by Increasing the Patient's Feeling of Security

At the beginning of the treatment, the patient is often psychotic or suicidal. All of the nurses who were interviewed said that the patient may not have processed the offense because the patient's defense mechanisms are activated to protect him against further anxiety or breakdown. According to the nurses, a patient seeks protection by denying the offense, refusing to reflect on it, blaming other people, or even by boasting of the offense. Therefore, nurses must identify the defense mechanisms such patients invoke. The patient can

only progress according to his own abilities; thus, the will to work through the offense is developed gradually. In the opinions of the nurses interviewed, it is important that the patient feels that the treating nurse is easy to approach and "on the same side" and that at first, it is advisable to progress on the patient's terms.

...you have to progress and ask questions very carefully ...I let him talk. It proceeds step by step.
(Participant 1)

The reprehensible act is generally quite recent, and the patient may have had traumatic experiences and suicidal ideation. The nurses considered that being beside the patient and relieving the patient's acute anxiety were important. For example, the nurse may use the tone of voice and nonverbal behavior to convey to the patients that they are in a safe place. According to the interviewees, clear communication, honesty, and firmness serve to increase the patient's quest for security. Responses included,

He tried to commit suicide – he was so scared and thought he would be killed. We were beside him all the time and gave him hope and supported him to carry on living. (Participant 5)

Nurses' Responses to a Suspicious Patient by Building Trust

All of the nurses interviewed said that building trust gradually according to the patient's status may enable the

