



MIELENTILATUTKIMUS OSANA OIKEUSPSYKIATRISTA HOITO- TYÖTÄ

Oppimateriaali

Miia Roschier

Opinnäytetyö
Maaliskuu 2015
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihto-
ehto

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

ROSCHIER, MIIA:

Mielentilatutkimus osana oikeuspsykiatrista hoitotyötä

Opinnäytetyö 55 sivua, joista liitteitä 7 sivua
Maaliskuu 2015

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä mielenterveys- ja päihdehoitotyön vaihtoehtoisin ammattiopintoihin sairaanhoitajaopiskelijoille oppimateriaalia mielentilatutkimuksista osana oikeuspsykiatrista hoitotyötä. Tehtävänä oli selvittää, mitä oikeuspsykiatrinen hoito on, mikä on mielentilatutkimus ja kuinka syyntakeettomaksi todetun henkilön hoito toteutuu tutkimuksen jälkeen. Toiminnallinen opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Tampereen ammattikorkeakoulun kanssa ja siihen sisältyi kirjallisuuskatsaus ja tuotos. Tuotos oli PowerPoint – esitys, joka soveltui sekä itsenäiseen opiskeluun että opetus-käyttöön.

Mielentilatutkimus on laaja psykiatrinen tutkimus jolla pyritään selvittämään onko rikoksentehtäjä ollut tekohetken aikana syyntakeinen, alentuneesti syyntakeinen vai syyntakeeton. Syyntakeinen henkilö on täyttänyt 15 vuotta ja ymmärtää tekojensa seuraukset. Alentuneesti syyntakeisen ja syyntakeettoman henkilön mielenterveyden tai tajunnan häiriö tai kehitysvamma on alentanut hänen kykyään ymmärtää tekojensa seuraukset siinä määrin, ettei hänen voida katsoa olevan täysin tai lainkaan vastuussa teostaan.

Mielentilatutkimus kestää noin kuusi viikkoa ja sen aikana moniammatillinen työryhmä pyrkii selvittämään tutkittavan mielentilan. Tutkimus koostuu erilaisista haastatteluista, tutkimuksista sekä tutkittavasta kerättyjen tietojen läpikäymisestä. Tutkimuksen jälkeen tuomioistuin antaa tuomionsa henkilön syyntakeisuudesta. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos voi määrätä syyntakeettoman henkilön psykiatriseen sairaalahoitoon, mikäli tahdosta riippumattoman hoidon edellytykset täyttyvät. Suurimmalla osalla on taustalla paranoidinen skitsofrenia sekä monimuotoisia päihderiippuvuuksia. Hoito kestää keskimäärin yhdeksän vuotta, jonka jälkeen riittävän hyväkuntoinen henkilö voi siirtyä valvonta-ajalle. Tämä edellyttää potilaalta riittävää motivaatiota sekä ymmärrystä omasta sairaudesta. Ongelmia valvonta-ajassa ovat esimerkiksi erimielisyydet hoitotahojen välillä, potilaiden alentava kohtelu ja riittämätön valmistaminen sekä vaikeudet työpai-kan ja rahan saamisessa.

Jatkotutkimuksen aiheina olisi hyvä tutkia miten voidaan tukea potilaan siirtymävaihetta valvonta-ajalle. Sen lisäksi oikeuspsykiatrisesta käytännön hoitotyöstä tarvitaan lisää tutkittua tietoa.

Asiasanat: mielentilatutkimus, oikeuspsykiatria, syyntakeisuus, oppimateriaali

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Option of Nursing

ROSCHIER, MIIA:
Forensic Psychiatric Evaluation as a Part of Forensic Psychiatric Treatment

Bachelor's thesis 55 pages, appendices 7 pages
March 2015

The purpose of this study was to yield learning material on forensic criminal evaluation and forensic psychiatric treatment for nursing students. The main research questions were the following: What is forensic psychiatric treatment? What is forensic psychiatric evaluation? How was the treatment organized for those who were found non compos mentis? This study has a functional approach, containing literature review and educational material.

Forensic psychiatric evaluation is a part of forensic psychiatric treatment and it is used to determine whether the person's state of mind was during the crime compromised because of a mental illness or retardation. In such case he cannot be held responsible for his actions and requires forensic psychiatric treatment which can take up to nine years. After institutional treatment it is possible for a patient to move into involuntary outpatient treatment which often takes one to two years. Problems during this were inability to get a job, lack of motivation and degrading treatment because of the committed crime.

Suggestions for further research would be to find out how to further support the patient when leaving hospital. It would also be useful to investigate the elements of forensic psychiatric nursing

Key words: forensic psychiatric evaluation, jurisprudence, criminal responsibility, learning material

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	7
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	8
3.1	Psykiatria	8
3.1.1	Oikeuspsykiatria.....	9
3.1.2	Tahdosta riippumaton hoito	10
3.2	Rikos	11
3.3	Mielentilatutkimus	12
4	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	14
4.1	Toiminnallinen opinnäytetyö	14
4.2	Kirjallisuuskatsaus	14
4.3	Aineistonkeruu.....	15
4.4	Aineistolähtöinen sisällönanalyysi	16
4.5	Oppimateriaali	17
5	TULOKSET	19
5.1	Oikeuspsykiatrinen hoitotyö	19
5.1.1	Vaarallisuuden arviointi	20
5.2	Mielentilatutkimus	21
5.2.1	Mielentilatutkimuslausunnon rakenne	25
5.2.2	Mielentilatutkimukseen osallistuva työryhmä	28
5.2.3	Tutkittavaa koskevat säännöt	30
5.2.4	Alaikäisten mielentilatutkimukset.....	31
5.2.5	Mielentilatutkimuksen erityispiirteitä	32
5.2.6	Mielentilatutkimuskäytäntöjä muissa maissa.....	33
5.3	Syyntakeettomaksi todetun potilaan hoito	36
6	POHDINTA.....	42
6.1	Eettisyys ja luotettavuus	42
6.2	Oppimateriaalin arviointi.....	43
6.3	Jatkotutkimusehdotukset.....	44
	LÄHTEET.....	45
	LIITTEET.....	49
	Liite 1. Aineistonhaku elektronisista tietokannoista	49
	Liite 2. Opinnäytetyössä käytetyt tutkimukset	51
	Liite 3. Mielentilatutkimusprosessikaavio	54
	Liite 4. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin tulokset	55

1 JOHDANTO

Suomi on läntisen Euroopan väkivaltaisim maa. Vuonna 2014 tehtiin 35 100 henkirikosta, mikä on kolme kertaa suurempi luku kuin esimerkiksi Ruotsissa. (Putkonen & Huttunen 2007, 2361; Suomen virallinen tilasto 2015.)

Länsimäisen oikeuskäsityksen mukaan psyykkisesti sairaalla rikosentekijällä on oikeus saada psykiatrasta hoitoa vankeuden sijaan; tämän vuoksi Suomessa voidaan oikeuden pyynnöstä tehdä mielentilatutkimus (Weizmann-Henelius 2009, 321–323). Mielentilatutkimuksen avulla määritellään henkilön syyntakeisuuden aste rikoksen tekohetkellä. Syyntakeeton on 15-vuotias, joka on ymmärtänyt tekonsa tosiasiallisen luonteen. Alentuneesti syyntakeisen henkilön kyky ymmärtää tekonsa seuraukset tai säädellä käyttäytymistään on mielisairauden, tajunnan häiriön tai syvän kehitysvammaisuuden vuoksi merkittävästi alentunut. Syyntakeeton ei ole mielisairauden, tajunnan häiriön tai syvän kehitysvammaisuuden vuoksi kyennyt ymmärtään tekonsa seurauksia tai kyky säädellä käyttäytymistä on merkittävästi alentunut. (Rikoslaki 19.12.1889/39.)

Vuosittain tehdään noin 100–130 mielentilatutkimusta (Eronen, Seppänen & Kotilainen 2007, 1824). Vuonna 2013 tehtiin 101 tutkimusta; 40 tutkittavaa oli tehnyt henkirikoksen, 43 muun väkivaltarikoksen, kuusi tuhotyön, viisi seksuaalirikoksen, viisi omaisuusrikoksen ja kaksi muun syytteenalaisen teon. 101 tutkittavasta 35 todettiin syyntakeetomaksi ja määrättiin tahdosta riippumattomaan psykiatriseen sairaalahoitoon. (Terveyden ja hyvinvointilaitoksen toimintakertomus ja tilipäätöslaskelmat 2013, 42.)

Syyntakeeton henkilö voidaan laittaa psykiatriseen pakkohoitoon, mikäli mielenterveyslain pakkohoidon kriteerit (mielisairas, hoitamattomana sairaus pahenisi uhaten joko henkilön itsen tai muiden terveyttä, ja muut mielenterveyspalvelut eivät riitä) täyttyvät (Santtila & Weicmann-Henelius 2008, 329; Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116). Keskimääräinen hoitoaika on noin 4-9 vuotta (Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2005, 23).

Oikeuspsykiatriassa erityispiirteenä on puolen vuoden välein tehtävä hoitopäätös, jonka mukaan katsotaan jatkuuko potilaan hoito entisellään vai onko potilas riittävän hyvässä kunnossa siirtyäkseen sairaanhoitopiiriin alaisena valvonta-ajalle. Valvonta-ajalle siirty-

essään potilas on yhä pakkohoitopäätöksen alaisena, mutta siirtyy kevyempään hoitomuotoon, esimerkiksi tuettuun palveluasuntoon. Ennen valvonta-ajalle siirtymistä potilaalta edellytetään riittävää sairaudentuntoa (eli käsitystä omasta sairaudestaan) sekä motivaatiota. Myös rikosresidiivin eli rikoksenuusintariskin on oltava riittävän matala. (THL 2014; Tiihonen 2001, 755.)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä mielenterveys- ja päihdehoitotyön vaihtoehtoisiin ammattiopintoihin sairaanhoitajaopiskelijoille oppimateriaalia mielentilatutkimuksista osana oikeuspsykiatrista hoitotyötä. Oppimateriaali tehtiin PowerPoint – esityksen muotoon. Mielentilatutkimukset ovat usein esillä mediassa ja se on aihe josta ei välttämättä saa asianmukaista tietoa. Oikeuspsykiatrinen hoito itsessään on psykiatrian erikoisala, johon pääsee tutustumaan vain kyseisillä osastoilla ja josta ei välttämättä saa tietoa opintojen aikana tai työelämässä ollessaan. Tämän vuoksi oppimateriaalin teko opiskelijoille ja alan ammattilaisille oli tärkeää.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä mielenterveys- ja päihdehoitotyön vaihtoehtoisiin ammattiopintoihin sairaanhoitajaopiskelijoille oppimateriaalia mielentilatutkimuksista osana oikeuspsykiatrista hoitotyötä.

Opinnäytetyön tehtävät olivat:

1. Mitä on oikeuspsykiatrinen hoitotyö?
2. Mikä on mielentilatutkimus?
3. Miten syyntakeettomaksi todetun henkilön hoito toteutuu mielentilatutkimuksen jälkeen?

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa oppimateriaalia jonka avulla opiskelijat ja ammatillaiset voivat perehtyä aiheeseen, mistä ei välttämättä saa tietoa muualta. Oppimateriaalia voi hyödyntää itseopiskelussa, työssä sekä opetuksen tukena.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

3.1 Psykiatria

WPA (World Psychiatric Association) eli Maailman psykiatriyhdistys on määritellyt psykiatriselle työlle eettisiä ohjeita: Psykiatrian on lääketieteen erikoisalana tarjottava parasta mahdollista hoitoa mielenterveyden häiriöstä kärsiville ihmisille sekä kuntoutettava psyykkisesti sairaita ihmisiä. Tehtävänä on myös edistää mielenterveyttä ja ennaltaehkäistä mielenterveyden ongelmia. WPA:n diagnostinen käsikirja määrittelee mielenterveyden ongelman psyykkisenä oireyhtymänä, oirekokonaisuutena tai käyttäytymismallina, joka aiheuttaa yksilölle selkeää haittaa joko toimintakyvyn heikentymisellä, erilaisina oireina tai kuolemanvaaran lisääntymisellä. (Lehtonen & Lönnqvist 2001, 13, 18.)

Mielenterveyshäiriöitä voidaan jaotella eri ryhmiin. Tavallisesti varhaislapsuudessa alkavat häiriötä voivat olla esimerkiksi älyllistä kehitysvammaisuutta, oppimishäiriöitä, puheen ja kielen kehityshäiriöitä tai tarkkaavaisuus- ja käytöshäiriöitä. Kognitiivisia häiriöitä ovat delirium (äkillinen sekavuustila), dementia ja muistihäiriöt, joihin kaikkiin liittyy muistin ja abstraktin ajattelun häiriintyminen. Kemiallisista aineista johtuvat häiriöt liittyvät poikkeuksetta erilaisten lääkeaineiden (kipulääkkeet, rauhoittavat, unilääkkeet) ja päihteiden (kuten alkoholi, amfetamiini, kofeiini, kannabis, kokaiini, hallusinoogenit) väärinkäyttöön. Psykoottisia häiriöitä ovat esimerkiksi skitsofrenia, skitsoaffektiivinen häiriö, harhaluuloisuushäiriö tai muut psykoosit. Mielialahäiriöitä ovat masennushäiriöt, kaksisuuntaiset mielialahäiriöt tai muut määrittelemättömät mielialahäiriöt. Ahdistuneisuushäiriöihin voidaan sisältää paniikkihäiriöt, erilaiset pelot ja traumaperäinen stressihäiriö. On myös erilaisia persoonallisuus- ja syömishäiriöitä, käytöshäiriöitä, unihäiriöitä, elimellisoireisia häiriöitä, dissosiaatiohäiriöitä sekä sukupuolisia toimintahäiriöitä. (Lönnqvist 2001, 38–50.)

Mielisairaudesta puhuttaessa tarkoitetaan vakavaa mielenterveyden häiriötä, johon liittyy merkittävä todellisuuden tajun häiriintyminen joka on rinnastettavissa psykoosiin. Tällaisia häiriöitä voivat olla yllämainituista esimerkiksi deliriumtilat, skitsofrenian eri muodot, elimelliset ja muut harhaluuloisuustilat, psykoottista oireilua sisältävät vakavat

masennustilat ja kaksisuuntaiset mielialahäiriöt, dementian vaikea-asteiset ilmenemis-
muodot sekä muuta psykoosit. (Pylkkänen 2001, 735.)

Mielenterveyden ongelmia voidaan lähestyä useasta eri näkökulmasta. Biologinen eli somaattinen lähestymistapa tutkii perinnöllisyyttä ja geenejä sekä keskushermoston kehitystä ja sen toimintatapoja. Vaikka biologisen tutkimuksen kautta on saavutettu hyviä kattavia tuloksia (esimerkiksi psyykenlääkkeiden vaikutusmekanismeista), se on myös osittain rajallinen lähestymistapa, sillä sen kautta ei voida tarkastella kaikkia ilmiöitä. Sen sijaan psykologisessa lähestymistavassa lähdetään tutkimaan ihmisen mielen sisäistä maailmaa ja erityisesti varhaisilla vuorovaikutussuhteilla on suuri merkitys; psykoanalyttinen teoria onkin yksi psykiatrian kulmakiviä. Psykoedukaatio, eli potilaan opettaminen, on yksi merkittävä osa tätä lähestymistapaa. (Isohanni 2008, 23–24.)

Sosiaalisella lähestymistavalla annetaan painoarvoa ihmissuhteille, sosiaalisille taidoille ja verkostoitumiselle sekä tarkastellaan mielenterveysongelmia yhteiskunnallisena ilmiönä. Koska sosiaalisella ympäristöllä on havaittu olevan merkittävä vaikutus mielenterveysongelmiin ja niiden kehittymiseen, on tästä suuntauksesta kasvanut tärkeä osa psykiatria. Merkittäviä piirteitä ovat esimerkiksi perheterapiat sekä mielenterveysongelmien väestöllisten ulottuvuuksien tutkiminen. Integroivassa lähestymistavassa taas katsotaan, että paras mahdollinen ymmärrys sairaudesta ja sen puhkeamisesta ja kehitymisestä saadaan yhdistämällä somaattista, psykologista sekä sosiaalista ymmärrystä. Tässä näkökulmassa ongelmana katsotaan olevan hoidon eheän kokonaiskuvan pirstoutuminen. (Isohanni 2008, 24–26.)

