

POTILAAN TURVALLINEN KOTIUT- TAMINEN OIKEUSPSYKIATRISESTA SAIRAALASTA

Niuvanniemen sairaala

TEKIJÄT Anna-Karoliina Kiviaho
Iina Väisänen

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Tutkinto-ohjelma Mielenterveys- ja päihdetyön kehittäjä	
Työn tekijä(t) Anna-Karoliina Kiviaho & Iina Väisänen	
Työn nimi Potilaan turvallinen kotiuttaminen oikeuspsykiatrisesta sairaalasta	
Päiväys 2.10.2024	Sivumäärä/Liitteet 57/5
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Niuvanniemen sairaala	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Aihe potilaan turvallinen kotiutuminen oikeuspsykiatrisesta sairaalasta tuli työn tilaajalta, eli Niuvanniemen sairaalalta. Aihetta on käsitelty sairaalan strategiassa vuosille 2021-2024 ja päämääränä on kehittää toimintaa tukemaan monipuolisesti potilaiden oikeuspsykiatriseen avohoitoon siirtymistä. Pyrkimyksenä on, että kotiutuminen voitaisiin toteuttaa turvallisesti ja yhtenäisesti, ja yksiköiden välinen tiedonsiirto olisi varmistettua (Relander-Heiskanen 2022). Tämän myötä sairaalaan on perustettu työryhmä kehittämään kotiuttamisprosessia. Idea tähän opinnäytetööhön syntyi kyseisen prosessin myötä ja on siten myös osa organisaation ajankohtaista strategiaa.</p> <p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää hoitotyön näkökulmasta, millaisia asioita oikeuspsykiatrisessa sairaalahoidossa olevan potilaan kotiutumisessa on huomioitava, jotta siirtyminen jatkohoitoon tapahtuu turvallisesti. Tavoitteena oli varmistaa potilaslähtöinen, turvallinen ja laadukas siirtyminen jatkohoitoon. Varsinaisena kehittämistyönä ja tuotoksena valmistui työpajojen myötä tarkistuslista, jota hyödynnetään potilaan kotiuttamisessa.</p> <p>Tämän opinnäytetyön tutkimuksellinen osuus toteutettiin ryhmämuotoisena teemahaastatteluna, johon osallistui kuusi potilaiden kotiutumisesta kokemusta omaavaa ammattilaista. Osallistujat olivat hoitotyön, toimintaterapian, sosiaalityön ja psykologian ammattiryhmistä. Aineisto analysoitiin käyttäen induktiivista sisällönanalyyysiä. Kehittämistyönä valmistui työpajoissa luotu tarkistuslista, johon hyödynnettiin tutkimuksen tuloksia. Työpajoihin osallistuivat samat henkilöt kuin haastatteluun.</p> <p>Tärkeimmät tulokset olivat, että kotiuttamiset koettiin haastavina etenkin silloin, kun tieto kotiutumisesta tuli nopealla aikataululla. Tällöin myös potilaan ja hänen tukiverkostonsa osallistaminen on haastavampaa. Olisi myös tärkeää, että potilas ehtisi tutustua tulevaan asuinympäristöönsä jo ennen varsinaista kotiutumista. Myös tiedonsiirron koettiin olevan haastavaa, koska potilaiden hoitoajat ovat pitkiä ja siirrettävää tietoa on paljon. Valvonta-ajan kautta kotiuttamisen koettiin olevan suunnitelmallisempaa ja raportoinnin kattavampaa.</p> <p>Johtopäätöksinä voidaan todeta, että tutkimustulokset olivat yhteneväisiä aikaisempien tutkimusten kanssa. Tuloksia hyödynnettiin opinnäytetyön kehittämistyössä ja ne ovat edelleen hyödynnettävissä esimerkiksi muissa organisaatioissa ja siellä tehtävissä tutkimuksissa ja opinnäytetöissä. Kehittämistyönä valmistunutta tarkistuslistaa voidaan hyödyntää jatkossa Niuvanniemen sairaalan lisäksi eri organisaatioissa mukauttamalla listaa ympäristön mukaan. Jatkossa tutkimusta voisi laajentaa potilasnäkökulmaan ja muutaman vuoden päästä voisi tutkia uudestaan, kuinka tarkistuslista on toiminut käytännössä. Tarkistuslistaa voisi tulevaisuudessa muokata sähköiseen muotoon, jolloin se on helposti saavutettavissa kaikille kotiutumiseen osallistuville ammattilaisille. Jatkokehittämistoimina opinnäytetyön myötä ehdotettiin moniammatillista (etä)palaveria lähettävän ja vastaanottavan tahon välillä, kotiuttamishoitajaa jokaiselle osastolle ja psykososiaalista opasta kotiutuvalle potilaalle.</p>	
<p>Avainsanat</p> <p>Kotiutuminen sairaalasta, oikeuspsykiatrisen sairaala, sairaalasiirto, tarkistuslista, turvallinen kotiutuminen, kehittämistyö</p>	