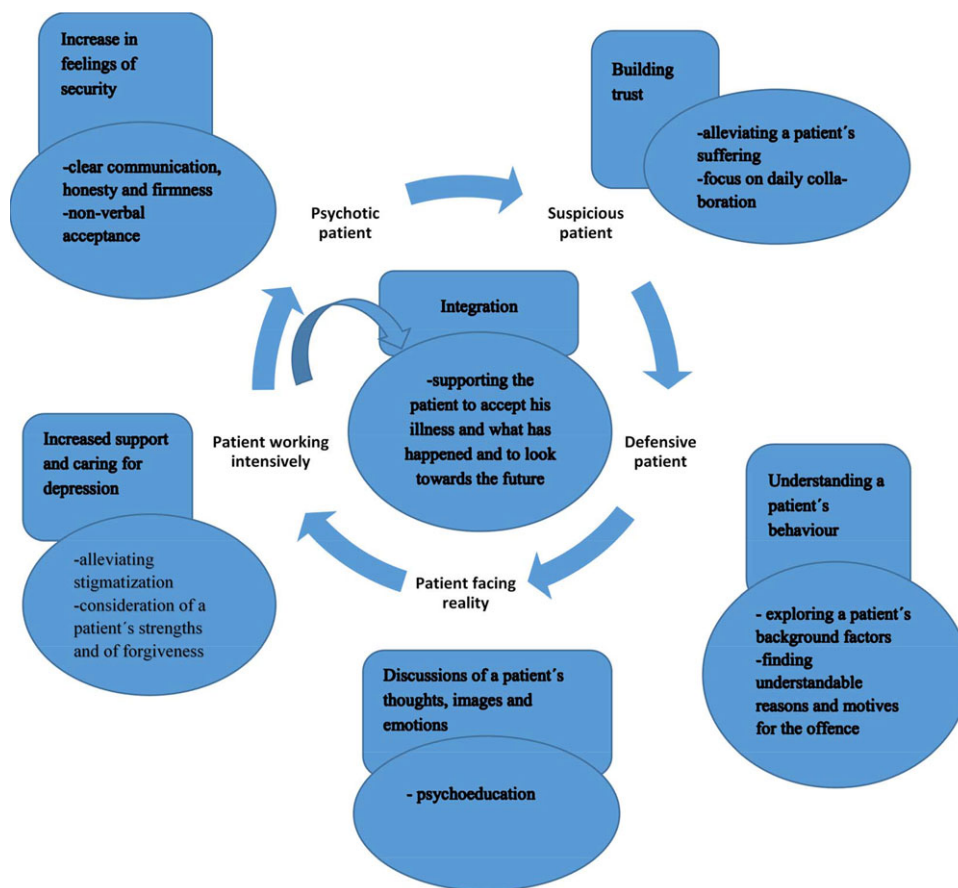


Figure 1. The Process of the Therapeutic Approach to a Patient's Offense

patient to further discuss the offense. The patient may be suspicious and withdraw from contact. The nurse should be able to accept the patient's hostile and paranoid behavior. Building trust takes time and depends on the patient's sense of security, how the nurse responds to the patient, and the degree of openness and daily contact. The nurse must therefore seek to alleviate the patient's suffering and focus on daily collaboration. The patients cannot work through the offense with confidence if they do not feel safe or do not trust the nurses. The nurses said that a patient's distress and guilt may be exacerbated by excessive questioning, and the patient's conception of the offense or the reasons for hospitalization may differ from the perceptions of the staff.

Denial might be very strong, like, "I don't need help like this, and I won't tell you anything. Are you henchmen of the police?" (Participant 8)

Nurses' Responses to a Defensive Patient by Understanding the Patient's Behavior

The nurses said that the patient's background factors are explored with the patient so that the nurse can understand

the patient's behavior and perhaps identify understandable reasons and motives for the offense.

We analysed the patient's history. We made a kind of time-line of his past, all his relationships, how his life was ...what the reasons were that he ended up in Niuvanniemi Hospital. (Participant 8)

The offense must be addressed relative to the patient's condition, and the nurse must desist if the patient cannot bear to address the issue. According to the nurses, it is important to assess whether a particular approach to the offense may harm the patient's health. One must not advance too quickly or in such a manner that the patient becomes distressed because it may be that he will then no longer want to come and talk about the problem. Furthermore, a patient must not be excessively rebuked because this may increase his emotional distress:

He may break down if he is pressured and pressured....(Participant 4)

One of the interviewees noted that it is not meaningful to work through the offense if the patient has been in the

hospital for quite a long time, if his individual manifestation of the mental disorder is completely difficult for him to manage, or if the offense occurred long ago.

He is depressed, and the depression is covered with a massive anxiety and aggressive thoughts. He is severely ill, and the manifestation of the disease is so difficult that it is no use to try to work through the offence. (Participant 7)

Nurses' Responses to a Patient Facing Reality by Discussing a Patient's Thoughts, Images, and Emotions

All of the nurses said that it is important to discuss a patient's thoughts, images, and emotions in the nurse-patient relationship. The goal is to arrive at a realistic understanding of both what has occurred and why. According to the nurses, a criminal act can be discussed as a narrative produced by the patient himself when the patient recalls the events from his own subjective experiences. This enables the use of reminiscences, perhaps in the form of a diary a week before and a week after the offense, and photos and pictures generated by the patient himself. The nurse can then carefully attempt an interpretation and offer alternatives and options for care.

It was just this jealousy thing, and what train his thoughts took. It was unrealistic, and how he has misinterpreted it. (Participant 2)

The patient may integrate the psychosis into the offense, and insight into the presence of the mental disorder may be increased by psychoeducation. The nurse must also assess the risk of a patient behaving aggressively, particularly if the patient has aggressive thoughts or fantasies, although a formal risk assessment is not routinely a component of the process of working therapeutically with the patient.

At the first meeting I don't, when we don't have a very strong caring relationship at the beginning, I don't set about showing straight out that it's really not quite like that; I leave him alternatives, like could it be due to such factors, for example, you were so sick or psychotic when you committed that act that maybe you had this image of things, but might it be a bit that you had such an image of those things, but could it have been a bit different? (Participant 8)

According to the nurses interviewed, sorrow, blame, guilt, shame, and the possible will to make amends are addressed in the nurse-patient relationship. The patient may have previously been in court, and he may have been sentenced to pay damages. The patient may want to apologize to the victim or the victim's family or offer compensation for damages.