3.1.1 Oikeuspsykiatria

Suomessa oikeuspsykiatria nähdään itsenäisenä lääketieteen erikoisalana, johon lääkärit erikoistuvat suorittuaan ensin psykiatrian erikoislääkärin koulutusohjelman; sen avulla pyritään tutkimaan miten rikollisia ja väkivaltaisia ihmisiä voidaan hoitaa, kuinka mielenterveyden häiriöt vaikuttavat kriminaalipotilaan käyttäytymiseen, sekä miten psykiatriset häiriöt vaikeuttavat lakien tulkitsemista (Tiihonen 2001, 746).

Oikeuspsykiatrian käytännön tehtävät voidaan jakaa kolmeen osioon: hallinnolliseen oikeuspsykiatria kuuluu mielenterveyslain, kehitysvammalain sekä päihdehuoltolain

puitteissa annettava tahdosta riippumaton hoito. Siviilioikeuspsykiatrian tärkeimpänä tehtävänä on testamenttien teko sekä edunvalvojan määrääminen. Rikosoikeudellisessa oikeuspsykiatriassa arvioidaan rikoksesta syytetyn henkilön mielentilaa. (Tiihonen 2001, 746.)

Oikeuspsykiatrisilla osastoilla hoidetaan pääsääntöisesti kolmea eri potilasryhmää; kriminaalipotilaita, jotka Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) on todennut mielentilatutkimuksen mukaan syyntakeettomaksi, vaikeahoitoisia siviilipotilaita, joiden hoito ei esimerkiksi väkivaltaisuuksien vuoksi onnistu muualla, sekä mielentilatutkimuksessa olevia henkilöitä (Kuivalainen ym. 2014, 214; Suontaka, Lindberg & Putkonen 2007, 2391.)

3.1.2 Tahdosta riippumaton hoito

Jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla on oikeus saada terveydentilansa edellyttämää terveyden- ja sairaanhoitoa (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785). Vapaaehtoisen hoidon lisäksi voi olla, että ihminen ei esimerkiksi kehitysvammaisuuden, mielenterveydenhäiriön tai muun syyn vuoksi kykene päättämään omasta hoidostaan, jolloin hänet joudutaan ottamaan tahdosta riippumattomaan hoitoon. Mielenterveyslain (14.12.1990/1116) mukaan tämä on mahdollista vain, jos henkilö on mielisairas, hoitamatta jättäminen pahentaisi henkilön mielisairautta tai uhkaisi joko henkilön itsensä tai hänen läheistensä terveyttä tai turvallisuutta, eivätkä mitään muut mielenterveyspalvelut riitä hänen hoidossaan.

Alaikäisten kohdalla pätevät samat kriteerit kuin täysi-ikäisten kohdalla. Alaikäiset voidaan kuitenkin määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon myös siinä tapauksessa, että hän on vakavan mielisairauden vuoksi hoidon tarpeessa eivätkä muut mielenterveyspalvelut riitä hänen hoidossaan. (Pylkkänen 2001, 735.)

Päihdehuoltolaissa taas (17.1.1986/41) määrätään, että henkilö voidaan asettaa tahdosta riippumattomaan hoitoon seuraavien kriteerien täytyessä: vapaaehtoisuuteen perustuvat hoidot eivät ole riittäneet; päihteiden käyttämisestä aiheutuu henkeä uhkaava, kiireellistä hoitoa vaativa terveysvaara; tai jos henkilö aiheuttaa päihteiden käytöstään aiheutu-

valla väkivaltaisella käytöksellä perheenjäsenelleen tai muulle henkilölle turvallisuutta tai henkistä kehitystä haittaavaa vaaraa.

Kehitysvammaisen henkilö voidaan ottaa vastentahtoiseen erityishuoltoon mikäli huoltoa ei voida muutoin järjestää, hoitamatta jättäminen voisi johtaa henkilön hengen- tai terveydenvaaraan, tai mikäli henkilön voidaan katsoa olevan vammaisuudestaan johtuen vaaraksi muille (Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 23.6.1977/519).

Mikäli kriteerit tahdosta riippumattomaan hoitoon täyttyvät, päätöksen pakkohoidon tarpeesta tehnyt lääkäri tekee M1 lähetteen, eli tarkkailulähetteen psykiatriseen sairaalaan. Vastaanottavassa psykiatrisessa sairaalassa toimintayksikön lääkäri varmistaa, että edellytykset tarkkailulle täyttyvät; mikäli näin on, potilas asetetaan tarkkailuun, jonka aikana määritellään onko potilas tahdosta riippumattoman hoidon tarpeessa (M2 lausunto). Viimeistään neljäntenä päivänä tarkkailuun ottamisesta sairaalan psykiatrisen hoidon ylilääkäri tekee hoitoonmääräämispäätöksen eli M3. Jos missä tahansa vaiheessa huomataan, ettei potilaan tila vaadi tahdosta riippumatonta hoitoa, hänet on välittömästi vapautettava sairaalasta. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.)

3.2 Rikos

Rikoksella tarkoitetaan inhimillistä lain mukaan rangaistavaa tekoa, jossa täyttyvät tietyt tunnusmerkit: joko vastuuperusteet tai vastuuvapausperusteet. Vastuuperuste eli *mens rea* tarkoittaa, että henkilöllä on ollut rikollinen aikomus tekonsa takana. Vastuuvapausperusteilla (*actus reus*) taas voidaan tarkoittaa esimerkiksi hätävarjelua, pakkotilaa tai kiinniotto-oikeutta, jolloin kyseessä on rikolliseksi katsottava teko jolla on pyritty torjumaan jotain uhkaavaa ja välitöntä vaaraa. Esimerkiksi henkilö on joutunut murtaamaan rannassa olevan veneen lukon käyttääkseen sitä hukkuvan henkilön pelastamiseksi. (Tapani & Tolvanen 2013, 3-7; Haapasalo 2008, 19–20.)

Rangaistuksella pyritään tietoisesti kajoamaan rankaistavan oikeuksiin epämiellyttävällä tavalla ja syynä on aina oikeuteen sisältyvän käyttäytymisnormin rikkominen. Oikeus rankaisuvallan käytöstä perustuu lakiin. (Tapani & Tolvanen 2013, 8.) Suomen rikoslain (19.12.1889/39) mukaan rikosvastuu täyttyy, mikäli henkilö on täyttänyt 15 vuotta ja on syyntakeinen. Jos alle 15-vuotias tekee teon, jonka voidaan katsoa sopivan tietyn rikok-

sen tunnusmerkistöön, hän ei ole rikosoikeudellisesti vastuussa teostaan (Tapani & Tolvanen 2013, 362).

Rikosprosessiin kuuluu Tapanin & Tolvasen (2013, 21) mukaan esitutkinta, syyteharjonta, oikeudenkäynti ensimmäisessä oikeusasteessa, oikeudenkäynti muutoksenhakuaikassa sekä rangaistusten ja muiden seuraamusten täytäntöönpano.

3.3 Mielentilatutkimus

Länsimäisen oikeuskäsityksen mukaan katsotaan, että psyykkisesti sairastuneilla rikosentekijöillä on oikeus psykiatriseen hoitoon vankeuden sijaan; tämän vuoksi Suomessa voidaan oikeuden pyynnöstä suorittaa mielentilatutkimus. Mielentilatutkimus määrittelee onko syytetty henkilö ollut tekonsa aikana syyntakeinen, eli onko hän täysin ymmärtänyt tekojensa tosiasialliset seuraukset tai oikeudenvastaisuuden. (Weizmann-Henelius 2009, 321–323; Tapanila & Tolvanen 2013, 363.)

Mielentilatutkimukseen voidaan määrätä, mikäli tuomioistuin on todennut syytetyn toimineen syytteen mukaisella tavalla, mielentilatutkimus on perusteltua ja jos syytetty on itse suostuvainen tutkimuksiin. Kuitenkin on myös mahdollista määrätä syytetty henkilö tutkimuksiin vasten hänen tahtoaan, mikäli hän on vangittuna tai hänen syytteenalaisesta teostaan voidaan määrätä yli vuosi vankeutta. Syytetty voi myös itse pyytää mielentilansa tutkitettavan. (Weizmann-Henelius 2009, 323.)

Suomessa rikosoikeudellinen rangaistuvastuu täyttyy, mikäli henkilö on 15-vuotias ja syyntakeinen. Rikoslain kolmannen luvun momentin 4 mukaan *”tekijä on syyntakeiton, mikäli hän ei mielisairauden, syvän vajaamielisyyden taikka vakavan mielenterveyden tai tajunnan häiriön vuoksi kykene ymmärtämään tekonsa tosiasiallista luonnetta tai oikeudenvastaisuutta taikka hänen kykynsä säädellä käyttäytymistään on sellaisesta syystä ratkaisevasti heikentynyt.”*

Mielisairaudeksi luetaan psykoosit, joista yleisimpiä ovat skitsofrenia sekä maanisdepressiivisyys. Syvällä vajaamielisyydellä taas tarkoitetaan henkilöitä joiden älykkyydosamäärä on 50–70. Vakavana mielenterveydenhäiriönä pidetään vaikeita raja- ja sekavuustiloja ja vakava tajunnanhäiriö voi johtua esimerkiksi myrkytyksestä, dementi-

asta tai aivovammasta. Sen sijaan itse aiheutetun päihtymystilan ei katsota vaikuttavan syyntakeisuuden arviointiin, sillä päihdettä käyttänyt on tiennyt päihteen vaikutuksesta itseensä. (Tapani & Tolvanen 2013, 364–370.)

Henkilö voi olla myös alentuneesti syyntakeeton eli häntä ei voida katsoa täysin ymmärrystä vailla olevaksi: tällöin hänen ymmärryksensä katsotaan olevan mielisairauden, vajaamielisyyden tai mielentilan häiriön vuoksi tekohetkellä merkittävästi alentunut (Rikoslaki 19.12.1889/39). Alentuneen syyntakeettomuuden voidaan katsoa olevan rangaistusta lievittävä seikka (Tapani & Tolvanen 2013, 362–363).

Mielentilatutkimus on laajin mahdollinen psykiatrinen tutkimus; se koostuu tarkoista psykiatrin ja psykologin arvioinneista, laaja-alaisista fyysisistä tutkimuksista, sekä neurologisesta tutkimuksesta. Tämän lisäksi tutkittavalle voidaan tehdä erilaisia laboratoriotestejä ja kuvantamistutkimuksia, sekä subjektiivinen anamneesi. Työryhmään kuuluu johtava psykiatri, psykologi, tutkimuspaikan osastolta nimetyt vastuuhenkilöt, sekä sosiaalityöntekijä; myös sairaalan ylilääkäri haastattelee tutkittavaa. Psykiatrin haastattelujen, psykologin testien sekä osaston tarkkailun lisäksi tutkittavasta kerätään laaja-alaisesti tietoja syntymästä aina rikoshetkeen asti; tietoja saadaan sosiaali-, terveys- ja päihdehuollon asiakirjoista, rikosrekisteristä, poliisitutkintapöytäkirjoista, vankilan ja kriminaalihuollon asiakirjoista sekä eläketurvakeskuksesta, kansaneläkelaitoksesta ja puolustusvoimista. Tutkittavan henkilön luvalla voidaan haastatella tutkittavan omaisia, läheisiä, tuttavvia, entisiä työnantajia sekä opettajia. (Weizmann-Henelius, 325–326; THL suositus 2011, 7.)

Mielentilatutkimus voi kestää enintään kaksi kuukautta, ja tutkimuspaikan määrittää THL. Tutkimuspaikan koottua aineistot yhteen tutkiva lääkäri tekee yhteenvedon, joka lähetetään THL:lle käsiteltäväksi. THL:n oikeuspsykiatristen asioiden lautakunta käsittelee mielentilatutkimuksen, ja antaa oman lausuntonsa syytetyn mielentilasta tuomioistuimelle. Tuomioistuin päättää syyntakeisuudesta. (THL 2014; Eronen, Seppänen & Kotilainen 2012, 1823.)

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallinen opinnäytetyö on yksi ammattikorkeakoulun opinnäytteen toteuttamisvaihtoehto; sen pyrkimyksenä on ohjeistaa, opastaa tai järjeistää käytännön toimintaa. Alasta riippuen toiminnallisen opinnäytteen tuotos voi olla esimerkiksi ammatilliseen käytäntöön suunnattu ohje tai opastus, perehdyttämisopas tai turvallisuusohjeistus, tai koulutusalaista riippuen konferenssin, kansainvälisen kokouksen tai messuosaston järjestäminen. Tuotos voi olla esimerkiksi kirja, kansio, vihko, opas tai portfolio. (Vilka & Airaksinen 2004, 9-10.)

Toiminnallisessa opinnäytetyössä ei aina tarvitse käyttää pohjalla tutkimuksellista menetelmää (Vilka & Airaksinen 2004, 56). Tässä opinnäytteessä keräsin tarvittavaa taustatietoa kirjallisuuskatsauksen avulla ja laatimani tuotos perustui hankkimiini tietoihin.

Valitsin toiminnallisen opinnäytetyön, sillä se oli perustelluin vaihtoehto aiheeseeni nähden. Yhtä kattavaa lähdettä mielentilatutkimuksista kokonaisuudessaan ei löytynyt, jonka vuoksi oli järkevää koota kaikki tiedot yhtenäiseksi ja selkeäksi kokonaisuudeksi. Lisäksi oli järkevää tehdä oppimateriaalia tuleville opiskelijoille, sillä vaihtoehtoisissa opinnoissa ei puhuta oikeuspsykiatrisesta hoitotyöstä. Kattavan oppimateriaalin avulla opiskelijat ja samoin ammattilaiset voivat halutessaan perehtyä aiheeseen.

4.2 Kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsauksella kerätään laaja-alaisesti tutkimusmateriaali tietystä aiheesta ja kootaan sen yhtenäiseksi katsaukseksi (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 37–39). Kirjallisuuskatsauksella katsotaan olevan erilaisia tarkoituksia: sillä voidaan kehittää jo olemassa olevaa teoriaa, arvioida teoriaa tai sen avulla pystytään rakentamaan kokonaisuuva tietystä asiasta. Myös tutkittavan asian historiallisen kehittymisen havainnointi sekä ongelmien tunnistaminen ovat omia käyttötarkoituksiaan. (Salminen 2011, 3.)

Kirjallisuuskatsaus etenee tietyn kaavan mukaisesti: ensimmäisenä tehdään tutkimussuunnitelma ja määritetään tutkimuskysymykset, jonka jälkeen lähdetään hakemaan tutkimuksia valituista tietokannoista. Hakusanat ja -muodot on merkattava ylös. Hauissa otetaan huomioon mahdolliset seulat, esimerkiksi tietyn aikakauden tai otantamenetelmän suhteen. Saaduista materiaaleista lähdetään muodostamaan halutunlaista synteesiä ja lopuksi esitetään tulokset. (Salminen 2011, 11; Kääriäinen & Lahtinen 2006, 37.)

Kirjallisuuskatsauksia on erilaisia. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yleisimmin käytetty menetelmä; se ei vaadi tiukkoja kriteerejä ja sääntöjä mikä mahdollistaa laajan lähteiden käytön. Kuvailevalla kirjallisuuskatsauksella saadaan monipuolinen kuva aiheesta ja sen avulla voidaan määritellä aiheen ominaisuuksia. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus voi olla joko narratiivinen tai integroiva: Narratiivisella kirjallisuuskatsauksella saadaan laaja kuva aiheesta tai sillä voidaan kuvailla aiheen kehitystä ja historiaa. Integroivalla taas voidaan saavuttaa huomattavasti laajempi kuva aiheesta ja usein integroivalla kirjallisuuskatsauksella pyritään saamaan uutta tietoa aiheesta. Sen sijaan systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa tutkija käy läpi suuren määrän tietoa ja jäsentele sitä historialliseen sekä oman tieteenalansa kontekstiin; systemaattinen kirjallisuuskatsaus onkin tehokas tapa testata esimerkiksi hypoteeseja sekä arvioida tulosten johdonmukaisuutta. Sen avulla voidaan määritellä tehokkaasti tarpeellisia tutkimuksia aiheesta. (Salminen 2011, 6-9.)

Tässä työssä käytin kuvailevaa kirjallisuuskatsausta, sillä pyrin kokoamaan yhteen ajankohtaisimmat tiedot (Salminen 2011, 7). Kirjallisuuskatsaus oli hyvä tiedonkeruumenetelmä, sillä materiaalia löytyi vaihtelevasti ja hajonta oli suuri. Perustietoa mielen-tilatutkimukseen liittyvistä lainsäädännöstä löytyi hyvin, samoin kuin tilastotietoa, mutta tutkimuksia löytyi käytetyillä hakusanoilla vain neljä. Tämän vuoksi oli hyvä käyttää kuvailevaa kirjallisuuskatsausta, joka on muodoltaan vapaampi kuin systemaattinen.