Field of Study Social Services, Health and Sports	
Degree Programme Master´s Degree Programme of Mental Health Promotion and Substance Abuse Prevention	
Author(s) Anna-Karoliina Kiviaho & Iina Väisänen	
Title of Thesis Safe patient discharge from a forensic psychiatric hospital	
Date 2.10.2024	Pages/Appendices 57/5
Client Organisation /Partners Niuvanniemi Hospital	
<p>Abstract</p> <p>The topic of safe patient discharge from a forensic psychiatric hospital was assigned by the client, Niuvanniemi Hospital. This topic has been addressed in the hospital's strategy for the years 2021-2024, with the goal of developing practices to comprehensively support forensic psychiatric outpatient care. The aim is to ensure that the discharge process can be carried out safely and consistently, and that information transfer between units is secured (Relander-Heiskanen 2022). Consequently, a working group was established at the hospital to develop the discharge process. The idea for this thesis arose from this process and is thus part of the organization's current strategy.</p> <p>The purpose of this thesis was to explore, from a nursing perspective, what factors need to be considered during the discharge of a patient from forensic psychiatric hospital care to ensure a safe transition to follow-up care. The goal was to ensure a patient-centered, safe, and high-quality transition to further care. The main outcome of the development work was the creation of a checklist during workshops, which will be used to support the patient discharge process.</p> <p>The research portion of this thesis was conducted as a group thematic interview, with six professionals experienced in patient discharge participating. The participants represented the fields of nursing, occupational therapy, social work, and psychology. The data were analyzed using inductive content analysis. The checklist created during the workshops was based on the research results. The same individuals who participated in the interviews also took part in the workshops.</p> <p>The key results showed that patient discharges were perceived as challenging, especially when the discharge was scheduled on short notice. In such cases, involving the patient and their support network becomes more difficult. It was also considered important that the patient has the opportunity to familiarize themselves with their future living environment before the actual discharge. Information transfer was seen as a challenge due to the long treatment periods and the large amount of data to be transferred. Discharges during the supervision period were seen as more structured, with more comprehensive reporting.</p> <p>In conclusion, the research findings were consistent with previous studies. The results were used in the development work of this thesis and can also be utilized in other organizations and studies or theses. The checklist developed as part of the thesis can be used not only in Niuvanniemi Hospital but also in other organizations, with adaptations to suit the specific environment. In the future, research could be expanded to include the patient's perspective, and a follow-up study could be conducted a few years later to evaluate how the checklist has functioned in practice. The checklist could also be converted into an electronic format, making it easily accessible to all professionals involved in the discharge process. As a suggestion for further development based on this thesis, it was proposed to hold multidisciplinary (remote) meetings between the referring and receiving organizations, assign a discharge nurse to each ward, and provide a psychosocial guide for the discharged patient.</p>	
<p>Keywords</p> <p>Discharge from the hospital, forensic psychiatric hospital, transfer from the hospital, patient transfer, checklist, safe discharge from the hospital</p>	

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	6
2	OIKEUSPSYKIATRINEN HOITOTYÖ OSANA TURVALLISTA KOTIUTTAMISTA.....	8
2.1	Oikeuspsykiatrinen hoitotyö	8
2.2	Psykiatrinen hoitotyö ennen ja jälkeen oikeuspsykiatrisen hoidon	12
3	TURVALLINEN KOTIUTTAMINEN OIKEUSPSYKIATRISESTA SAIRAALASTA.....	14
3.1	Kotiuttaminen oikeuspsykiatrisesta sairaalasta	14
3.2	Oikeuspsykiatrisesta sairaalasta jatkohoitoon.....	18
3.3	Moniammatillisen yhteistyön merkitys	18
3.4	Potilaan osallisuus ja osallistaminen	20
3.5	Stigman merkitys potilaan kotiutumisessa	21
3.6	Potilasturvallisuuden merkitys kotiutumisessa	22
4	TYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	23
5	TYÖN MENETELMÄLLINEN TOTEUTUS.....	24
5.1	Tutkimuksellinen kehittämistyö.....	24
5.2	Kvalitatiivinen tutkimus.....	24
5.3	Ryhmämuotoinen teemahaastattelu.....	25
5.4	Induktiivinen sisällönanalyysi.....	26
5.5	Kehittämistyön kulmakivet	27
5.6	Työpajatyöskentelyn pääpiirteet	28
5.7	Tarkistuslista kehittämistyön tuotoksena	28
5.8	Kehittämistyön ympäristö.....	29
5.9	Eettisyys ja luotettavuus	30
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	32
6.1	Tutkimuksen suunnittelu.....	32
6.2	Tutkimuksen toteutus.....	32
6.3	Tulosten analysoinnin toteutus.....	33
7	TUTKIMUKSEN TULOKSET	34
7.1	Kiireetön ja moniammatillinen työskentely	34
7.2	Laadukas tiedonsiirto.....	35
7.3	Potilaan valmiudet kotiutua	37
7.4	Sosiaalinen verkosto ja ympäristö	39