He had a nervous breakdown when he really understood. He got the judgement of the court, and he was committed to hospital. He fell onto the bed. He couldn't get up any more. He accepted it and said that it is now over. It is a relief that there is an ending to this situation – he admitted that it had happened, and he had committed an offence. (Participant 5)

The feeling rose to the surface in court when he saw the parents of the person he had killed. He told me that nothing was so hard in this matter as to face the parents weeping there. (Participant 5)

Nurses' Responses to a Patient Working Intensively by Increasing Support and Caring for Depression

According to the nurses, at this stage, the patient works intensively to face his background and past. It is important to work through a patient's thoughts realistically and let the patient grieve. Patients who intensively work through their offenses may start to feel a realistic sense of guilt although such a reaction should not be the goal. The patient should not be made to feel guilty. According to some nurses, the patient may feel forever stigmatized by the offense, and this feeling will make the patient's life more difficult in the future. It is good for the nurse to attempt to alleviate the patient's feeling of being stigmatized. Some nurses reported trying harder to include the patient's relatives and social environment in treatment. The patient's relatives may not want to contact the patient if the offense was committed in the family; however, it is useful to think through with the patient what his relatives may think or feel about the incident. The nurse must, however, assess whether the patient is capable of considering a relative's point of view. The patient's sense of shame, however, may be so severe that he moves away from their place of residence because he may feel stigmatized in the neighborhood in which the crime was committed.

The shame is there and the guilt, what the children think, that he has done something like that. (Participant 8)

Approximately half of the nurses commented that there is a risk that the offense may be addressed superficially. The nurses said that they observed the patient's reactions, signs, and expressions when addressing the offense to sense whether the patient is truly working through the offense in any meaningful manner. According to nurses, the patient's internal world, thinking, and cognitive capacity must also be considered because these factors may be jammed or rigid, restricting his ability to work through the offense. The nurses also thought that the patient's capacity to process his act should be considered and nothing should be required of the

patient who extends beyond his capabilities because of his illness.

You can sense it when you talk about the offence, when the patient is talking as if he was reading the newspaper. He just talks, but there is no sense of feeling or guilt. You can quickly sense whether he really means it or just says what he has been taught to say....”(Participant 3)

The nurse's role may change as the patient begins to understand the meaning of the offense in his life. The majority of nurses commented that the patient's condition may deteriorate and the patient often becomes depressed following any working through of the offense and his emergent emotional reactions. The patient may become depressed or suicidal, in which case the nurse must provide further support.

Some patients ...when they realise what they have done ...when the medication begins to help ...it can pose a very big risk of suicide. (Participant 4)

The nurses said that the support of the entire team must increase in the face of a possible suicide. The nurse must be completely sensitive to the level at which the offense is worked through and assess the influence of the process on the patient's condition to ensure that the patient does not feel too distressed after discussions. According to the nurses, it helps the patient to hear how other patients have coped with comparable situations and progressed in their treatment. The content of discussions may also turn into a consideration of the patient's strengths, and of forgiveness.

...we get closer and the team will react quickly. We talk more with the patient, and the patient is encouraged to talk to us every shift, even when his personal nurse is not on shift. (Participant 5)

Integration of the Offense Into the Patient's Experience

The nurse continues to support the patient in accepting his illness and what has occurred and navigate toward the future. The patient may grieve over what occurred, the offense that was committed, illness, loss of someone, or for the victim's family; however, the effort is directed toward the patient being able to bear what he has done and perceive himself as good despite his offense. According to the nurses, the functioning ability improves when the patient has been able to process his offense, when the act no longer causes the patient so much anxiety. Some of the nurses also emphasized the importance of lenience so that patients can forgive themselves:

You have to be lenient with yourself ...and have forgiveness. You have to live with it for the rest of your life and have to accept it. (Participant 1)

...understanding yourself that in any case I have done it, and it will stay with me throughout my life. It cannot be undone or wiped away; you have to learn to live with it. (Participant 1)