4.3 Aineistonkeruu

Aineiston hankinnassa on käytetty erilaisia elektronisia tietokantoja sekä kirjastojen omia tietokantoja. Elektroniset tietokannat mahdollistivat omalta osaltaan sen, että tietoa saadaan hankittua monipuolisesti ja laaja-alaisesti. Käytettyjä suomalaisia elektronisia tietokantoja oli Arto- ja Aleksis-artikkelipalvelut, Duodecim lääketieteen aikakausi-

kirja sekä kirjastojen omat tietokannat. Ulkomaisina tietokantoina käytettiin Cinahl- ja Pudmed-tietokantoja, joista löytyi kattavasti artikkeleita.

Käytettyjä suomenkielisiä hakusanoja olivat oikeuspsykiatria, mielentilatutkimus, oikeuspsykiatria AND mielentilatutkimus, oikeuspsykiatria OR mielentilatutkimus, oikeuspsyk? hoitotyö, kriminaali. Englanninkielisinä hakusanoina olivat jurisprudence, criminal responsibility, forensic medicine AND/OR criminal responsibility, mandatory outpatient treatment ja involuntary outpatient commitment. Edellä mainituilla hakusanoilla löytyi 2717 lähdettä joista valitsin 20 lähdettä, erilaisia artikkeleita, kirjoja ja tutkimuksia. Valintaperusteina lähteiden tuli palvella työn tehtäviä sekä olla luotettavia ja ajan tasalla olevia. Käytetyt tietokannat ja hakusanat ovat työn lopussa yhteenvetona (Liite 1), samoin kuin kooste löytämistäni tutkimuksista (Liite 2). Tiedonhaun lisäksi työn tulososiossa on käytetty muuta aiheeseen liittyvää kirjallisuutta.

Tiedonhaussa en rajannut aineistolle aikarajaa, sillä jos olisin rajannut ajaksi viimeiset kymmenen vuotta, osa hyvistä materiaaleista olisi voinut jäädä löytämättä. Esimerkiksi mielentilatutkimus prosessina ei ole muuttunut merkittävästi olipa aikarajana 2004 tai 2000. Työhön en kuitenkaan valinnut ennen 2000 lukua kirjoitettuja materiaaleja. Tästä poikkeuksena oli haastattelemani oikeuspsykiatrian osastonlääkärin antama mielentilatutkimuskäytäntö ohjeistus vuodelta 1997.

4.4 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi

Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jolla pyritään saattamaan saavutettu tieto järkevään ja pelkistettyyn muotoon. Tähän kuuluu kolmivaiheinen prosessi. Ensimmäisenä aineisto tulee redusoida eli pelkistää, jonka tarkoituksena on karsia epäoleellinen tieto pois. Toisena vaiheena on aineen klusterointi eli ryhmittely, jossa aineistot käydään tarkasti läpi ja yhdistetään omiksi luokikseen; jokaiselle ryhmälle annetaan myös oma nimensä. Luokitteluperuste voi olla esimerkiksi tutkittavan ilmiön piirre, käsitys tai ominaisuus. Viimeinen vaihe on abstrahointi, jossa muodostetaan olennaisen tiedon pohjalta teoreettisia käsitteitä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–111.)

Kuitenkaan tässä työssä käytetty sisällönanalyysi ei edennyt täysin edellä mainittujen vaiheiden mukaan. Kirjallisuuskatsauksella kerätyt lähteet tulisi koota ja tiivistää, jol-

loin apuna voidaan käyttää sisällönanalyysin luokittelurunkoa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 123.)

Redusointivaiheessa karsimista ohjaa tutkimustehtävä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109), eli tässä tapauksessa opinnäytteelle asetetut tehtävät: mitä on oikeuspsykiatrinen hoitotyö, mikä on mielentilatutkimus ja miten syyntakeettomaksi todetun henkilön hoito toteutuu mielentilatutkimuksen jälkeen? Nämä olivat kolme pääluokkaa, joiden alle ryhdyin lajittelemaan tietoa.

Kävin saamani lähteet läpi huolellisesti ja luokittelin niissä esille tulleet tiedot pääluokkien alle. Oikeuspsykiatrisen hoitotyön alaluokiksi tulivat erikoispiirteet, potilasryhmät sekä työntekijöiden vaatimukset. Mielentilatutkimuksen alaluokiksi taas tulivat tutkimuksen rakenne, suorituspaikat, syyntakeisuuden asteet, työryhmän vastuualueet, tilastot, käytännöt muissa maissa, säännöt sekä ongelmat. Viimeiseen tutkimustehtävään sain alaluokiksi hoitopaikan määräytyminen, hoitoajat sekä avohoito.

Haasteita aiheiden ryhmittelyssä oli otsikoiden samankaltaisuus ja saman asian kuuluminen usean eri otsikon alle. Esimerkiksi syyntakeettomien potilaiden hoitoaika voisi kuulua sekä oikeuspsykiatrisen hoitotyön alle että syyntakeettomaksi todetun henkilön hoidon toteutumisen alle. Samankaltaisissa tilanteissa tekstiin saattoi helposti syntyä turhaa toistoa. Muuten kyseessä oli sen verran tarkasti rajattu aihe, että teemat syntyivät loogisesti tiedon läpikäynnin myötä. Työn lopussa on liitteenä taulukko analyysin tuloksista (Liite 4).

4.5 Oppimateriaali

Oppimateriaali on erittäin tärkeä osa oppimista ja opiskelua. Kaikkea aineistoa, jota oppija käyttää oppimisprosessin aikana, pidetään oppimateriaalina. Vaikka sanaa oppimateriaali on vaikea määritellä, oppimateriaaliksi voidaan lukea oppikirjat sekä opetuskäyttöä varten tehdyt multimediaesitykset, tietosanakirjat ja tietopankit sekä muut julkaisut ja dokumentit, joita voidaan hyödyntää oppimateriaalin tavoin. (Keränen & Penttinen 2007, 148.)

Verkko-opetus itsessään voidaan jakaa kolmeen eri muotoon: verkon tukemaan lähiopetukseen, monimuoto-opetukseen sekä itseopiskeluun (Kalliala 2002, 20). Opinnäytteeni oppimateriaalin muodoksi valitsin PowerPoint -esitysmuodon, joka tulee opiskelijoiden verkko-opiskeluympäristöön. Oppimateriaalia voi käyttää itseopiskelun lisäksi myös tukena opetuksessa.

Verkkomateriaalia suunnitellessa tulisi ottaa huomioon kohderyhmä, käytäntö sekä tavoite ja sisältö. Kohderyhmästä voidaan määrittellä mitä oppijat osaavat nyt, ja mitä heidän tulisi kurssin jälkeen osata. Käytännön suhteen täytyy miettiä mihin tilanteeseen opetus liittyy ja mihin kurssilta saatavaa osaamista tarvitaan. Varsinkin itsenäisen verkko-opetusmateriaalin teossa tulisi ottaa huomioon, että materiaalin tulee toimia ilman opettajaa, eikä siinä saa olla sisällöllisiä tai teknisiä ongelmia. (Kalliala 2002, 60–61.) PowerPoint – ohjelma on yleisesti käytetty koulumaailmassa, jonka vuoksi se on suurelleen osalle tuttu. Oppimateriaali on yksinkertainen, selkeä ja helppolukuinen eikä sen käyttö vaadi teknistä osaamista. Fonttina käytin Arial leipätekstiä ja koko oli 30.

Kuten kaikessa oppimateriaalissa, on tärkeää pyrkiä ylläpitämään mielenkiintoa; tämä voi onnistua esimerkiksi huumorilla, ääniefekteillä ja animaatioilla, mutta taas toisaalta se on kaikki yksilöstä kiinni. Erilaisen värimaailman suunnitteluun tulee myös kiinnittää huomiota: liian voimakas voi joistain tuntua liian räikeältä ja liian hillitty taas viestiä toiselle tylsyydestä. (Kalliala 2002, 59–60.) Värimaailmaksi valitsin neutraalin sinisen ja valkoisen, jonka myötä dioja on miellyttävä katsoa eikä mitkään väreistä pomppaa ikävästi silmille. Myös tekstin kontrasti taustaa vasten on sopiva ja tekstiä on helppo seurata. Huumorin keinojen, ääniefektien ynnä muiden käyttöä en katsonut sopivaksi, eikä aiheeseen olisi ollut helppo liittää humoristisia keinoja.

Tekijänoikeuksiin on myös hyvä kiinnittää huomiota: tekijänoikeus syntyy aina automaattisesti tekijälle, joka on luonut uuden tuotoksen; kriteereinä ovat tuotoksen uutuus sekä ainutkertaisuus. Jos tuotoksessa käytetään kuvia, tekstejä tai mediatiedostoja, täytyy aina saada lupa niiden näyttämiseen alkuperäiseltä tekijältä. (Keränen & Penttinen 2007, 151.) Oppimateriaalissa käytetyt kaaviot ja taulukot olivat itse tehtyjä.

5 TULOKSET

5.1 Oikeuspsykiatrinen hoitotyö

Suomessa oikeuspsykiatrisilla osastoilla on kolme eri potilasryhmää: kriminaalipotilaat, jotka ovat mielentilatutkimuksen perusteella todettu syyntakeettomiksi ja jotka THL on määrännyt tahdosta riippumattomaan pakkohoitoon; vaikeahoitoiset siviilipotilaat, joiden hoito ei esimerkiksi väkivaltaisuudesta johtuen onnistu muilla psykiatrisilla osastoilla, sekä mielentilatutkimuksessa olevat potilaat (Kuivalainen ym. 2014, 214). Vuonna 2004 Suomessa oli 420–430 kriminaalipotilasta (Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2005, 20).

Tahdosta riippumattomaan hoitoon voidaan määrätä vain mikäli seuraavat kolme kriteeriä täyttyvät: henkilö on mielisairas, hoitoon ottamatta jättäminen pahentaisi henkilön mielisairautta tai uhkaisi henkilön itsensä tai hänen läheistensä terveyttä tai turvallisuutta ja kaikki muut mielenterveyspalvelut ovat riittämättömiä henkilön hoidossa. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.)

Työ oikeuspsykiatrisella osastolla voi olla haasteellista; hoitajien tulee osata hoitaa vaikeahoitoisia ja sekä rikostaustaltaan että sairaushistorialtaan kirjavia potilaita ja sen lisäksi ymmärtää oikeusjärjestelmää. Suuri osa potilaista on väkivaltarikkoja tai muuten hoidollisesti haastavia. Suomen valtion mielisairaalassa Niuvanniemessä tehdyssä tutkimuksessa tutkittiin väkivaltaisia tapahtumia kolmen vuoden (2007–2009) ajalta; tällä aikavälillä väkivaltatapahtumia ilmeni 840. Väkivaltaisimmaksi potilasryhmäksi ilmenivät vaikeahoitoiset siviilipotilaat (Koskinen, Likitalo, Aho, Vuorio & Meretoja 2014, 320–321; Kuivalainen ym. 2014, 214.)

Kriminaalipotilaista 80 % sairastaa skitsofreniaa. 60 % sairastaa skitsofrenian paranoidista muotoa ja sen lisäksi potilailla on usein päihderiippuvuuksia, persoonallisuushäiriöitä sekä erilaisia somaattisia sairauksia. Hoitotyössä kohdataan vaikeasti sairaita ihmisiä, joiden sairauden hoitamattomuus on johtanut rikokseen. (Tenkanen 2010.)

Koska kriminaalipotilaat ja oikeuspsykiatrinen hoitohenkilökunta ovat eläneet verrattessa hyvin erilaista elämää, on käsitys ”normaalista” heidän välillään hyvin eriävä. Tä-

mä voi vaikeuttaa esimerkiksi tavoitteiden asettamista; mikä on se ”normaali” mihin potilaan hoidossa pyritään? Rajaamisesta on keskusteltava jatkuvasti, sillä suurin osa on hoidossa vastentahtoisesti; toiminnassa on säilytettävä inhimillisyys ja potilaan oma subjektiivisuus. Ei ole oikeudenmukaista tehdä potilaasta passiivista yksilöä, joka lääk-
keiden ja rangaistuksen pelon avulla toimii hyväksyttävien normien mukaisesti. (Putko-
nen & Huttunen 2007, 2361–2362.)

Oikeuspsykiatrisessa hoitotyössä tulisi osata kannustaa potilasta osallistumaan omaan hoitoonsa ja saada potilas motivoitumaan kuntoutumiseen. Tärkeänä tehtävänä on suo-
jella potilaan aggressiivisuudelta sekä potilasta itseään että ympäristöä. Ihmisarvon
kunnioittaminen on tärkeää oikeuspsykiatrisessa työssä; olipa potilaan teko mikä hyvän-
sä, hän on silti ihminen. Onkin hyvä muistaa, että on eri asia hyväksyä ihminen kuin
hyväksyä teko. (Tenkanen 2010.)

Aggressiivisuus ja itsetuhoisuus voivat ilmetä nopeasti ja ennalta-arvaamattomasti
(Koskinen ym. 2014, 321). Väkivaltaisen tilanteen ilmetessä hoitajan verbaalisilla ja
non-verbaalisilla taidoilla on suuri merkitys; on mietittävä yhdessä potilaan kanssa mikä
tilanteeseen johti ja mitä sen laukaisemiseksi olisi tehtävä (Tenkanen 2010).

Työtä oikeuspsykiatrisella osastolla voi vaikeuttaa pelko väkivallasta, sekä huoli omasta
turvallisuudesta. Hoitajat voivat kokea negatiivisia tunteita sekä ristiriitoja omassa
arvomaailmassaan. Nämä ongelmat voivat hankaloittaa hoitajan ja potilaan hoitosuhteen
muodostumista. (Mason, King & Dulson 2009, 216–224.)

5.1.1 Vaarallisuuden arviointi

Henkilön vaarallisuutta voidaan selvittää kahdessa eri tapauksessa: mielentilatutkimuk-
sen yhteydessä tuomioistuimen pyynnöstä tai Helsingin hovioikeuden pyytämänä. Mie-
lentilatutkimuksen yhteydessä vaarallisuutta voidaan arvioida jos syytetyn tekemä rikos
johtaisi vähintään kolmen vuoden mittaiseen vankeusrangaistukseen ja tuomioistuin
harkitsee päätöstä koko rangaistuksen suorittamisesta vankilassa. Helsingin hovioikeus
taas pyytää arvioita vangin vaarallisuudesta siinä tapauksessa, että koko rangaistustaan
suorittava vanki on istunut tuomiostaan 5/6 ja on anonut pääsystä ehdonalaiseen. Eh-
donalaisuuteen pääsee vain jos tuomiota on kertynyt vähintään kolme vuotta eikä henki-

lö enää ole vaarallinen toisen hengelle, terveydelle tai vapaudelle. (THL suositus 2011, 16.)

Mielentilatutkimuksen yhteydessä suoritettu vaarallisuusarvio perustuu kliiniseen arviointiin ja strukturoituihin arviointimenetelmiin. Tällaisia arviointimenetelmiä ovat esimerkiksi HCR-20, joka mittaa historiallisia, kliinisiä ja riskin hallintaan liittyviä tekijöitä, tai PCL-R, joka taas ennustaa psykopatiaa. Lausunnon tekee psykologi ja siihen sisältyy esitiedot, rikos- ja sairaushistoria, aiempi väkivaltainen käyttäytyminen ja sen luonne, tutkittavan strukturoidut sekä strukturoimattomat haastattelut, psyykinen status sekä psykologin omat havainnot ja keskeisimmät vaarallisuuden arviointia koskevat havainnot. (THL suositus 2014, 17; Eronen, Kaltiala-Heino & Kotilainen 2007, 2375.)

Helsingin hovioikeuden pyytämä vaarallisuusarvio suoritetaan vangille psykiatrisessa sairaalassa vangin suostumuksella. Arvioinnissa voidaan käyttää pohjana esimerkiksi mielentilatutkimusta, aiempaa vaarallisuusarviota tai vangin omaa kuvausta tilanteestaan. Tämän lisäksi käytetään strukturoituja arviointimenetelmiä sekä kliinistä arviointia; näiden avulla tarkastellaan aiempaa väkivaltaisuutta ja sekä ajankohtaisia että tulevaisuuteen liittyviä riskitekijöitä. (THL suositus 2011, 17.)