8	KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTTAMINEN	41
8.1	Kehittämistarpeen tunnistaminen.....	41
8.2	Kehittämissuunnitelman kuvaus.....	41
8.3	Työpajojen toteutus	42
8.4	Tuotoksen käyttöönotto ja käytettävyyden arviointi.....	43
8.5	Valmis tuotos.....	44
9	POHDINTA	45
9.1	Johtopäätökset tuloksista.....	45
9.2	Tulosten pohdinta	46
9.3	Kehittämistyön arviointi	49
9.4	Tuotoksen hyödynnettävyys.....	50
9.5	Eettisyyden ja luotettavuuden toteutuminen	51
	LÄHTEET.....	52
	LIITE 1: TIEDOTE TUTKIMUKSESTA	58
	LIITE 2: SUOSTUMUS HENKILÖTIETOJEN KÄSITTELYSTÄ.....	60
	LIITE 3: SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA	62
	LIITE 4: RYHMÄMUOTOISEN TEEMAHAASTattelun runko	63
	LIITE 5: TARKISTUSLISTA.....	64

KUVALUETTELO

KUVA 1.	Potilaan moniammatillinen hoitoryhmä Niuvanniemen sairaalassa.....	19
KUVA 2.	Aineistolähtöinen sisällönanalyysi (mukaillen Tuomi & Sarajärvi 2018, luku 4).....	26
KUVA 3.	Kehittämistyön sykli (mukaillen Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014, 24)	28
KUVA 4.	Kiireetön ja moniammatillinen työskentely	34
KUVA 5.	Laadukas tiedonsiirto.....	35
KUVA 6.	Potilaan valmiudet kotiutua	37
KUVA 7.	Sosiaalinen verkosto ja ympäristö	39

1 JOHDANTO

Aihe potilaan turvallinen kotiutuminen oikeuspsykiatrisesta sairaalasta tuli työn tilaajalta. Niuvanniemen sairaalan strategiassa vuosille 2021–2024 on määritelty potilaiden hoidon ja tutkimuksen keskeisten prosessien uusimiset. Yksi sairaalan strategisista tavoitteista on kehittää sairaalan toimintaa tukemaan monipuolisesti potilaiden oikeuspsykiatriseen avohoitoon siirtymistä. Tästä syystä potilaiden turvallinen kotiutuminen on yksi kehittämiskohde sairaalan strategisissa päämäärissä. Tavoitteena on, että kotiutuminen voitaisiin toteuttaa turvallisesti, yhtenäisesti ja yksiköiden välinen tiedonsiirto olisi varmistettua (Relander-Heiskanen 2022). Uuden strategian myötä sairaalaan on perustettu työryhmä, jonka tehtävänä on kehittää kotiuttamisprosessia. Tämän opinnäytetyön idea syntyi kyseisen prosessin seurauksena ja on siten osa organisaation ajankohtaista strategiaa.