Discussion

According to the findings, the therapeutic approach to a patient's criminal offense in a forensic mental health nurse-patient relationship comprises numerous steps and various phases. These phases were identified following an analysis of the interview data obtained from the nurses. The phases, a result of content analysis, comprised the answers to the research question: Can you describe how you therapeutically approach the patient's criminal offense in the nurse-patient relationship? The nurses' responses were analyzed, similarities and differences were identified, and the responses were synthesized. Classification categories were systematically developed on the basis of the nurses' responses. All of the nurses contributed to what the researcher discovered regarding the phases. In their conclusions, the researchers endeavored to understand the subjects from their own perspectives. The nurses noted that persons with mental illness who have committed an offense go through different phases that require different responses on the part of the nurses and exceptional levels of compassion and self-awareness. These phases, according to the nurses, are often the psychotic state of the patient at the beginning of treatment, his suspiciousness and defensiveness, facing reality, and a phase of intensive work by the patient. In the final stages, the criminal act is integrated into the patient's experiential world. According to the nurses, the phases dovetail into one another, and progress may be cyclical.

At the beginning of treatment, it is extremely important to calm and stabilize the patient. Crisford, Dare, and Evangeli (2008) have also reported the importance of considering the patient's defense mechanism. According to Laithwaite et al. (2009), people with psychoses, who also commit offenses often come from backgrounds that reduce the safety mentality and foster a threat-focused mentality.

Nurses emphasize the significance of trust, and Gildberg, Bradley, Fristed, and Hounsgaard (2012) and Holmes (2005) have noted similar trust requirements in a nurse-patient relationship. Building trust takes time and is influenced by the day-to-day sense of the security of the patient as well as by openness and daily contact. How profoundly the offense can be worked through is determined by the patient's condition. The nurse must be aware of the patient's history so that the offense can be reflected upon contextually.

A therapeutic approach to the offense in a confidential nurse–patient relationship and a trusting and safe atmosphere increase the patient's awareness and insight (Blackburn, 2004; Carroll et al., 2004; Evans, 2007; Green, Batson, & Gudjonsson, 2011; Karow & Pajonk, 2006). The findings of the present study are consistent with the findings of Serran and Marshall (2010), who observed the therapeutic relationship to be integral to successful treatment and reduced recidivism. Serran and Marshall (2010) also claim that a strong therapeutic alliance increases treatment completion and success. Gildberg, Bradley, and Hounsgaard (2013) also observed the importance of being “nonjudgmental,” which is characterized by a tolerant approach in which staff do not judge the patient for crimes committed. The intention is not to damage the trust established because judging patients and voicing this disapproval in the interaction could damage the trusting relationship.

It is valuable to construct patients' different explanations for their offenses in a therapeutic relationship. This helps mental health personnel understand how the patient identifies the problem and the situation, and particularly helps the patient work through his story so that life will continue and the risk of reoffending is minimized (Askola et al., 2015). The forensic mental health nurse endeavors to increase the patient's capacity to tolerate unpalatable thoughts and emotional states rather than impulsively act on them. Brazão, da Motta, and Rijo (2013) noted improvements in anger, external shame, paranoia, biased information processing, and dysfunctional core beliefs by promoting cognitive, emotional, and behavioral change. The benefits to patients may include a more realistic perception of their self-worth, a firmer sense of identity, and a decrease in psychotic and paranoid anxieties (McGauley & Humphrey, 2003).

Nurses may use psychoeducation in the therapeutic relationship and are required to constantly assess the patient's condition. This reflects the findings of Rani and Byrne (2014) and Vallentine, Tapp, Dudley, Wilson, and Moore (2010), who have also reported the importance of psychoeducation and knowledge of the patient's history as key to providing support. It may take years before the patient is able to talk about the offense, and the offense must be handled with the patient's defense mechanisms in mind because premature pressure to work through an offense may exacerbate existing psychotic symptoms.