5.2 Mielentilatutkimus

Mielentilatutkimuksella määritetään onko henkilö ollut syyntakeinen vai ei syynteenalaisen teon aikana; tutkimuksella selvitetään myös onko tutkittava henkilö tahdosta riippumattoman psykiatrisen sairaalahoidon tai kehitysvammahuollon lain alaisen tahdon vastaisen hoidon tarpeessa (THL suositus 2011, 4).

Tuomioistuimien voi määrätä vastaajan mielentilan tutkittavaksi mikäli seuraavat kolme kriteeriä täyttyvät: tuomioistuimien on välituomioissaan todennut vastaajan syyllistyneen rangaistavaan tekoon, vastaajan mielentilan tutkiminen on perusteltua ja vastaaja suostuu tutkimukseen (THL suositus 2011, 4). Mielenterveyslain (14.12.1990/1116) mukaan rikoksesta syytetty voidaan kuitenkin ottaa mielentilatutkimukseen vasten tahtoaan sairaalaan tutkimusta varten, jos tehdystä rikoksesta voidaan määrätä yli vuoden mittainen vankeustuomio tai jos vastaaja on vangittuna. Tarvittaessa voidaan pyytää poliisilta vir-

ka-apua tutkittavan saamiseksi osastolle (Hakonen, Hellbom, Oksa & Tohkanen 2003, 5).

Tuomioistuimien voi itse määrätä vastaajan mielentilan tutkittavaksi, mutta pyynnön mielentilatutkimuksesta voi myös esittää syyttäjän tai syytettyä itse; tällöin pyynnöllä on oltava perusteet, esimerkiksi psykiatrin lausunto tutkimuksen tarpeellisuudesta. Tuomioistuimien päättää tutkimukseen määräämisestä ja lähettää asiakirjat Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselle, joka taas määrää tutkimuspaikan. Joissain tapauksissa tuomioistuimien voi päätyä rankaisematta jättämiseen ilman mielentilatutkimusta, esimerkiksi asiantuntijalausunnan tai aiemman mielentilatutkimuksen perusteella, tai pyytämällä THL:sta päättämään asiasta asiakirjojen perusteella; näissä tapauksissa on tuotava THL:lle kysymys henkilön hoidon tarpeesta. (Eronen, Seppänen & Kotilainen 2012, 1823.)

Suomessa mielentilatutkimus on tarkasti strukturoitu prosessi, joka tulee toteuttaa sairaalolosuhteissa. Tutkimusta johtaa psykiatrian tai oikeuspsykiatrian erikoislääkäri ja hänellä on apunaan moniammatillinen työryhmä, johon lukeutuu psykologi, sosiaalityöntekijä ja osastolta yhdyseshenkilö. (Eronen ym. 2012, 1824.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2011) listaa mielentilatutkimuksia toteuttaviksi yksiköiksi Suomessa kahdeksan eri paikkaa: Kuopion ja Vaasan valtion mielisairaalat, Oulun yliopistollisen sairaalan psykiatrian klinikka, Tampereen yliopistollisen sairaalan Oikeuspsykiatrian yksiköt 1 ja 2 sekä EVA-yksikkö (erityisen vaikeahoitoisten alaikäisten tutkimus- ja hoitoyksikkö), ja Turun ja Vantaan psykiatrian vankisairaalat. Taulukossa 1 kuvataan vuonna 2013 tehtyjen mielentilatutkimusten tutkimuspaikkojen jakautumista.

TAULUKKO 1. Tutkimuspaikkojen jakaantuminen (THL toimintakertomus ja tilinpäätöslaskelmat 2013, 42, muokattu).

Tutkiva yksikkö	Määrä
Niuvanniemen sairaala	53
Vanhan Vaasan sairaala	26
Oulun yliopistollinen psykiatrisen sairaala	6
Tampereen yliopistollinen psykiatrisen sairaala (oikeuspsykiatrian klinikka & EVA-yksikkö)	1

Kellokosken sairaala	11
Turun vankisairaala	2
Vantaan vankisairaala	2
Yhteensä	101

Yleensä mielentilatutkimukseen määrätään vain kun on kyse vakavammasta rikoksesta, kuten henkirikoksesta, väkivaltarikoksesta, tuhotyöstä tai seksuaalirikoksesta (Eronen ym. 2012, 1824). Vuonna 2013 tehdyistä mielentilatutkimuksista syytteenalaisista teoista henkirikoksen oli tehnyt 40 henkilöä, muun väkivaltarikoksen 43 henkilöä, tuhotyön kuusi, seksuaalirikoksen viisi, omaisuusrikoksen viisi, ja muun syytteen alaisen teon kaksi. 101 tutkittavasta henkilöstä 87 oli miehiä, 14 naisia ja alle 18-vuotiaita yksi. (THL toimintakertomus ja tilinpäätöslaskelmat 2013, 42.)

Mielentilatutkimus saa kestää enintään kaksi kuukautta ja tämän ajan kuluessa tutkimukseen perustuvan lausunto on toimitettava THL:lle (THL suositus 2011, 5). THL voi kuitenkin pidentää aikaa perustelluista syistä enintään kahdella kuukaudella (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116); tällaisia syitä voivat THL:n (2011, 5) mukaan olla esimerkiksi tutkittavan somaattinen sairastuminen ja sen vaatima hoito, tutkimuksen kannalta tarvittavien tutkimusten tekeminen, tai riittävän pitkän päihitteettömän tai lääkkeettömän jakson tarkkailu.

THL:lla on oikeus tilata tutkittavaa koskevia salassa pidettäviä tietoja ja asiakirjoja viranomaisilta, sekä antaa sama oikeus tutkivalle sairaalalle. Tällaisia ovat esimerkiksi rikosrekisteri sekä poliisin tutkintapöytäkirjat. Muita viranomaistahoja, joilta kerätään tietoja, ovat tutkittavaa hoitaneet sairaalat, Kansaneläkelaitos, Eläketurvakeskus, vakuutuslaitos, Potilasvahinkolautakunta, vankila- ja kriminaalihuollon asiakirjat sekä puolustusvoimat. Tutkittavan suostumuksella tietoja kerätään myös haastattelemalla hänen omaisiaan, läheisiään ja muita tuttavuuksia, sekä entisiä työnantajia ja opettajia. (THL suositus 2011, 7; Weizmann-Henelius, 325–326.) Kerättävien tietojen perusteella pyritään luomaan selkeä kuva tutkittavan mielentilasta tekohetkellä (Hämäläinen 2014).

Tärkeän osan syyntakeisuuden arvioinnista muodostavat psykiatrin, psykologin, sosiaalityöntekijän sekä osaston henkilökunnan haastattelut, sekä fyysiset tutkimukset kuten

laboratoriokokeet. Tutkimuksia ei voida tehdä vastoin tahtoa, ellei niiden katsota olevan välttämättömiä esimerkiksi henkeä tai terveyttä uhkaavan vaaran vuoksi. Myöskään ei saa tehdä tutkimuksia jotka eivät ole oleellisia henkilön syntakeisuuden arvioinnissa. (THL suositus 2011; Weizmann-Henelius, 325–326.)

Mielentilatutkimuksen valmistuttua lausunto lähetetään THL:lle, missä sen käsittelee oikeuspsykiatristen asioiden lautakunta. Oikeuspsykiatristen asioiden lautakunta käsittelee myös vaarallisuusarviot ja päättää psykiatrista pakkohoitoa tarvitsevan henkilön hoitopaikan. Käsittelyajat lausunnon perusteella ovat noin kaksi viikkoa, asiakirjoihin perustuvalla lausunnolla taas noin kaksi kuukautta (THL voi ottaa kantaa syyntakeettomuuteen pelkkien asiakirjojen perusteella). Oikeuspsykiatristen asioiden lautakunnan tavoitteena on varmistaa mielentilatutkimusten laadukkuus sekä yhdenmukainen syyntakeisuuden arviointi. (THL toimintakertomus ja tilinpäätöslaskelmat 2011, 52–53.) Puheenjohtajana toimii THL:n virkamies ja lautakuntaan kuuluu ylilääkäri, oikeustieteen asiantuntija ja oikeuspsykiatreja, sekä tarvittaessa kehitysvamma-asiantuntijaedustaja. Siinä tapauksessa, että mielentilatutkimusta johtaneen psykiatrin ja THL:n mielipide tutkittavan syyntakeisuudesta on eriävä, THL:n mielipide ratkaisee. Suurimmalta osalta eriäviä mielipiteitä esiintyy ”alentuneesti syyntakeisen” kohdalla. (Hämäläinen 2014; THL 2014.) Työn lopussa on liitteenä kaavio mielentilatutkimusprosessista (Liite 3).

Mielentilatutkimus on asiantuntijalausunto, eikä se itsessään sido tuomioistuinta päätöksenteossa. Kuitenkin pääasiallisesti tuomioistuimet noudattavat tutkimuksen syyntekaisuusarviota. (Hakonen ym. 2003, 6.)

Mielentilatutkimuksien määrä on laskenut tasaisesti vuosien aikana. Vuosina 1980–1997 tutkimuksia tehtiin 200–300 vuodessa ja nykyään määrä on laskenut 110–130 tutkimukseen vuodessa. Tämä voi olla verrannollinen Suomessa tehtyjen henkirikosten ja tuhotöiden määrän laskun vuoksi; kuten edellä mainittu, mielentilatutkimuksia suoritetaan yleisesti ottaen vain vakavimmissa rikoksissa, jonka vuoksi on luonnollista että tutkimusten määrä vähenee vakavien rikosten myötä. (Niemi 2013.)

5.2.1 Mielentilatutkimuslausunnon rakenne

Mielentilalausunto on rikosoikeudessa merkittävä osa syytetyn syyllisyyttä tutkittaessa, minkä vuoksi sen laatimiseen on kiinnitettävä erityistä huomiota. Kirjoituskielenä käytetään tuomioistuimen käyttämää kieltä; jos tutkimuksessa on käytetty tulkkia, tämän on tultava ilmi mielentilalausunnossa ja on myös pohdittava tulkin vaikutusta tutkimuksen luotettavuuteen. Kirjoitusasultaan käytetään valtakunnallisesti sovittuja sopimuksia; lausunnon tulee olla ulkoasultaan siisti ja sisällön oltava ymmärrettävissä siten, ettei sen tulkitsemiseen vaadita lääketieteellistä koulutusta. Pituus ei saisi ylittää yli 25 sivua. (THL 2011, 9.)

Lausunnossa tulisi tuoda erityisesti esille niitä seikkoja, joilla katsotaan olevan merkitystä syntyäsyntä arvioidessa; muita tietoja lausuntoon ei tulisi laittaa. Sen lisäksi arvioidaan tutkittavan sosiaalista ja psyykkistä toimintakykyä ennen rikoksen tekoa ja sen aikana, sekä yleisesti. Tutkittavalle itselleen tulee tarjota mahdollisuus tutustua lausuntoon. (THL 2011, 9.) Mielentilatutkimuslausunnon rakenne on kuvattu taulukossa kaksi.

TAULUKKO 2. Mielentilatutkimuslausunnon rakenne (THL suositus 2011, 10–15).

Lausunnon kohta	Sisältö
Otsikko ja johdanto	Mikä tuomioistuin määrännyt tutkimukseen, määräämispäivämäärä, tutkimuspaikka, tutkittavan nimi, tutkimuksen ajankohta, onko tutkittava vangittuna
Henkilötiedot	Tutkittavan koko nimi, henkilötunnus, siviilisääty, ammatti, kotipaikka, henkilöllisyyden toteamistapa, mahdollinen rikosrekisteri
Oikeuden asiakirjoista ilmevät tiedot	Rikoksen nimike ja ajankohta, annetaan selkeä kuva tapahtuneesta, onko tutkittava muuttanut kertomustaan, puhallus- tai verikokeiden tulokset
Muualta saadut tiedot	Kerrotaan mistä tiedot on hankittu nimeämättä henkilöä, kuvaillaan psyykkisiä oireita, selvennetään onko edellisiä psykiatrisia hoitojaksoja ja kuvaillaan teko hetken ja ajallisesti sen lähellä olleita mahdollisia

	<p>psykkisiä oireita. Somaattisesta terveydentilasta voidaan kertoa jos sillä katsotaan olevan merkitystä tekoon nähden. Annetaan oleellista tietoa kasvuoloista, ihmissuhteista, sosiaalisesta sopeutumisesta ja päihteiden käytöstä</p>
Tutkittavan antamat tiedot	<p>Kuvaillaan tutkittavan omaa kertomusta erityisesti rikoksesta ja siihen johtaneista tekijöistä, sekä siihen suhtautumisesta. Mitä tutkittava on kertonut lapsuudesta, kouluajastaan, armeijastaan, parisuhteistaan, perheestään, päihteiden käytöstä ja mahdollisista psykkisistä häiriöistä. Pohditaan mahdollisia ristiriitoja tutkittavan kertomuksen ja tutkinta-asiakirjojen välillä</p>
Somaattiset tiedot	<p>Kuvaillaan lyhyesti somaattisten tutkimusten tulokset. Tarvittaessa liitetään erikoislääkärin lausunto esimerkiksi neurologisista sairauksista tai diabeteksesta</p>
Psyykinen status	<p>Kuvaillaan seikkaperäisesti psykkistä tilaa, ja tehdään selväksi ero tutkijan subjektiivisten tuntemuksien ja objektiivisten havaintojen välillä. Kerrotaan tutkittavan suhtautumisesta tutkijaan ja tutkimukseen, ulkoisesta olemuksesta, käyttäytymisestä, orientoitumisesta, mielialasta ja ajatustoiminnasta. Todettujen psykkisten oireiden tai häiriöiden tai älyllisen kehitysvammaisuuden diagnostisten kriteerien perusteellinen kirjaaminen. Kerrotaan onko tutkittava yrittänyt vaikuttaa tutkimuksen lopputulokseen peittelemällä tai erittämällä oireita</p>
Psykologinen tutkimus	<p>Mukaan liitetään psykologin lausunto kokonaisuudessaan. Lausunnossa kuvataan psykologin havaintoja tutkittavan käyttäytymisestä, suhtautumisesta tutkimukseen, tukijoihin sekä tekoonsa, sekä annetaan arvio tutkittavan persoonallisuudesta ja kognitiivisesta suoriutumisesta, erityisesti siitä voiko niillä olla</p>

	<p>vaikutusta päätöksentekoon ja suoriutumiseen. Kuvaillaan myös persoonallisuuden mahdollisia häiriöitä jotka voisivat vaikuttaa kykyyn noudattaa lakia ja säädellä omaa käyttäytymistä. Psykologi ei ota kantaa syyntakeettomuuteen</p>
Henkilökunnan havainnot	<p>Yhteenveto havainnoista tutkittavan käyttäytymisestä ja selviytymisestä osastolla, suhtautumisesta tutkimukseen, potilaisiin ja omaisiin</p>
Yhteenveto	<p>Vedetään yhteen keskeiset seikat tutkimuksen aikana nousseista asioista siten, että lukija saa selkeän käsityksen asioiden kulusta</p>
Johtopäätökset	<p>Annetaan arvio tutkittavan yleisestä suoriutumisen ja toimintakyvystä, kognitiivisesta suoriutumisesta, psyykkisestä terveydentilasta, ja kerrotaan voiko jollain häiriöllä olla vaikutusta tekoon. Kerrotaan myös mahdollisista aiemmista mielentilatutkimuksista ja niiden tuloksista. Otetaan kantaa psyykkisen häiriön olemassaolon jo ennen tekoa, ja arvioidaan tutkittavan kykenevyyttä teon ja sen seurausten ymmärtämiseen. Tuodaan esille mahdollisen psyykkisen häiriön syy-yhteys tekoon, ja jos tekoja useita, otetaan erikseen kantaa jokaiseen (syyntakeisuus voi vaihdella eri teoissa). Ilmaistaan onko tutkittava ollut kykeneväinen harkitsemaan tekoaan ja olisiko hän voinut tilanteessa valita toisin, tai keskeyttää sen. Selkeä kannanotto syyntakeisuuteen, etenkin teon aikana. Tuodaan myös ilmi mikäli tietojen saanti tai tutkittavan kieltäytymisen vuoksi syyntakeisuuden arviointi ei ole ollut luotettavaa, tai jos kyseessä on rajatapaus. Kuvataan myös mahdollisesti tutkittavan tarvitsemaa psykiatrista hoitoa ja perustellaan muiden mielenterveyspalveluiden riittämättömyyttä. Otetaan myös kantaa edunvalvojan tarpeellisuudesta sekä siitä, voidaan tutkittavaa kuulla oikeudessa</p>

Allekirjoitus	Tutkija vakuuttaa lain mukaisesti sanomansa totuudenmukaiseksi ”minä kunniani ja omantuntoni kautta vakuutan”. Lausuntoon laitetaan päivämäärä, se allekirjoitetaan ja mukaan laitetaan nimenselvennys sekä tutkineen lääkärin ammattinimike. Mikäli tutkimuksen tehnyt ei ole oikeuspsykiatrian erikoislääkäri, mukaan vaaditaan ylilääkärin tai oikeuspsykiatriaan erikoistuneen lääkärin allekirjoitus
---------------	---

Syksyllä 2014 pidetyissä THL:sen mielentilatutkijoiden neuvottelupäivillä tuotiin esille tuomareiden näkemyksiä mielentilatutkimuksen rakenteesta; osasta tuntui, että lausunnossa esiintyi paljon saman asian toistoa, ja yleisesti toivottiin rakenteeseen enemmän selkeyttä. Myös lausunnon pituus oli useiden mielestä liian pitkä ja luettavuudeltaan vaikeaselkoinen; lääkäreiltä toivottiin parempaa lääketieteellisten termien avaamista. Osa tunsikin koko lausunnon lukemisen turhauttavaksi, juurikin edellä mainittujen syiden vuoksi, ja toivoi tuomioistuimen luettavaksi vain yhden kohdan, jossa määritellään selkeästi syyntakeisuuden aste. (Mielentilatutkijoiden neuvottelupäivät Helsingissä 2011.)