Potilaiden hoidon jälkeinen integroituminen ja toipuminen nähdään tärkeänä osana potilaan hoitoa ja kuntoutusta oikeuspsykiatrian alalla Suomessa. Isossa-Britanniassa kahdessa oikeuspsykiatrisessa sairaalassa tehdyssä tutkimuksessa liian nopea kotiutuminen nähtiin haasteena. Potilaat toivoivat nopeita kotiutumisia, kun taas henkilökunta koki nopeasti toteutuvien kotiutumisten olevan haaste riskienhallinnan ja riskikäyttäytymisen ehkäisyn osalta. Kotiutumiseen liittyvästä aikataulusta tulisikin neuvotella kaikkien osapuolten kanssa. Lisäksi potilaat kokivat, että kotiutumisen yhteydessä leimatuksi tulemisen pelko oli suuri. Ruotsissa useamman kymmenen vuoden aikana tehdyssä tutkimuksessa todettiin, että oikeuspsykiatrisesta sairaalasta kotiutuneista potilaista seuraavan neljän vuoden aikana kaksi kolmannelta joutui uudestaan sairaalahoitoon, noin yksi kolmannes kuoli nuorella iällä ja puolet loukkaantui väkivaltaisissa yhteenotoissa. Näihin eniten riskiä nostivat samanaikainen psykiatrinen sairaus ja päihdehäiriö. Myös persoonallisuushäiriön nähtiin olevan usein syynä etenkin väkivaltarikosten uhriksi joutumiseen ja sairaalahoidon uusiutumiseen. Tutkimuksessa nostettiin esille se, että hoitosuunnitelmassa tulisi huomioida potilaan kaikki psykiatriset sairaudet. (Askola, Louheranta & Seppänen 2022, 6; Coffey 2013, 1182–1184, 1186–1189, 1192; Fazel, Wolf, Fimińska & Larsson 2016, 1, 5, 7.) Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (2010, 1 luku 2 §) puolesta korostetaan yhteistyön parantamista eri toimijoiden, kuntien ja hyvinvointialueiden välillä. Lisäksi Sosiaali- ja terveysministeriö (2022, 24) painottaa uudessa asiakas- ja potilasturvallisuusstrategiassa ja toimeenpanosuunnitelmassa moniammatillisen yhteistyön ja tiedonsiirron tärkeyttä palveluiden kokonaisvaltaisen huomioimisen näkökulmasta.

Tämä opinnäytetyö on tutkimuksellinen kehittämistyö, jonka tarkoituksena oli selvittää hoitotyön näkökulmasta, mitä potilaan kotiutumisessa tulisi huomioida, jotta siitä saataisiin mahdollisimman turvallinen. Tavoitteena oli tukea potilaiden turvallista, laadukasta ja potilaslähtöistä siirtymistä Niuvanniemen sairaalasta jatkohoitoon. Tutkimuksellinen osuus toteutettiin kvalitatiivisena teemahaastatteluna. Varsinaisena kehittämistyönä valmistui työpajojen myötä tuotos, eli tarkistuslista, jota voidaan hyödyntää potilaan kotiuttamisessa. Opinnäytetyöhön päätettiin valita hoitotyön näkökulma, koska kotiuttamisprosessi jää usein pirstaleiseksi eikä moniammatillista yhteistyötä hyödynnetä riittävästi. Hoitohenkilökunnalla voi olla vaikeuksia muistaa tehdä ja selvittää kaikki tarpeelliset asiat ennen potilaan kotiutumista, sillä tieto potilaan siirtymisestä tulee usein

lyhyellä varoitusajalla. Myös tiedonsiirron eri yksiköiden välillä tulisi olla sujuvaa ja aukotonta, mutta tämä on usein haastavaa toteuttaa ilman selkeitä raameja.

Tässä opinnäytetyössä käytetään termiä kotiutuminen kuvaamaan potilaan siirtymistä jatkohoitoon. Kyseistä termiä käytetään yhtenäisenä käsitteenä koko työn ajan, jotta teksti olisi mahdollisimman selkeä ja ymmärrettävä. Potilaan siirtymistä oikeuspsykiatrisesta sairaalasta oman hyvinvointialueensa sairaalaan tai omalle kotipaikkakunnalle kutsutaan usein kotiuttamiseksi, vaikka hoito jatkuisikin edelleen sairaalassa tai kuntoutuskodissa. Lisäksi osa potilaista tarvitsee valvottuja olosuhteita lopun elämäänsä, jolloin oman hyvinvointialueen sairaalasta tai kuntoutuskodista tulee heidän pysyvä kotinsa.