The offense must also be worked through extremely carefully to increase the patient's self-awareness (Ferrito, Vetere, Adshead, & Moore, 2012; Wright & Gudjonsson, 2007). Interventions aimed at improving confidence and the elaboration of the person's life story, including their offenses, have been described by Ferrito et al. (2012). If the patient develops a realistic understanding of the act and the reasons

that influenced the act, it is easier to reduce the potential for reoffending. A major aim of such treatment is to enable a patient to develop an awareness of his own mind and its workings. When the reprehensible act has been processed therapeutically, the patient has new skills, attitudes, and behaviors that may prevent him from committing further crimes and help him toward more positive social activity in his life. The nurse's role, however, changes when the patient's levels of guilt and regret rise to the surface, and in such a situation, the nurse must be extremely supportive because of the greater risk of the patient's attempting suicide. The nurse therefore must maintain hope and support the patient's zest for life while endeavoring to evoke adequate levels of remorse and insight in the patient. Although the patient must grieve and work through the offense, there is also a need for motivation and orientation toward the future, and it is in this position that the forensic mental health nurse–patient relationship plays a crucial role.

Strengths and Limitations of the Study

The findings represent the authentic experiences of the eight forensic mental health nurses who participated in this study. The results are primarily representative of their personal views and institutional context. Cultural and legislative factors may inhibit the direct transference of findings to other societies. Although the results of this study are not generalizable to other settings, these findings may provide insights for nurses working with forensic psychiatric patients. The results are related to actual knowledge and have practical usefulness, thereby confirming the transferability of the study. The credibility of this study can be confirmed: the data and processes of analysis addressed the intended focus (Graneheim & Lundman, 2004), and all of the participants had personal experience with the phenomena of the study. The research process was carefully and logically documented, which increases the study's dependability. Conformability of the study is assured because the research findings and interpretations are linked to data in manners easily understood by others. The researcher adopted appropriate and coherent research methods and procedures, and the collection, production, and interpretation of the data can be followed, which indicates the reliability of the study (Morse, Barrett, Mayan, Olson, & Spiers, 2002).

The researcher was not known to the participants although the participants were aware of the forensic psychiatric nursing experience of the researcher, which encouraged the nurses to speak freely on the subject. The interaction between the participants and researcher was open and confidential. The participants were well prepared for the interviews. One interview included two participants; however, having two interviewees did not appear to influence their responses. Some of the nurses interviewed worked on the same ward;

however, the majority of the nurses did not know about other nurses' participation in the study. The researcher acknowledged her own involvement in the study and was also aware of the interaction among the researcher, participants, and research (Holloway & Wheeler, 2010), which also increases the reliability of the study. The validity of this study is accurate: the methods used do indeed measure the abstract concepts that they purport to measure (Polit & Beck, 2006). It may be regarded as a weakness of the study that the recruitment of the nurses for the study was left to the director of nursing of the hospital; thus, the study did not necessarily reach all nurses who may have been interested.

Implications for Nursing Practice

The results reveal the strategies of the cyclical process of the therapeutic approach to a patient's offense, comprising numerous steps and various phases. The narratives collected and analyzed helped to create a processual tool that has the potential to improve treatment and outcomes. The cyclical process of the therapeutic approach does not proceed linearly from stage to stage; the patient may move back and forth between several stages, and as the stress accumulates, may regress to an earlier stage. The patient may be at several stages simultaneously while moving forward in the process. The value of the cyclical process of the therapeutic approach is in helping the nurse identify the patient's various stages in treatment and in processing the offense, during which the nurse can, by her own existence and attitude toward the patient, relieve the patient's stress and offer therapeutic assistance. For the nurse, the processual working through of the offense can be divided into stages in which an attempt is made to respond to the patient's behavior and interact in a manner that leads to working through the criminal act. It is important for nurses to identify when and how in the process it is possible to advance and what challenges advancements pose to the patient, both cognitively and emotionally. Premature or ill-considered processing of the criminal act may be disastrous to the patient and nurse-patient relationship. After the initial building of trust, working through the act advances systematically and in a goal-oriented manner. As the working through of the act progresses, the patient develops a comprehension not only of the influence of illness on what he has done but also his own responsibility to manage his illness in the future so that a reoccurrence of a similar situation is less likely. It would be beneficial for the nurse and patient together to develop a plan to avoid the same situation in which the offense was committed. The risk factors that led to the offense must be examined, ascertaining what must occur in the patient's life to avoid reoffending. As the process is worked through, the patient acquires new skills, attitudes, and behaviors that prevent him from slipping back into