5.2.2 Mielentilatutkimukseen osallistuva työryhmä

Mielentilatutkimukseen osallistuva työryhmä on moniammatillinen. Tutkittavalle määrätään yhdyshenkilö osastolta ennen tutkimukseen tuloa. Yhdyshenkilö (mielenterveyshoitaja tai psykiatrinen sairaanhoitaja) tekee tutkittavasta subjektiivisen anamneesin eli kerää perustietoja tutkittavasta (perhe ja suku, lapsuus, koulutus, armeija, parisuhteet, työt, luonne ja persoonallisuus, terveydentila, rikokset ja syytteenalainen teko). Yhdyshenkilö huolehtii myös osastolla havainnoinnin ja kirjaamisen toteutumisesta, sekä tutkittavan tutkimuksen etenemisestä informoimisesta ja sääntöjen kertomisesta. (Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ohje: Mielentilatutkimuksessa olevat henkilöt; Hämäläinen 2014.)

Ylilääkäri aloittaa ja lopettaa mielentilatutkimuksen. Tutkiva lääkäri kertoo tutkimuksen merkityksestä ja käytännön suorittamisesta, määrittelee mitä asiakirjatietoja tarvitsee hankkia ja haastattelee tutkittavaa noin kaksi tai kolme kertaa viikossa. Tutkiva lääkäri

koostaa mielentilalausunnon THL:lle, ja ylilääkäri hyväksyy sen. Osastonlääkäri antaa myös tutkittavalle tietoa, tarvittaessa määrää laboratorio- ja röntgentutkimukset, tekee somaattisen yleistutkimuksen, ja määrää hoidollisista toimenpiteistä. (PSHP:n ohje: Mielentilatutkimuksessa olevat henkilöt.)

Psykologin osuus koostuu 4-6 tapaamiskerrasta, joiden aikana tehdään perusteellinen kliininen psykologinen tutkimus. Tutkimus perustuu klinisiin haastatteluihin, asiakirjatietoihin, havainnointiin ja psykologisiin testeihin sekä strukturoituihin kyselyihin. Asetelma on hieman erilainen kuin perinteisessä psykologisessa tutkimuksessa. Normaalisti psykologille tullut asiakas kertoo avoimesti omasta tilastaan huolimatta lopputuloksista joihin psykologi tulee, kun taas oikeuspsykologiassa tutkittavan motivaatio ja asennoituminen ovat eri tasoa. Tällöin tiedon keräämisessä voidaan joutua turvautumaan paljon asiakirjoihin. (PSHP:n ohje: Mielentilatutkimuksessa olevat henkilöt; Santtila & Weichmann-Henelius 2008, 335–338.)

Psykologin käyttämät tutkimukset ovat usein standardisoituja eli kysymykset ovat aina samat ja ne esitetään samalla tavalla, jolloin voidaan verrata vastauksia keskenään. Tämä mahdollistaa saadun tiedon objektiivisuuden ja luotettavuuden. Kognitiivista suoritustasoa tutkitaan esimerkiksi Wechsler Adult Intelligence Scale – III –testillä. Wechsler Memory Scale Revised – testillä tutkitaan muistitoimintoja ja Wisconsin Card Sorting Test – testillä toiminnanohjausta. Rorschach Comprehensive System mittaa ongelmanratkaisua ja päätöksentekoa, Minnesota Multiphasic Personality Inventory ja Wartegg Zeichen Test persoonallisuutta, ja Object Relations Technique sekä Thematic Apperception Test persoonallisuutta ja ihmissuhteita. Käytössä on myös hieman tunnetumpi Beck Depression Inventory-II, joka mittaa masennusoireilua. (Santtila-Weichmann-Henelius 2008, 338–342.)

Sosiaalityöntekijän osuuteen kuuluu tutkittavan elämänhistorian tutkiminen syntymästä tähän päivään saakka, eli sosiaalisen anamneesin tekeminen. Tähän anamneesiin kuuluu selvittää perhetausta, koulutus, työelämä, harrastukset, vapaa-aika, armeija, ihmissuhteet, taloudellinen tilanne, toimeentulo, yhteydet sosiaalitoimeen ja tulevaisuuden suunnitelmat. Yleisesti tietoa kerätään haastattelemalla sekä tutkittavaa että hänen lähiomaisiaan. Tietoa saadaan myös koulu- ja työtodistuksista sekä mahdollisesti sosiaalitoimesta. (PSHP:n ohje: Mielentilatutkimuksissa olevat henkilöt.)

Osastonsihteeri kirjaa potilaan sisälle, tilaa rutiinitutkimukset (kuten CT-tutkimus ja EEG-tutkimus), tilaa tutkimukseen tarvittavat paperit tutkivan lääkärin ohjeistuksen mukaan, kirjaa päätteelle lähetteen ja ajanvaraukset, sekä auttaa yhdessä sosiaalityöntekijän kanssa raha-asioiden yms. järjestelyssä (PSHP:n ohje: Mielentilatutkimuksessa olevat henkilöt).

Noin puolessa välissä mielentilatutkimusta (neljän viikon jälkeen) pidetään mielentilatutkimuspalaveri, johon osallistuvat kaikki tutkimuksessa mukana olevat edellä mainitut ammattiryhmät eli tutkiva lääkäri, ylilääkäri, psykologi, osaston yhdyshenkilö, sihteeri ja sosiaalityöntekijä. Palaverissa käydään läpi osallistujien arvioita tutkittavasta, keskustellaan mahdollisista diagnooseista ja siitä mitä tutkittava on kertonut, jolloin huomataan mahdolliset eriävyydet tarinassa (esimerkiksi psykoottisuudesta tai tahallisuudesta johtuen). Yhdyshenkilö kertoo tutkittavan käyttäytymisestä osastolla. Tässä vaiheessa tulisi olla selkeä käsitys tutkittavan teosta. Palaverissa sovitaan alustavasta aika-aulusta tutkimuksen päättymiselle. (Hämäläinen 2014.)

5.2.3 Tutkittavaa koskevat säännöt

Poliisi ilmoittaa vapaalla oleville tutkittaville tutkimusajankohdasta, ja tarvittaessa antaa virka-apua jos tutkittava ei saavu paikalle (Hakonen ym. 2003, 5). Sen sijaan vangittuna olevat tutkittavat saattavat osastolle vankilan vartija, ja samalla luovutetaan osaston haltuun vankipassi; vankipassiin tulee olla kirjattuna vangin nimi, syntymäaika ja henkilötunnus, vapaudenmenetyksen perusteet, kuljetus määränpäähän, kuljetuksen tarkoitus ja sen aikana huomioon otettavat riskitekijät, sekä päiväys ja tiedot passin antajasta. (PSHP:n mielentilatutkimuskäytäntö 1997; Valtioneuvoston asetus vankeudesta 509/2006.)

Osastolle tultaessa tutkittavan omat vaatteet ja tavarat kerätään pois ja luetteloidaan; tutkittavan tulee käydä suihkussa ja pukeutua ainakin aluksi sairaalan vaatteisiin. Omat henkilökohtaiset hygieniatuotteet tutkittava voi pitää, lukuun ottamatta esimerkiksi par-tateriä. Omia sytytysvälineitä ei myöskään sallita. Tutkittavan kanssa käydään läpi osasto sekä osaston säännöt. Tutkittavan posti avataan henkilökunnan läsnä ollessa ja samoin puhelut soitetaan valvotusti. Vierailut on sovittava tutkivan lääkärin sekä hoitohenkilökunnan kanssa etukäteen; vierailu tapahtuu hoitajan läsnä ollessa ja kaikki tutkittavalle

tuotavat tuliaisheet tarkistetaan. Rahat otetaan osaston kansliaan talteen. (PSHP:n mielentilatutkimuskäytäntö, 1997.)

Hämäläinen (2014) korostaa, että tutkittava on nimenomaan tutkittava, eikä osaston potilas. Kuitenkin tutkittavan velvollisuuteen kuuluu osallistua osaston yhteisiin töihin, kuten tupakkahuoneen siivoamiseen (mikäli hän itse polttaa). Oman tahtonsa mukaan tutkittavalla on oikeus osallistua vapaaehtoisin askareisiin, joita osaston sisällä järjestetään. (PSHP:n mielentilatutkimuskäytäntö, 1997.) Sairaalasta riippuen ulkoilut voidaan järjestää valvottuna tai ei lainkaan (PSHP:n mielentilatutkimuskäytäntö, 1997; Hakonen ym 2013, 6).

Yleisesti ottaen kaikki lääkitykset tulisi lopettaa osastolle tultaessa, varsinkin mielialalääkkeet, jotka voisivat peittää psykoosin merkkejä. Kuitenkin, jos tutkittavalla on ollut jo ennen tutkimusta käytössä lääkitys ilmeiseen mielisairauteen, ei sen lopettaminen ole tarpeellista; lopulliseen lausuntoon tulee kuitenkin kirjata psyykenlääkkeiden nimet ja annosmäärät. (THL suositus 2014, 8; Hämäläinen, 2014.)

5.2.4 Alaikäisten mielentilatutkimukset

Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisujen (2006, 62) mukaan vuosien 1980–2004 aikana tehtiin nuorten (alle 20-vuotiaiden) toimesta yhteensä 271 henkirikosta; rikoksen tehneistä poikia oli 260, tyttöjä 23. Henkirikoksella tarkoitetaan mitä tahansa väkivaltarikosta, joka on johtanut uhrin kuolemaan (esimerkiksi murha, tappo, surma, lapsensurma, tai pahoinpitelyn aiheuttama kuolemantuottamus) (Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisu 2006, 57). Kuten aikuisilla rikosentekijöillä, myös nuorilla rikoksista suurin osa on päihteiden vaikutuksen alaisena tehty (Kaltiala-Heino, Eronen & Gammelgård 2007, 2382).

Nuorilla riskitekijöitä väkivaltaisuuteen ja rikollisuuteen voivat olla esimerkiksi vanhempien päihteiden käyttö, väkivaltainen elinympäristö, alhainen älykkyysosamäärä, neurologiset ja biologiset tekijät sekä nuoren antisosiaalinen käytös. Myös median väkivaltaisuudella voi olla vaikutusta. (Howitt 2002, 78.)

Nuorten rikoskäyttäytymiselle tyypillistä on impulsiivisuus sekä ryhmässä toimiminen. 70–90% nuorista rikoksentekijöistä on jokin mielenterveydenhäiriö, yleensä käytöshäiriö, päihdehäiriö, traumaperäinen stressireaktio tai depressio. Yleisesti ottaen ryhmissä suoritetuissa rikoksissa mielenterveydenhäiriöillä ei kuitenkaan ole vaikutusta asiaan. Yhteisiä piirteitä rikoksentekijöillä on mm. heikko kognitiivinen suoriutumiskyky, vaikeudet oppimiskyvyssä ja traumatausta, joka usein liittyy vanhempien mielenterveys- tai päihdeongelmiin. (Kaltiala-Heino ym. 2007, 2382–2383.)

5.2.5 Mielentilatutkimuksen erityispiirteitä

Tutkimuksessa on aina otettava huomioon teeskentelemisen mahdollisuus. Tiuhonen (2001, 754) huomauttaa potilaiden voivan joko stimuloida eli teeskennellä sairautta, tai peittävän sairauden oireita; rikoksentekijät voivat pyrkiä peittämään oireitaan sillä he tietävät, että tahdosta riippumaton psykiatrinen sairaalahoito kestää keskimäärin pidempään kuin samasta rikoksesta vankilaan joutuessaan. Lukuisia mielentilatutkimuksia johtanut Hämäläinen (2014) korostaa kuitenkin, että teeskenteleminen on melkein mahdotonta jatkuvasta seurannasta johtuen ja harva pyrkii teeskentelemään sairasta, juurikin psykiatrisen sairaalahoidon pidemmän keston vuoksi. Usein teeskentelemällä lieviä oireita haetaankin lievennystä tuomioon (Santtila & Weicmann-henelius 2008, 327).

Suomessa tehdyt mielentilatutkimukset ovat muihin pohjoismaihin verrattaessa perusteellisimpia. Luotettavuutta lisää myös se, että tutkimukseen mennään oikeuden määräyksestä, ja että THL:n antaa oman lausuntonsa syyntakeisuudesta. Suomessa mahdollisia tutkimuspaikkoja on kahdeksan, joka omalta osaltaan lisää luotettavuutta kerryttämällä näihin paikkoihin kokemusta ja osaamista. (Santtila & Weicmann-henelius 2008, 328.)

Päihteiden tai muun itse aiheutetun tajunnan häiriön vuoksi syyntakeisuuden katsotaan harvoin alentuneen; päihteiden käyttäjä on tietoinen aineen vaikutuksesta häneen. Eriytyisesti Suomessa suurimpaan osaan rikoksista liittyy vahva humaltila ja voidaan katsoa, että luottamus rikosoikeusjärjestelmään huojuisi jos ihmiset huomaisivat että jokainen humalassa riehuva olisi rikosoikeuden silmissä syyntakeeton. (Tapani & Tolvanen 2013, 364–370.) Tämän vuoksi päihtymystä ei oteta syyntakeisuusarviossa huomioon, ellei siihen ole erityisen painavaa syytä (THL suositus 2011, 5); Hämäläisen (2014)

mukaan tällaisia tapauksia voivat olla esimerkiksi jos joku muu on tahallisesti aiheuttanut syytetyn päihtymystilan, tai jos syytetyllä on pitkälle edennyt alkoholidementia.

Joissain tapauksissa tutkittava voidaan todeta syyntakeettomaksi teon hetken aikana, mutta tutkimuksen jälkeen psykiatrisen pakkohoidon kriteerit eivät enää täyty; tällaisia tilanteita voivat olla esimerkiksi henkilön kokema hetkellinen voimakas dissosiaatio tai psykoosireaktio (esimerkiksi synnytykseen, eroon tai lapsen kuolemaan), tai alaikäisen päihkeitä käyttämättömän nuoren päihtyneeseen tilaan saattaminen esimerkiksi vanhemman henkilön tai ystävien taholta (Hämäläinen 2015). Aina vuosittain kaikista syyntakeettomista arviolta noin kymmenkunta ei ole määrätty tahdosta riippumattomaan pakkohoitoon (Niemi 2013). Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmä (2005, 33) ehdotti muutosta mielenterveyslainsäädäntöön siten, että kriminaalipotilaat voitaisiin määrätä tahdosta riippumattomaan pakkohoitoon muidenkin häiriöiden kuin mielisairauksien perusteella; kyseessä olisi lähellä mielisairautta olevat persoonallisuushäiriöt, eli psykoosi- ja persoonallisuushäiriöt, eli psykoosi- ja persoonallisuushäiriöt. Myös avohoitoon liittyviä säädöksiä olisi hyvä muuttaa siten, että teon hetkellä syyntakeeton mutta tutkimuksen jälkeen pakkohoitoon soveltumaton henkilö joutuisi velvoitettuun avohoitoon (Niemi 2013).