criminality and improve his quality of life. Simultaneously, the patient develops some sort of ability to perceive for himself how he acts in comparable problem situations. Working through the offense must include the patient's distorted thoughts and erroneous beliefs. Considering the patient's psychosocial needs and social environment is also essential; a social environment in which there is understanding of the nature of the psychosis protects against the patient's becoming symptomatic. When the patient and nurse process the reprehensible act together, great attention should be paid to caring for the patient's depressive symptoms and trauma symptoms. These preliminary findings may provide valuable indications of particular behaviors that nurses can incorporate when working therapeutically with patients in this particular setting. The present study describes recommended therapeutic strategies that remain to be tested further, which could eventually result in a theoretical model. Further studies and research are necessary with larger populations to examine what may become a theoretical model. In clinical practice, a valuable theme for future research could therefore be to test the usefulness of the cyclical process in guiding the practice of nurses in forensic psychiatric nursing.

Acknowledgments

This study was supported by the Hospital District of Helsinki and Uusimaa, Hyvinkää Hospital Region and the National Education Fund (Kansan sivistysrahasto).

References

- Act on Health Care Professionals (559/1994). (1994). Retrieved from <http://www.finlex.fi/en/laki/kaannokset/1994/en19940559>
- Act on Medical Research (488/1999). (1999). Retrieved from <http://www.finlex.fi/en/laki/kaannokset/1999/19990488>
- Aho-Mustonen, K. (2011). *Group psychoeducation for forensic long-term patients with schizophrenia* (Doctoral dissertation). Finland: University of Eastern Finland. Retrieved from http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0303-7/urn_isbn_978-952-61-0303-7.pdf
- Askola, R., Louheranta, O., Paavilainen, E., Åstedt-Kurki, P., Soininen, P., Putkonen, H., & Nikkonen, M. (2015). Forensic psychiatric patients' narratives of their offense. *Issues in Mental Health Nursing*, 36, 162–170.
- Blackburn, R. (2004). "What works" with mentally disordered offenders. *Psychology, Crime & Law*, 10, 297–308.
- Brazão, N., da Motta, C., & Rijo, D. (2013). From multimodal programs to a new cognitive-interpersonal approach in the rehabilitation of offenders. *Aggression and Violent Behavior*, 18, 636–643.
- Buckley, P. F., Hrouda, D. R., Friedman, L., Noffsinger, S. G., Resnick, P. J., & Camlin-Shingler, K. (2004). Insight and its

- relationship to violent behavior in patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1712–1714.
- Campanelli, P. C., Cleek, E. N., Gold, P. B., Lieberman, H. J., Nakagawa, A., & Skoraszewski, M. (2005). Screening offenders with histories of mental illness and violence for supportive housing. *Journal of Psychiatric Practice*, 11, 279–288.
- Carroll, A., Pantelis, C., & Harvey, C. (2004). Insight and hopelessness in forensic patients with schizophrenia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 169–173.
- Cavelti, M., Rüsçh, N., & Vauth, R. (2014). Is living with psychosis demoralizing? Insight, self-stigma, and clinical outcome among people with schizophrenia across 1 year. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 202, 521–529.
- The Criminal Code of Finland (39/1889). (1889). Retrieved from <http://www.finlex.fi/en/laki/kaannokset/1889/en18890039.pdf>
- Crisford, H., Dare, H., & Evangeli, M. (2008). Offence-related posttraumatic stress disorder (PTSD) symptomatology and guilt in mentally disordered violent and sexual offenders. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 19, 86–107.
- Elo, S., Kääriäinen, M., Kanste, O., Pölkki, T., Utriainen, K., & Kyngäs, H. (2014). Qualitative content analysis: A focus on trustworthiness. *SAGE Open*, 4, 1–10. doi:10.1177/2158244014522633
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62, 107–115.
- Eronen, M., Seppänen, A., & Kotilainen, I. (2012). Forensic psychiatry in Finland. *Nordic Psychiatrist*, 1, 20–21.
- Evans, A. M. (2007). Transference in the nurse-patient relationship. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 189–195.
- Ferrito, M., Vetere, A., Adshead, G., & Moore, E. (2012). Life after homicide: Accounts of recovery and redemption of offender patients in a high security hospital—A qualitative study. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 23, 327–344.
- Gilbert, F., & Daffern, M. (2010). Integrating contemporary aggression theory with violent offender treatment: How thoroughly do interventions target violent behavior? *Aggression and Violent Behavior*, 15, 167–180.
- Gildberg, F. A., Bradley, S. K., Fristed, P., & Hounsgaard, L. (2012). Reconstructing normality: Characteristics of staff interactions with forensic mental health inpatients. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21, 103–113.
- Gildberg, F. A., Bradley, S. K., & Hounsgaard, L. (2013). Comparing the obvious: Interactional characteristics of staff in acute mental health nursing and forensic psychiatric nursing. *International Journal of Forensic Mental Health*, 12, 205–214.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105–112.
- Grann, M., & Wedin, I. (2002). Risk factors for recidivism among spousal assault and spousal homicide offenders. *Psychology, Crime, and Law*, 8, 5–23.
- Green, T., Batson, A., & Gudjonsson, G. (2011). The development and initial validation of a service-user led measure for recovery of mentally disordered offenders. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 22, 252–265.
- Holloway, I., & Wheeler, S. (2010). *Qualitative research in nursing and healthcare*. West Sussex, UK: Blackwell Publishing.
- Holmes, D. (2005). Governing the captives: Forensic psychiatric nursing in corrections. *Perspectives in Psychiatric Care*, 41, 3–13.
- Jacob, J. D. (2012). The rhetoric of therapy in forensic psychiatric nursing. *Journal of Forensic Nursing*, 8, 178–187.
- Joyce, C. J., Dillane, J., & Vasquez, E. A. (2013). The role of anger in offending: A grounded theory analysis of mentally disordered patients. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 24, 247–268.
- Jung, S., & Nunes, K. L. (2012). Denial and its relationship with treatment perceptions among sex offenders. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 23, 485–496.
- Karow, A., & Pajonk, F. G. (2006). Insight and quality of life in schizophrenia: Recent findings and treatment implications. *Current Opinion in Psychiatry*, 19, 637–641.
- Karow, A., Pajonk, F. G., Reimer, J., Hirdes, F., Osterwald, C., Naber, D., & Moritz, S. (2008). The dilemma of insight into illness in schizophrenia: Self- and expert-rated insight and quality of life. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 258, 152–159.
- Koskinen, L., Likitalo, H., Aho, J., Vuorio, O., & Meretoja, R. (2014). The professional competence profile of Finnish nurses practicing in a forensic setting. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21, 320–326.
- 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.
- Kuosmanen, A., Tiihonen, J., Repo-Tiihonen, E., Eronen, M., & Turunen, H. (2013). Patient safety culture in two Finnish state-run forensic psychiatric hospitals. *Journal of Forensic Nursing*, 9, 207–216.