On mahdollista, että syytetty aloittaa tuomionsa istumisen vankilassa, mutta psyykinen vointi heikkenee siellä ollessaan. Näissä tapauksissa henkilö voidaan siirtää valtion mielisairaalaan, missä hän suorittaa tuomiotaan vankina eikä kriminaalipotilaana. (Tiuhonen 2001, 754.) Joskus taas henkilö todetaan syyntakeiseksi, mutta hänen ei katsota soveltuvan vankilaan. Tällöin henkilö voidaan sijoittaa avovankilaan, jolloin oikeus päättää rangaistuksen keston. Avovankilassa on tarjolla erilaista kuntouttavaa toimintaa ja vanki on jatkuvassa seurannassa. Avovankilassa suoritetun tuomion jälkeen olisi hyvä ohjata vanki muuhun kuntouttavaan toimintaan. (Hämäläinen 2014.)

5.2.6 Mielentilatutkimuskäytäntöjä muissa maissa

Ruotsissa vakavan mielenterveydenhäiriön alaisena tehnyttä rikollista ei voi tuomita vankilaan; vakavina mielenterveydenhäiriöinä pidetään psykoottisia häiriöitä, vaikeita psykoottisia episodeja sisältäviä persoonallisuushäiriöitä, sekä masennusta, johon sisältyy riski itsetuhoisuudesta. Sairaalahoitoon voidaan määrätä vain jos rikoksesta olisi

normaalisti seurannut vankeutta. Syyntakeisuutta ei ole määritelty, vaan tuomioistuin voi lieventää tuomiota sopivaksi katsomallaan tavalla. Tuomioistuin tekee päätöksen hoitoon järjestämisestä, mutta hoitopaikan järjestää rikosentekijän asuinpaikan terveydenhuollosta vastaava viranomainen. Lomien suunnittelussa ja kotiuttamisasioissa kuullaan syyttäjän mielipidettä. Avohoidon on todettu olevan puutteellista; siihen sisältyy psykiatrisen avohoidon seuranta tarvittaessa yhteistyössä lähiomaisten kanssa. Keskimääräinen hoitoaika on 4,5 vuotta. (Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2005, 42–43.)

Ruotsissa on myös käytössä niin sanottu pikku mielentilatutkimus, jossa oikeuspsykiatrian erikoislääkäri arvioi strukturoitujen poliklinikkakäyntien avulla ”ison mielentilatutkimuksen” tarvetta (Eronen ym. 2012, 1826). Pikku mielentilatutkimuksia voidaan tehdä myös syyttäjän pyynnöstä, tunnustuksen takia tai kun oikeus epäilee syyntakeisuutta. Näitä tutkimuksia tehdään vuodessa noin 1800. Isoja mielentilatutkimuksia tehdään vuosittain noin 600–700, joista noin 300–450 tarvitsee tahdosta riippumatonta hoitoa (Holmberg 2001, 4-5; Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2005, 43).

Tanskassa kriminaalipotilaiden hoito voidaan järjestää avo- tai sairaalahoitona, riippuen vaadittavista turvatoimista; oikeus tekee päätöksen sekä hoitoon joutumisesta että pois-pääsemisestä (Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2005, 43). Oikeuspsykiatria ei ole oma lääketieteen erikoisalansa, vaan lausuntoja antavat kokeneet psykiatrit (Eronen ym. 2012, 1826).

Norjassa syyntakeisena pidetään henkilöä joka on joko psykoottinen, tiedottomassa tilassa tai vaikea-asteisesti kehitysvammainen (älykkyysosamäärä alle 55). Psykiatriseen hoitoon tai kehitysvammahuoltoon joudutaan, mikäli rikosresidiivi on selkeä, tai jos rikos on tietynlainen; oikeus vahvistaa päätöksen joka kolmas vuosi. Tutkimus itsessään ei ole yhtä selkeästi strukturoitu kuin Suomessa ja lausunnossa kantaa syyntakeettomuuteen ottaa kaksi psykiatria. (Eronen ym. 2012, 1826; Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2005, 43.)

Islannissa tehdään vuosittain noin 15–25 tutkimusta ja syyntakeisuusperiaate on sama kuin Suomessa. Tuomioistuin tekee päätöksen hoitoon määräämisestä ja hoidon lopetusvaiheessa vaaditaan uusi lääkärin lausunto. Englannissa taasen erikoista on se, että murhasta syytetyn ainoa mahdollinen rangaistus on elinkautinen; mikäli syytetty on

mielisairas, puolustus usein vetoaa henkirikoslakiin jolla saadaan syyntakeisuuden taso alentuneeksi ja lievennetään murhasyyte tapoksi. Vasta tällöin psykiatriseen hoitoon sijoittaminen onnistuu. Ennen tutkimusta kahden eri lääkärin on annettava yhtenevä diagnoosi joko mielisairaudesta, vaikea-asteisesta kehitysvammaisuudesta tai psykoopaattisesta persoonallisuuden häiriintyneisyydestä. Mikäli kyseessä on vakava rikos, potilaalle voidaan asettaa rajoitussääntö, jonka tarkoituksena on suojella yhteiskuntaa; näin päätös hoidon lopettamisesta siirtyy psykiatrilta sisäministeriölle. Edellytyksenä hoidosta pois pääsemiseen on ehdollinen vapautuminen, jonka aikana on noudatettava mielenterveysvetoomustuomioistuimen määräämiä ehtoja. Mikäli potilas ei noudata ehtoja, hänet voidaan lähettää takaisin sairaalaan. (Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2005, 44–45.)

Hollannissa on viisi eri syyntakeisuusluokkaa. Mikäli henkilö on vaarallinen alentuneen syyntakeisuuden tai syyntakeettomuuden lisäksi, oikeus voi määrätä käyttöön otettavaksi ns. TBS-määräyksen. Vakavissa rikoksissa potilas saa ensin kärsittäväkseen tuomion, jonka osittaisen tai koko ajan suorittamisen jälkeen siirtyy TBS-hoidon piiriin. Yleisesti TBS määrätään aluksi kahdeksi vuodeksi ja oikeuden päätöksellä sitä voidaan jatkaa vähintään vuodella kerrallaan; yli neljä vuotta kestävä TBS:n taustalla on oltava väkivaltarikos ja henkilön katsotaan olevan yhteisölle vaarallinen. Keskimääräinen hoitoaika on 7-9 vuotta. Avohoito voi toteutua joko TBS:nä, tai vankilatuomion jälkeen; siihen sisältyy erilaista valvontaa, esimerkiksi alkoholi- ja huume- ja huumetestejä sekä ennalta varoittamattomia kotikäyntejä. (Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2005, 45.)

Saksassa syyntakeisuuden määritelmät ovat vastaavat kuin Suomessa, mutta hoitopolku voi toteutua kahdella eri tavalla: mikäli henkilö ei ole ymmärtänyt tekonsa oikeudenvastaisuutta, hän saa ajallisesti tietyn pituisen rangaistuksen, kun taas tekonsa oikeudenvastaisuuden ymmärtämätön sekä vaarallinen potilas saa ajattoman rangaistuksen. (Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2005, 45–46.) Itse tutkimus toteutuu poliiklinisesti siten, että lääkäri menee vankilaan suorittamaan tutkimuksen, tai siten että vankilahenkilökunta tuo tutkittavan poliklinikalle. Ylärajaa tutkimukselle ei ole, jonka vuoksi jotkut tutkimukset kestävät kuukausia. Tutkittava ei saa tutkimuksen tulosta tietoonsa ennekuin tuomari on tehnyt päätöksensä. (Eronen ym. 2012, 1826.)

Italiassa ei ole mielenterveyslakia: tuomari määrää asiantuntijan selvittämään syytetyn mielentilan, sekä tarvitseeko hän hoitoa. Päätöksen syyntakeettomuudesta tekee tuomio-

istuun ja mikäli tutkittavan katsotaan olevan sekä syyntakeinen että vaarallinen, hänelle määrätään rikoksen vakavuudesta riippuen tietynmittainen oikeuspsykiatrinen sairaala- hoitojakso. Sen sijaan ei-vaarallisena pidettävä tutkittava aloittaa tavallisen psykiatrisen hoidon. (Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2005, 47.) Huomautettava on, että tämän lähteen kirjoittamisen aikana eli vuonna 2005 Italian parlamentissa oli vireillä neljä psykiatrista uudistusta koskevaa lakialoitetta sekä työryhmä, joka käsitteli rikoslain uudistuksia, mutta näiden tuloksista ei löytynyt ajantasaista tai luotettavaa tietoa.

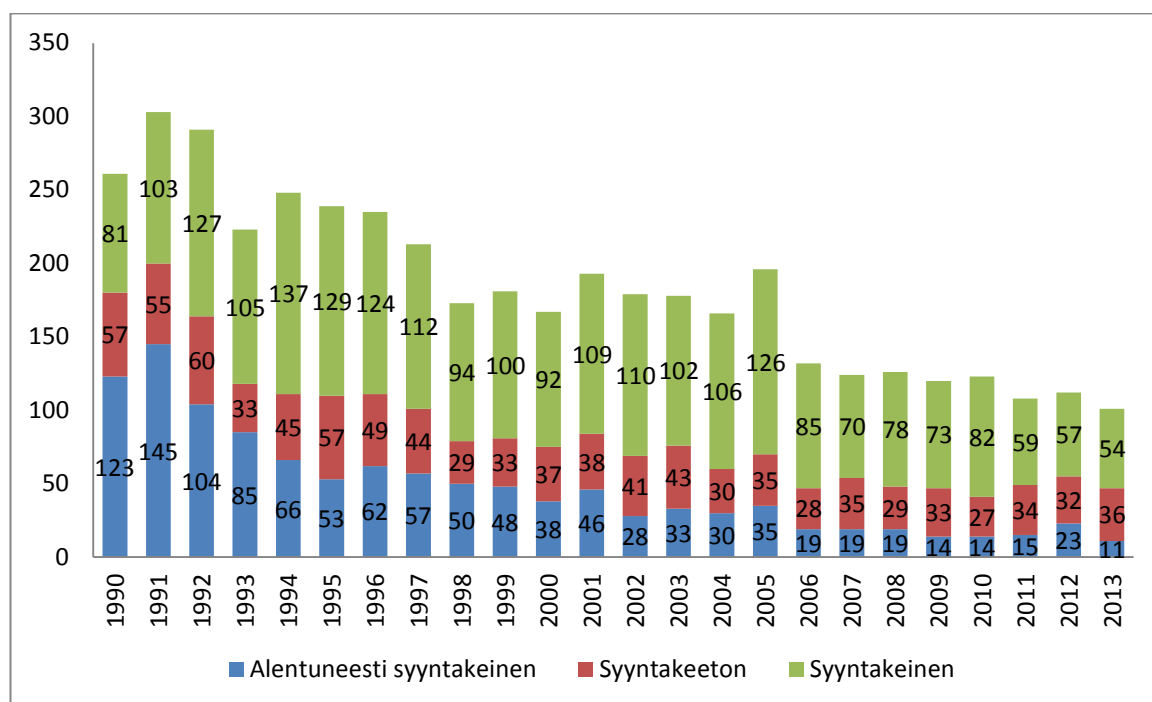
5.3 Syyntakeettomaksi todetun potilaan hoito

Henkilö, jonka katsotaan toimineen ”täydessä ymmärryksessä” eli joka on ymmärtänyt tekojensa seuraukset ja täyttänyt 15 vuotta, on syyntakeinen. ”Ymmärrystä vailla” toimiva henkilö ei ole mielisairauden, syvän vajaamielisyyden, vakavan mielenterveyden tai tajunnan häiriön vuoksi ymmärtänyt tekojensa luonnetta ja hänen kykynsä säännellä käyttäytymistään on ollut ratkaisevasti heikentynyt, jolloin hän on lain mukaan syyntakeeton. (Rikoslaki 2003/515, luku 3, 4§.) Alentuneesti syyntakeisen katsotaan toimivan ”täyttä ymmärrystä vailla”, eli hänen kykynsä säännellä käyttäytymistään on ratkaisevasti heikentynyt; tämän voidaan katsoa olevan rangaistusta lieventävä seikka (Rikoslaki 13.6.2003/515, luku 6, 8§).

Yleisesti ennen vuotta 2005 vuodessa tehtyjen mielentilatutkimusten määrä oli 170–190, joista noin 50 %:ssa tapauksista tutkittava todettiin syyntakeiseksi. Sen sijaan syyntakeettomia ja alentuneesti syyntakeisia oli noin viidennes molemmista ryhmistä. (Rikos- ja mielenterveyslain yhteensovittaminen 2005, 17.) THL:n vuoden 2013 toiminta- ja tilipäätöslaskelmien mukaan mielentilatutkimuksia suoritettiin vuonna 2013 101; näistä THL:n oikeuspsykiatristen asioiden lautakunta totesi 54 syyntakeisiksi, yhdeksän alentuneesti syyntakeisiksi, 35 syyntakeettomiksi, kaksi syyntakeiseksi ja alentuneesti syyntakeiseksi, sekä yksi alentuneesti syyntakeiseksi ja syyntakeettomaksi. Sen sijaan tutkivan lääkärin arviot samoissa tutkimuksissa olivat 56 syyntakeista, kahdeksan alentuneesti syyntakeista, 33 syyntakeetonta, kaksi syyntakeista ja alentuneesti syyntakeista, sekä kaksi alentuneesti syyntakeista ja syyntakeetonta.

Käsitteissä ”alentuneesti syyntakeinen ja syyntakeeton” ja ”syyntakeinen ja alentuneesti syyntakeinen” on kyse siitä, että ensimmäisen ja toisen arvion välinen raja ei ole selkeä. Esimerkiksi henkilö todetaan ”syyntakeiseksi”, mutta joidenkin henkilön psyykeeseen tai tekohetkellä mielentilaan vaikuttavien tilannetekijöiden myötä kallistuu myös ”alentuneesti syyntakeisen” suuntaan. (Hämäläinen 2015.)

Alentuneesti syyntakeisten henkilöiden määrä on laskenut viimeisten 30 vuoden aikana 60 prosentista 12 prosenttiin. Ennen vuotta 2004 alentuneesti syyntakeiselle ei voitu määrätä enimmäisrangaistusta, eivätkä lainsäätäjät pitäneet oikeudenmukaisena sitä, että murhasta tuomittua ei voitaisi tuomita elinkautiseen. Katsottiin, että aiemmin tuomioistuimissa kalliuitkin enemmän syytetyn syyntakeisuuteen kuin alentuneesti syyntakeisuuteen, eli toisin sanoen tuomioistuimissa on halunnut syytetyille täyden tuomion ja todennut hänet syyntakeiseksi, vaikka syytettyä olisi voinut mielentilatutkimuksen mukaan pitää alentuneesti syyntakeisena. Kuitenkin vuonna 2004 tehdyn lainmuutoksen myötä on nykyään mahdollista tuomita alentuneesti syyntakeinen täyden tuomioon, mikäli kyseessä on erittäin törkeä henkirikos. Tämän myötä onkin nähty huomattavaa kasvua vankimäärän kasvussa. (Niemi 2013; Tapani & Tolvanen 2013, 363.) Kuviossa 1 nähdään kuinka mielentilaratkaisut ovat kehittyneet.



KUVIO 1. Mielentilaratkaisujen kehitys (Lappi-Seppälä & Kivivuori 2014, 344, muokattu).

Mikäli tutkittava todetaan syyntakeettomaksi, eli hän ei ole ollut teon hetkellä täydessä ymmärryksessä ja mielenterveyslain edellytykset pakkohoidolle täyttyvät, THL määrää hänet tahdosta riippumattomaan psykiatriseen pakkohoitoon (Santtila & Weicmannhenelius 2008, 329). Hoito pyritään ensisijaisesti järjestämään valtion mielisairaalaan, joissa turvallisuustaso on huomattavasti korkeampi kuin psykiatrisissa sairaaloissa (Eronen ym. 2012, 1825; Hämäläinen 2014). Tarvittaessa hoito voidaan myös aloittaa henkilön kotikunnan psykiatrisessa sairaalassa; tässä tapauksessa on kuitenkin puolen vuoden päästä arvioitava tarvitseeko hoito siirtää valtion mielisairaalan piiriin (Eronen ym. 2012, 1825). Taulukossa 2 nähdään vuoden 2013 syyntakeettomiksi todettujen hoitopaikan määrätymispaikat.

TAULUKKO 3. Tutkimuksen jälkeinen hoitopaikka (THL toimintakertomus ja tilinpäätöslaskelmat 2013, 43).