- Laithwaite, H., O'Hanlon, M., Collins, P., Doyle, P., Abraham, L., & Porter, S. (2009). Recovery after psychosis (RAP): A compassion focused programme for individuals residing in high security settings. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37, 511–526.
- Lincoln, T. M., Lüllman, E., & Rief, W. (2007). Correlates and long-term consequences of poor insight in patients with schizophrenia. A systematic review. *Schizophrenia Bulletin*, 33, 1324–1342.
- Margetic, B., Aukst-Margetic, B., Ivanec, D., & Filipic, I. (2008). Perception of stigmatization in forensic patients with schizophrenia. *International Journal of Social Psychiatry*, 54, 502–513.
- McGauley, G., & Humphrey, M. (2003). Contribution of forensic psychotherapy to the care of forensic patients. *Advances in Psychiatric Treatment*, 9, 117–124.
- 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 & Psychology*, 21, 683–696.
- Morse, J. M., Barrett, M., Mayan, M., Olson, K., & Spiers, J. (2002). Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. *International Journal of Qualitative Methods* 1, 13–22.
- National Institute for Health and Welfare. (2012). *Annual Statistics of Forensic Psychiatry* (Oikeuspsykiatrian Vuositilasto 2012).
- Perron, A., & Holmes, D. (2011). Constructing mentally ill inmates: Nurses' discursive practices in corrections. *Nursing Inquiry*, 18, 191–204.
- Pickard, H., & Fazel, S. (2013). Substance abuse as a risk factor for violence in mental illness: Some implications for forensic psychiatric practice and clinical ethics. *Current opinion in Psychiatry*, 26, 349–354.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). *Nursing research. Principles and methods* (7th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Putkonen, A., Kotilainen, I., Joyal, C., & Tiihonen, J. (2004). Comorbid personality disorder and substance use disorders of mentally ill homicide offenders: A structured clinical study on dual and triple diagnoses. *Schizophrenia Bulletin*, 30(1), 59–72.
- Rani, S., & Byrne, H. (2014). 'Telling their stories' on a dual diagnosis training course: Forensic mental health service users' perspective on their challenges, benefits and future strategies. *Nurse Education in Practice*, 14, 200–207.
- Rask, M., & Levander, S. (2001). Interventions in the nurse–patient relationship in forensic psychiatric nursing care: A Swedish survey. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 323–333.
- Robertson, T., Daffern, M., Stuart, T., & Martin, T. (2012). De-escalation and limit-setting in forensic mental health units. *Journal of Forensic Nursing*, 8, 94–101.
- Sender-Galloway, S., & Clark, T. (2013). Problematic substance use among forensic community patients. *Journal of Forensic Practice*, 15, 119–129.
- Serran, G., & Marshall, W. (2010). Therapeutic process in the treatment of sexual offenders: A review article. *British Journal of Forensic Practice*, 12(3), 4–16.
- Stuewig, J., Tangney, J. P., Heigel, C., Harty, L., & McCloskey, L. (2010). Shaming, blaming and maiming: Functional links among the moral emotions, externalization of blame and aggression. *Journal of Research in Personality*, 44, 91–102.
- 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.
- Turkington, D., & Siddle, R. (2000). Improving understanding and coping in people with schizophrenia by changing attitudes. *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 4, 300–320.
- Vallentine, V., Tapp, J., Dudley, A., Wilson, C., & Moore, E. (2010). Psycho-educational groupwork for detained offender patients: Understanding mental illness. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 21, 393–406.
- Williams, A., Moore, E., Adshead, G., McDowell, A., & Tapp, J. (2011). Including the excluded: High security hospital user perspectives on stigma, discrimination, and recovery. *British Journal of Forensic Practice*, 13, 197–204.
- Winter, D. A. (2005). Destruction as a constructive choice. In T. Mason (Eds.), *Forensic psychiatry: Influences of evil* (pp. 153–176). New York, NY: Humana Press.
- Wright, K., & Gudjonsson, G. H. (2007). The development of a scale for measuring offence-related feelings of shame and guilt. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 18, 307–316.
- Wright, K., Gudjonsson, G. H., & Young, S. (2008). An investigation of the relationship between anger and offence-related shame and guilt. *Psychology, Crime & Law*, 14, 415–423.
- Yip, V. C.-Y., Gudjonsson, G. H., Perkins, D., Doidge, A., Hopkin, G., & Young, S. (2013). A non-randomised controlled trial of the R&R2MHP cognitive skills program in high risk male offenders with severe mental illness. *BMC Psychiatry*, 13, 267–277. doi:10.1186/1471-244X-13-267
- Youngs, D., & Canter, D. V. (2013). Offenders' crime narratives as revealed by the Narrative Roles Questionnaire. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 57, 289–311.