Määrätty hoitopaikka tutkimuksen jälkeen	
Valtion mielisairaala	27
Kunnallinen sairaala	3
Kehitysvammaisten erityishuolto	2
Yhteensä	32

Rikos- ja mielenterveyslain yhteensovittamista koskevassa työryhmämuistiossa (2005, 23) kerrotaan vuosien 1980–2000 välisenä aikana uloskirjattujen kriminaalipotilaiden hoidon keston keskiarvoksi 9,4 vuotta: kesto johtuu potilaiden vakavista sairauksista ja usein erittäin hankalista elämäntilanteista; noin 90 %:lla kriminaalipotilaista on diagnosoitu skitsofrenia. Skitsofrenian lisäksi kriminaalipotilailla esiintyy usein harhaluuloisuushäiriöitä, aivo-orgaanisia syitä kuten aviovammojen jälkitiloja, sekä päihteiden aiheuttamia muutoksia. (Eronen ym. 2012, 1825; Rikos- ja mielenterveyslain yhteensovittaminen 2005, 23–24.)

Hoitoon pyritään sisältämään hoitosuhdetyöskentelyä, yhteisöllisyyttä ja ryhmätoimintaa, kognitiivis-käyttäytymisterapeuttisten periaatteiden soveltamista sekä ryhmä- että yksilötasolla, luovaa terapiaa sekä toiminta- ja työterapiaa (Santtila & Weicmannhenelius 2008, 329). Lääkehoidolla on merkittävä osuus; usein potilaat voivat olla levottomia, vihamielisiä ja vastustelevia, eikä lääkkeetöntä hoitoa voida tarjota ennen kuin

psykykinen tila on kohentunut. Yleisimpiä lääkkeitä ovat klotsapiini, uuden polven antipsykooteista olantsapiini, risperidon ja sertindol, sekä jotkin SSRI lääkkeet, karbamatsapiini ja litium. (Santtila & Weicmann-Henelius 2008, 329; Tiuhonen 2001, 755.)

Oikeuspsykiatrisessa hoidossa tehdään puolen vuoden välein potilaalle hoitopäätöksen uusiminen, jossa katsotaan jatkuuko hoito vielä samassa paikassa. THL voi tehdä päätöksen hoidon jatkumisesta samalla osastolla, tai potilaan osoittaessa riittävän hyvää kuntoa hänet voidaan siirtää sairaanhoitopiiriin alaisena valvonta-ajalle. (THL, 2014.) Hallinto-oikeus vahvistaa aina THL:sen päätöksen hoidon jatkamisesta (Suontaka, Lindberg & Putkonen 2007, 2392).

Ennen valvonta-ajalle siirtymistä potilaalle annetaan asteittain erilaisia vapauksia, joiden avulla voidaan arvioida potilaan selviytymistä ulkomaailmassa: hyvin usein potilaille on vaikean perussairauden lisäksi esimerkiksi päihdeongelmia, joiden hoito sairaalan sisällä on sujunut hyvin, mutta ulkomaailmassa lähteekin taas käsistä. Tämän vuoksi varsinkin osastohoidon loppupuolella pyritään antamaan muutaman viikon mittaisia lomiamia, joiden aikana arvioidaan potilaan selviytymistä. Potilaalla on oltava riittävä sairautentunto (eli käsitys omasta sairaudestaan), sekä motivaatiota omaa hoitoaan kohti. On myös arvioitava onko potilaan rikoksen uusimisriski eli rikosresidiivi alentunut riittävästi, jotta valvonta-aikaa voitaisiin harkita. (Tiuhonen 2001, 755.)

Kun katsotaan että edellä mainitut kriteerit täyttyvät, hoitava taho tekee THL:lle anomuksen valvonta-ajalle siirtymisestä. Itse siirtyminen valvonta-ajalle kestää noin puolesta vuodesta vuoteen. Kuten edellä mainittu, siirtyminen edellyttää potilaalta syvää ymmärrystä omasta sairaudestaan, sekä kykyä ottaa vastaan hoitoa ja vastuuta. Hoitavan tahon on oltava varmoja siitä, että potilas kykenee ottamaan vastuun itsestään; tämän vuoksi siirtoa tehdessä ei hätäillä ja potilaalla on harjoittelujaksoja tulevassa asumispai-kassaan.. Siirtyessään avohoitoon potilas asuu usein tuettuna, mutta on yhä pakkohoidon alaisena oikeuspsykiatrisena potilaana ja käy säännöllisissä kontrolleissa häntä hoitaneella osastolla. Potilaille on muutaman päivän intervalli-jaksoja puolen vuoden välein, jolloin he tulevat osastolle tarkkailtaviksi; jakso sisältää alussa lääkärin alkuhaastattelun ja tarkkailun päätyttyä lääkäri tekee joko pidättävän (valvonta-aika jatkuu) tai vapauttavan (valvonta-aika loppuu kokonaan) päätöksen. Valvonta-aikaa ei voida enää jatkaa, mikäli tahdosta riippumattoman psykiatrisen hoidon kriteerit eivät täyty. Potilaas-

ta riippuen valvonta-aika kestää yleensä noin 1-2 vuotta. (Hämäläinen 2014; Suontaka ym. 2007, 2392.)

Tuoreita tietoja rikoksen uusinnasta sairaalasta pääsyn jälkeen ei ole. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioissa (2005, 24–25) kerrotaan Erosen (1996) tekemän väitöskirjan tutkimusaineistossa olleen mukana kaikki vuosina 1981–1993 tehdyt henkirikokset; näistä neljä oli avohoidossa olleen kriminaalipotilaan suorittama. Kaiken kaikkiaan 1 649 henkirikoksen tehneestä 36 henkilöä teki uuden rikoksen vapauduttuaan; alkoholismi lisäsi uusimisriskiä 13-kertaiseksi, skitsofrenia 25-kertaiseksi. Työryhmämuistioissa kerrottiin myös Tiihosen (1996) tekemästä tutkimuksesta, jonka mukaan 281 sairaalasta avohoitoon siirtyneen kriminaalipotilaan joukosta tehtiin seitsemän henkirikosta kahdeksan vuotta kestäneen seurannan aikana; kaikki olivat skitsofreniapotilaita, jotka olivat lopettaneet lääkityksensä ja jääneet pois avohoidon piiristä. Rikosresidiivi oli suurin ensimmäisenä vuotena avohoitoon siirtymisen jälkeen, jopa 300-kertainen (Suontaka ym. 2007, 2393).

Siirtymävaihe avohoitoon on siis erittäin kriittistä aikaa. Ruotsissa suoritettiin kvalitatiivinen kyselytutkimus niistä seikoista, joihin oikeuspsykiatristen hoitajien mielestä tulisi kiinnittää huomiota siirtymävaiheessa: psykoedukaation toteutus sairaalahoidon aikana parantaa potilaan ymmärrystä psyykkisen vointinsa huonontumisen ensioireista, jolloin sekä hoitajat että potilas itse osaisi toimia ajoissa. Potilaan tulee olla motivoitunut ja hyvin valmistautunut sekä avohoitoa että omaa sairauttaan kohtaan, ja osata käyttäytyä tietyn tyyppisissä tilanteissa. Ongelmaksi tutkimuksen mukaan oli muodostunut myös eri hoitotahojen erimielisyydet esimerkiksi maksupuolesta. Osa kriminaalipotilaista saattoi jättäytyä pois tärkeistä tapaamisista, johtuen auktoriteettien alentavasta kohtelusta heidän statuksensa vuoksi. Tärkeänä tekijänä mainittiin myös yhdyshenkilön/asianajajan ja potilaan hyvä luottamussuhde, jolloin potilas kykeni ottamaan tarvittaessa yhteyttä. Myös potilaan hoitokontaktien pysyvyys ja aktiivinen osallistuminen kuntoutusprosessiin koettiin merkittäväksi tekijäksi. (Gustafsson, Holm & Flensner 2012, 732–733.)

Avohoidossa ilmenneitä ongelmakohtia olivat esimerkiksi potilaan kaksoisdiagnoosit, erityisesti päihdeongelmat, sekä kykenemättömyys pidättäytyä lääkityksessään. Kriminaalilainstatuksesta johtuen useat kokivat vaikeaksi saada töitä; tämä taas johtaa tylsistymiseen, jonka myötä motivaatio pysytellä erossa rikollisuudesta laskee. Kynnys rikol-

lisuuteen laski myös potilaan huonon rahatilanteen vuoksi; useilla oli suuria velkoja. (Gustafsson ym. 2012, 734–735.)

Muihin maihin verrattuna on huomattavissa suuriakin eroja, jotka johtuvat pääasiallisesti lainsäädäntöjen eroavaisuuksista. Esimerkiksi valvonta-aika eli niin sanottu veloitteinen avohoito on käytössä useissa maissa, mutta toisin kuin Suomessa, muissa maissa veloitteisen avohoidon piiriin kuuluu muitakin psykiatrisia potilaita kuin kriminaalipotilaita. Ruotsissa valvonta-aika määräytyy rikoksen vakavuuden mukaan, kun taas Tanskassa kriminaalipotilaan hoito voidaan järjestää joko sairaala- tai avohoidossa turvallisuuden mukaan. Norjassa syyntakeeton henkilö voidaan tuomita sairaalahoitoon vain tietynlaisista rikoksista ja jos rikosresidiivi on selkeä. (Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistio 2005; Suontaka ym. 2007, 2395.)

6 POHDINTA

6.1 Eettisyys ja luotettavuus

Eettisyys on jokaisen tutkimuksen perus lähtökohta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211). Tutkijan tulee kunnioittaa muiden luomia lähteitä, esimerkiksi oikeaoppisten lähdemerkintöjen avulla (Vilka 2005, 30). Lähdemerkinnöissä käytin apunani Tampereen ammattikorkeakoulun Kirjallisen raportoinnin ohjetta (Virikko 2015), jotta kaikki tieto olisi mahdollisimman helppo tarkistaa. Välitin plagiointia sisäistämällä lähteissä olevat asiat ennen kirjoittamista.

Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen (2013, 211) tuovat kirjassaan esille kahdeksan kriteeriä eettiselle kirjoittamiselle; yhtenä näistä on tutkijan kiinnostus tutkittavaa aihetta kohtaan, sekä uuden tiedon etsimiseen. Aiheen valinnassa otin huomioon oman kiinnostukseni aiheeseen sekä työelämälähtöisyyden; tästä aiheesta ei oltu tehty samankaltaista työtä aiemmin ja oppimateriaali oli Tampereen ammattikorkeakoululle hyödyllinen.

Tuomen & Sarajärven (2009, 159) mukaan kirjallisuuden tulisi olla maksimissaan 10 vuotta vanhaa, jotta se olisi mahdollisimman luotettavaa. Pääsääntöisesti kaikki käyttämäni lähteet olivat 2000-luvulta, lukuun ottamatta oikeuspsykiatrian vastuuyksikön osastonlääkäriltä saamaani lähdetä vuodelta 1997. Tuoreempaa ohjeistusta ei sairaalasta tai kirjallisuudesta löytynyt, mutta halusin silti tuoda sen esille työssäni, sillä muita lähteitä tutkittavaa koskevista säännöistä tutkimuksen aikana ei löytynyt (lukuun ottamatta lailliseen asemaan ja lääkitykseen liittyvistä asioista).

Kriminaalipotilaiden hoidon kestosta tai rikosten uusimisesta hoidon jälkeen en myöskään löytänyt ajantasaista tietoa, mutta päätin kuitenkin mainita Erosen (1996) ja Tiihosen (1997) tekemistä tutkimuksista. Niiden avulla lukija saa hieman osviittaa tästä asiasta.

Käyttämäni lähteet olivat kaikki päteviä. Varsinkin asiantuntijahaastattelu lisäsi suunnattomasti tietoutta aiheesta, sekä helpotti kokonaisuuden ymmärtämistä. Pyysin haastateltavalta luvan käyttää saamaani tietoa yhtenä lähteistä, jonka lisäksi haastateltava sai

lukea työn ja todeta, ettei hänen antamia tietoja oltu muutettu. Muut lähteet olivat suurimmaksi osaksi kirjoja, artikkeleita sekä tutkimuksia, mutta tulososioon käytin esimerkiksi oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja sekä THL:sen toimintakertomus ja tilinpäätöslaskelmia, joista sain paljon numeraalista faktaa työhöni.

Kirjallisuuskatsauksessa en rajannut vuosilukua haussa, mutta valitsemissani lähteissä otin vuosiluvut huomioon. Tämä oli sen vuoksi, että tuloksia löytyi kohtuullinen määrä läpi selattavaksi. Muutoin olisin voinut olla haussani systemaattisempi; esimerkiksi olisi ollut hyvä toteuttaa haku tismalleen samoilla hakusanoilla kaikissa tietokannoissa, jotta olisin saanut johdonmukaisuutta. Hakusanat olivat kuitenkin aihepiiriltään niin samankaltaisia, etten toisaalta olisi voinut löytää materiaalia, jota en käyttämilläni hakusanoillani jo löytänyt. Yleisesti kirjallisuuskatsausta varten olisi ollut hyvä käydä erillinen opintokokonaisuus. Siihen liittyi useita seikkoja, jotka olisivat vaatineet tarkempaa perehtymistä.

Tein opinnäytetyön yhteistyössä Tampereen ammattikorkeakoulun kanssa. Opinnäytetyön tekemistä varten laadittiin yhteinen sopimus, jonka mukaan oppimateriaalin pysyvät päivitys-, muokkaus- ja käyttöoikeudet luovutin Tampereen ammattikorkeakoululle. Tällöin koululla on oikeus muokata oppimateriaalini tietoja ajantasaisemmaksi.

6.2 Oppimateriaalin arviointi

Ulkonäöllisesti oppimateriaalista tuli miellyttävä ja hillitty. Pidin huolta, ettei dioissa ollut liikaa tekstiä; tämä vaikuttaa helppolukuisuuteen. Erilaiset käyttämäni taulukot ja kaaviot toivat tekstiin vaihtelua. Kuvien sijaan oppimateriaalin diojen taustaväri oli syvän sininen, joka toi mielestäni yleiskuvaan riittävästi väriä. Diojen järjestyksestä oli välillä hankala päättää, sillä aihe on itsessään hyvin tiivis ja useat asiat linkittyvät keskenään.

Itsenäisen verkko-opetusmateriaalin teossa tulisi ottaa huomioon, että materiaali toimii ilman opettajaa, eikä siinä saa olla sisällöllisiä tai teknisiä ongelmia (Kalliala 2002, 60–61). Halusin oppimateriaalista mahdollisimman selkeän. Siitä tuli yksinkertainen, selkeä ja helppolukuinen, eikä sen käyttö vaadi teknistä osaamista. Fonttina käytin Arial leipä-

tekstiä ja koko oli 30. Pidin huolta, ettei dioissa ollut liikaa tekstiä; tämä voisi vaikeuttaa diojen lukua.

Mielenkiinnon ylläpitäminen onnistuu erilaisin kuvin ja huumorin keinoin. Värimaailmaan kannattaa kiinnittää huomiota, jotta se miellyttää kaikkia lukijoita. (Kalliala 2002, 59–60.) Värimaailmaksi valitsin neutraalin sinisen ja valkoisen, jonka myötä dioja on miellyttävä katsoa eikä mitkään väreistä pomppaa ikävästi silmille. Myös tekstin kontrasti taustaa vasten on sopiva ja tekstiä on helppo seurata. Huumorin keinojen, ääniefektien ynnä muiden käyttöä en katsonut sopivaksi, eikä aiheeseen olisi ollut helppo liittää humoristisia keinoja.

6.3 Jatkotutkimusehdotukset

Tulosten perusteella Suomessa kriminaalipotilaiden valvonta-aika on suhteellisen toimiva kokonaisuus. Olisi kuitenkin hyvä saada lisää tutkimuksia erityisesti potilaan siirtymisestä valvonta-ajalle ja siihen liittyvistä kriittisistä kohdista; tästä ei löytynyt suomalaisia tutkimuksia ja ulkomaisiakin tutkimuksia erittäin niukasti. Myös tutkimukset pakkohoitokriteerien väljentämisestä sekä velvoitteisen avohoidon laajentamisesta ovat paikallaan, jotta Suomessa saavutetaan kaikki hoitoa tarvitsevat. Tulosten perusteella yhtenä ehdotuksena voisi myös olla, että tutkittaisiin mielentilatutkittavien mielipiteitä tutkimuksen suorittamiseen liittyvistä seikoista.

Oikeuspsykiatrisen hoitotyön käytännön toteuttamisesta löytyi vain vähän tietoa, jonka vuoksi se on tuloksissakin pienessä osassa. Aiheeseen liittyen olisi hyvä tutkia esimerkiksi kuinka oikeuspsykiatrisia potilaita kyettäisiin motivoimaan omaan hoitoonsa.

LÄHTEET

- Eronen, M., Kaltiala-Heino, R. & Kotilainen, I. 2007. Vaarallisuuden arviointi: Missä tilanteissa ja miten väkivaltaisuuden vaaraa arvioidaan Suomessa. *Duodecim* 123, 2375–80.
- Eronen, M., Seppänen, A. & Kotilainen, I. 2012. Oikeuspsykiatrinen arviointi ja hoito Suomessa. *Suomen lääkärilehti* 23, 1823–1826.
- Gustaffson, E., Holm, M. & Flensner, G. 2012. Rehabilitation between institutional and non-institutional forensic psychiatric care: important influences on the transition process. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 19, 729-737.
- Haapasalo, J. 2008. *Kriminaalipsykologia*. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Hakonen, K., Hellbom, E., Oksa, P. & Tohkanen, M. 2003. Mielentilatutkimukseen määrättyjen tutkintavankien ja vankien oikeudellinen asema. Helsinki: Oikeusministeriö.
- Holmberg, G. 2001. Swedish legislation and organization concerning mentally disordered offenders. The National Board of Forensic Medicine.
- Honkatukia, P. & Kivivuori, J. (toim.) 2006. Nuorisoriikollisuus: Määrä, syyt ja kontrolli. Helsinki: Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja 221.
- Howitt, D. 2002. *Forensic and Criminal Psychology*. Malaysia: Pearson education.
- Hämäläinen, P. Oikeuspsykiatrian vastuuyksikön osastonlääkäri. 2014. Haastattelu 7.11.2014. Haastattelija Miia Roschier.
- Hämäläinen, P. Oikeuspsykiatrian vastuuyksikön osastonlääkäri. 2015. Yleistä mielentilatutkimuksesta. Sähköpostiviesti. pertti.hamalainen@pshp.fi. Luettu 17.2.2015.
- Isohanni, M. 2008. Psykiatrian erilaiset teoreettiset mallit ja lähestymistavat. Teoksessa Lepola, U., Koponen, H., Leinonen, E., Joukamaa, M., Isohanni, M. & Hakola, P. 2008. *Psykiatria*. Helsinki: WSOY.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Tammi.
- Kalliala, E. 2002. *Verkko-opettamisen käsikirja*. Helsinki: Finn Lectura.
- Keränen, V. & Penttinen, J. 2007. *Verkko-oppimateriaalin tuottajan opas*. Jyväskylä: WSOY.
- Kaltiala-Heino, R., Eronen, M. & Gammelgård, M. 2007. Alaikäisten oikeuspsykiatrian kysymyksiä. *Duodecim* 123, 2381–2389.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki: Sanoma Pro Oy. 3. uudistettu painos.

Koskinen, L., Likitalo, H., Aho, J., Vuorio, O. & Mertoja, R. 2014. The professional competence profile of Finnish nurses practising 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.

Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede* 18 (1), 37–45.

Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 23.6.1977/519.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Lappi-Seppälä, T. & Kivivuori, H. 2014. Rikollisuustilanne 2013: Rikollisuus ja seuraamusjärjestelmä tilastojen valossa. Oikeuspoliittisen laitosten julkaisuja 266. Helsinki: Tammerprint Oy.

Lehtonen, J. & Lönnqvist, J. 2001. Mielenterveys ja psykiatria. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen. (toim.) *Psykiatria*. Hämeenlinna: Duodecim.

Lönnqvist, J. 2001. Potilaan tutkiminen ja mielenterveyden häiriöiden luokittelu. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen. (toim.) *Psykiatria*. Hämeenlinna: Duodecim.

Mason T., King L. & Dulson J. 2009. Binary construct analysis of forensic psychiatric nursing in the UK: high, medium, and low security services. *International Journal of Mental Health Nursing* 18, 216–224.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.

Mielentilatutkijoiden neuvottelupäivä Helsingissä 6.11.2014.

Mielentilatutkimus- ja vaarallisuusarviolausuntojen laatimisohteet. 2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Mielentilatutkimuksessa olevat henkilöt: Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ohje. Pitkänien oikeuspsykiatrian osastolla käytössä oleva materiaali.

Mielentilatutkimuskäytäntö. 1997. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ohje.

Niemi, H. 2013. Syyntakeisuusarviointien muutokset – syyt ja seuraukset. Haaste 1/2013. Viitattu 9.3.2015.
<http://www.haaste.om.fi/fi/index/lehtiarkisto/haaste12013/syyntakeisuusarviointienmuutokset-syytjaseuraukset.html>

Oikeuslääketiede. 2000. Toim. Penttilä, A., Hirvonen, J., Saukko, P. & Karhunen, P. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Oikeuspsykologia. 2008. Toim. Pekka Santtila & Gitta Weizmann-Henelius. Porvoo: Edita Publishing Oy.

Pitkänen, A., Silfver, P., Mäkinen, M., Hietalahti, P., Alanen, S. & Kajander, M. 2006. Potilaan elämänlaatu ja itsemääräämisoikeus oikeuspsykiatrisen hoitotyön haasteena. Sairaanhoitajalehti 2.11.2006.

Putkonen, H. & Huttunen, M. 2007. Oikeuspsykiatrina Suomessa. Duodecim 123, 2361–2362.

Pylkkänen, K. 2001. Psykiatrian palvelujärjestelmät Suomessa. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen. (toim.) Psykiatria. Hämeenlinna: Duodecim.

Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41.

Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita. 2005. Rikos- ja mielenterveyslain yhteensovittaminen – kriminaalipotilaita koskevat säädökset.

Rikoslaki 19.12.1889/39.

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisu. Viitattu 30.11.2014. http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf

Suomen virallinen tilasto (SVT). 2015. Poliisin tietoon tullut rikollisuus. Helsinki: tilastokeskus. Viitattu 7.3.2015. <http://www.stat.fi>

Suontaka, M., Lindberg, N. & Putkonen, H. 2007. Kriminaalipotilaille harkitaan velvoitteista avohoitoa. Duodecim 123, 2391-7.

Tapani, J. & Tolvanen, M. 2013. Rikosoikeuden yleinen osa – vastuuoppi. Helsinki: Talentum.

Tenkanen, H. 2010. Hoitotyön vaativuus korostuu oikeuspsykiatriassa. Sairaanhoitajalehti. Viitattu 2.3.2015. <http://www.ebm-guidelines.com>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2011. Toimintakertomus ja tilinpäätöslaskelmat 1.1–31.12.2011, 51-54. Viitattu 13.2.2015. <http://www.thl.fi/>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Toimintakertomus ja tilinpäätöslaskelmat 1.1–31.12.2013, 41–43. Viitattu 2.3.2015. <http://www.julkari.fi>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Mielentilatutkimukset. Viitattu 1.12.2014. <http://www.thl.fi>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Oikeuspsykiatristen asioiden lautakunta. Viitattu 3.3.2015. <http://www.thl.fi>

Tiihonen, J. 2001. Oikeuspsykiatria. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen. (toim.) Psykiatria. Hämeenlinna: Duodecim.

Valtioneuvoston asetus vankeudesta 509/2006.

Vilkkä, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Virikko, H. 2015. Kirjallisen raportoinnin ohje. Tampereen ammattikorkeakoulu. Viitattu 18.3.2015.

https://intra.tamk.fi/documents/33617/0/Kirjallisen_raportoinnin_ohje2015.pdf/b3940d2e-796b-48b6-bc3d-41bd671ecb4e

LIITTEET

Liite 1. Aineistonhaku elektronisista tietokannoista

1(2)

Tietokanta/hakusana	Löytyi	Valittu
Arto:		
- Oikeuspsykiatria	60	1
- Mielenlilatutkimus	46	0
- Oikeuspsykiatria AND/OR mielenlilatutkimus	106	1
- Oikeuspsyk? hoito	3	0
	yht. 215	yht. 2
Aleksi:		
- Oikeuspsyk? hoito	30	4
- Oikeuspsykiatria AND mielenlilatutkimus	0	0
- Oikeuspsykiatria	88	2
- Mielenlilatutkimus	22	2
	yht. 140	yht. 8
OMA kirjastotietokanta		
- Oikeuspsyk? hoitotyö	3	1
- Oikeuspsykiatria	12	1
- Mielenlilatutkimus	2	1
- Criminal responsibility	23	2
	yht. 40	yht. 5

(jatkuu)

Cinahl:		
- Forensic psychiatry	155	1
- Forensic psychiatry OR criminal responsibility	161	1
- Criminal responsibility	6	0
	yht. 322	yht. 2
Pubmed:		
- Criminal responsibility AND forensic psychiatry	447	3
- Mandatory outpatient treatment	473	0
- Involuntary outpatient treatment	1030	0
	yht. 1950	yht. 3
Duodecim:		
- Oikeuspsykiatria	39	0
- Mielentilatutkimus	7	0
- Kriminaali	4	0
	yht. 50	yht. 0
Kaikki	yht. 2717	yht. 20

Liite 2. Opinnäytetyössä käytetyt tutkimukset

1(3)

Tutkimuksen tekijä(t) ja julkaisuvuosi	Tutkimuksen nimi	Tutkimusmenetelmä ja aineisto	Keskeiset tulokset
Gustaffson, E., Holm, M. & Flensner, G. 2012	Rehabilitation between institutional and non-institutional forensic psychiatric care: important influences on the transition process.	Kvalitatiivinen tutkimus. Kahden kuudesta oikeuspsykiatrista hoitoa antavasta henkilöstä koostuvaa ryhmää.	Siirtymää laitoksesta avohoitoon tukevia seikkoja olivat mm: hyvä hoitosuunnitelma, sopiva asumismuoto, räätälöity työpaikka, luotettava sosiaalinen verkosto, hyvä suhde tukihenkilöön. Potilaan tulee olla motivoitunut ja tietoinen sairaudestaan, sekä ymmärrettävä lääkityksen merkitys. Hoitotahojen välillä on oltava selkeät rajaukset.
Koskinen, L., Likitalo, H., Aho, J., Vuorio, O. & Mertoja, R. 2014	The professional competence profile of Finnish nurses practising in a forensic setting.	19 oikeuspsykiatriselle hoitajalle ja 15 osastonhoitajalle annettiin vuoden kestävä lisäkoulutus oikeuspsykiatriseen hoitotyöhön.	Hoitajat kokivat pätevyytensä lisääntyneen huomattavasti. Erityisesti potilaiden tarkkailu, auttaminen, opettaminen ja potilaista välittäminen parantuivat koulutuksen aikana.

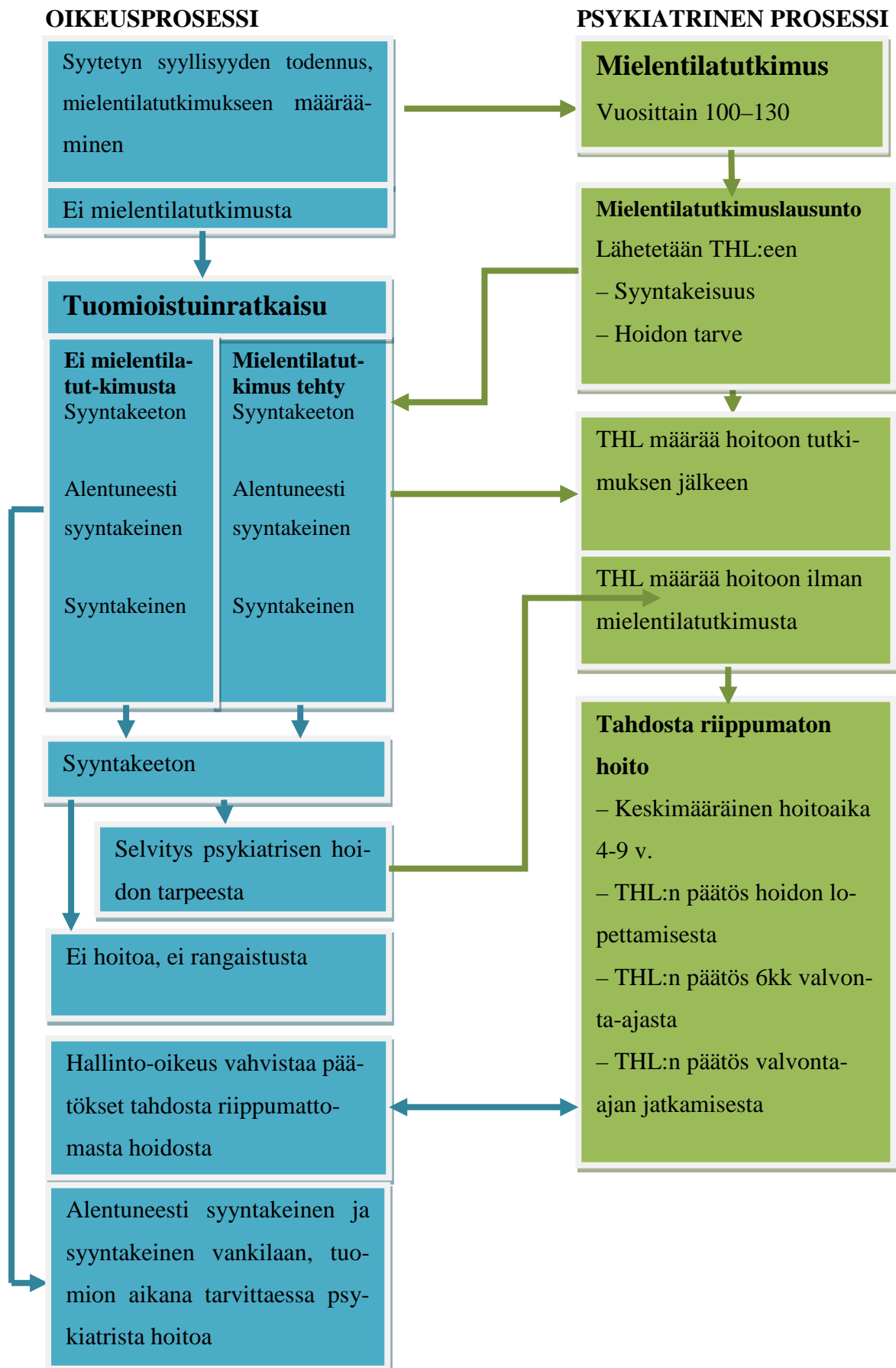
(jatkuu)

<p>Kuivalainen, S., Vehviläinen- Julkunen, K., Putkonen, A., Louheranta, O. & Tiihonen, J.</p> <p>2014</p>	<p>Violent behavior in a forensic psy- chiatric hospital in Finland: an analysis of vio- lence incident reports.</p>	<p>Tutkittu takautu- vasti 2007–2009 välillä tapahtuneita väkivaltatapauksia Niuvanniemen valtion mielisai- raalassa.</p>	<p>Kolmen vuoden aikana tapahtui 840 väkivaltata- pausta. Suurin osa tapah- tui vaikeasti hoidettavien siviilipotilaiden toimesta. Mielentilatutkimuksessa olevat käyttäytyivät har- voin väkivaltaisesti. Suu- rin osa (33 %) väkivalta- tapauksista tapahtui kun potilasta autettiin arjen toimissa. 24 % tapahtui ilman provokaatiota, 22 % kun potilasta pyy- dettiin tekemään jotain, 11 % kun potilaalta kiel- lettiin jotain, 4 % muu verbaalinen kommuni- kointi, 3 % muu provo- kaatio ja 3 % ei kategori- oitu.</p>
<p>Pitkänen, A., Silfver, P., Mä- kinen, M., Hieta- lahti, P., Alanen, S. & Kajander, M.</p> <p>2004</p>	<p>Potilaiden tyyty- väisyys elämän- laatuun ja itse- määräämisoikeu- teen</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus, puoli- strukturoitu kysely (SEIQoL-DW – mittari) 14 oikeus- psykiatrisen poti- laan haastattelu.</p>	<p>Potilaat olivat tyytyväisiä terveydentilaansa, kol- masosalla kipuja tai ah- distusta. Suurin osa koki voivansa tuoda ilmi omaan hoitoon liittyviä asioita.</p>

(jatkuu)

			<p>Lähes kaikkien mielestä hoidon perusta oli hoitohenkilökunnan kanssa yhteistä neuvottelua.</p> <p>Negatiivisia asioita oli mahdollisuus osallistua oman hoidon suunnitteluun, sekä ymmärtämättömyys potilaan asemaa koskevissa laeissa.</p>
--	--	--	--

Liite 3. Mielentilatutkimusprosessikaavio (Eronen, Seppänen & Kotilainen 2012, 1824, muokattu)



Liite 4. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin tulokset