Tuotoksena valmistuneelle tarkistuslistalle on nähty tarvetta työn tilaajana toimivan Niuvanniemen sairaalan puolelta. Tarkistuslista on tarpeellinen etenkin kuntoutusosastoilla, joilta potilaita kotiutuu useammin, mutta se hyödyttää myös suljettuja tutkimus- ja vakautusosastoja. Koska potilaiden kotiutumisen suunnitteluun jää usein vain vähän valmistautumisaikaa, saattaa tämä johtaa potilaan osallistamisen puutteeseen. Potilaiden hoitoajat ovat myös pitkiä, keskimäärin kahdeksan vuotta. Tämän ajanjakson aikana potilas on ehtinyt kotiutua Niuvanniemen sairaalaan ja sieltä siirtyminen on hänelle suuri elämänmuutos. Potilailla onkin usein haasteita siviilielämään sopeutumisessa pitkien hoitoaikojen jälkeen. Yleensä potilaat siirtyvät Niuvanniemen sairaalasta jatkohoitoon oman hyvinvointialueensa sairaalaan, kuntoutuskoteihin tai tuetun asumisen yksiköihin. Potilaita voi siirtyä myös suoraan omiin asuntoihinsa, mutta tämä on melko harvinaista.

2 OIKEUSPSYKIATRINEN HOITOTYÖ OSANA TURVALLISTA KOTIUTTAMISTA

2.1 Oikeuspsykiatrinen hoitotyö

Suomessa oikeuspsykiatria on oma erillinen erikoisalansa. Se tutkii kuinka häiriöt mielenterveydessä vaikuttavat yksilön käytökseen sekä kuinka on mahdollista ehkäistä ja hoitaa väkivaltaista käytöstä ja siihen sidoksissa olevaa rikollisuutta. Tieteellisen tutkimuksen näkökulmasta oikeuspsykiatria voi tutkimustuloksilla saada aikaan lainsäädännöllisiä näkökantoja, jolloin mielenterveyden häiriöiden vaikutus käytökseen otetaan huomioon jo lain säätämisen prosessissa. Riskitekijöiden havainnoiminen tutkimusten avulla on tavoitteena, jotta niistä voidaan tunnistaa aikaisemmat tapahtumat, jotka liittyvät väkivaltaiseen käyttäytymiseen ja rikolliseen toimintaan. Oikeuspsykiatrinen hoitotyö keskittyy tahdosta riippumattoman hoidon toteuttamiseen. Rikosoikeudellisesta näkökulmasta oikeuspsykiatria tuottaa arvioita mielentilatutkimuksen avulla syyntakeisuudesta (Tiihonen 2023a.) Oikeuspsykiatrisessa hoitotyössä yhdistyvät siis oikeusjärjestelmän tarpeet ja psykiatrinen hoitotyö.

”Jos edellytykset mielentilatutkimukseen määrätyn määräämiseen hoitoon hänen tahdostaan riippumatta ovat olemassa, kun mielentilatutkimus on toimitettu, Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen on määrättävä hänet hoitoon hänen tahdostaan riippumatta” (Mielenterveyslaki 1116/1990, 3 luku 17 §).

Suomessa mielentilatutkimuksia ja oikeuspsykiatrista hoitotyötä toteutetaan pääasiassa Niuvanniemen ja Vanhan Vaasan sairaaloissa, jotka ovat valtion alaisia organisaatioita. Näissä sairaaloissa myös hoidetaan hieman yli puolet niistä oikeuspsykiatrisista potilaista, jotka on määrätty mielentilatutkimuksen jälkeen hoitoon THL:n toimesta. Oikeuspsykiatriset potilaat ovat tahdosta riippumattomaan hoitoon määrättyjä, rikoksesta tuomitsematta jätettyjä henkilöitä. Oikeuspsykiatriset potilaat osoittavat yleensä oireita jo kauan ennen rikostaan, mutta he ovat usein jääneet hoitojärjestelmän ulkopuolelle riittämättömän varhaisen puuttumisen vuoksi. Näiden potilaiden moniongelmaisuus luo haasteita hoitojärjestelmälle, joka ei aina pysty tarjoamaan riittävän tehokkaita kuntouttavia toimenpiteitä vastaamaan heidän tarpeisiinsa. Pohjimmiltaan mielentilatutkimuksessa on tarkoitus selvittää moniammatillisen tiimin avulla, millainen rikoksen tehneen henkilön psyykinen tila on ollut rikoshetkellä. Mielentilatutkimuksen ja mahdollisen tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämisen jälkeen potilaan hoito jatkuu oikeuspsykiatrisessa sairaalassa yksilöllisen hoitosuunnitelman mukaisesti niin kauan, kun potilaan todetaan olevan vaarallinen itselleen tai muille. (Askola 2018, 5, 14, 15; Lindberg, Kaarre & Ahlgrén-Rimpiläinen 2022, 2076.)

Oikeuspsykiatrisilla potilailla on usein taustalla väkivaltaista käyttäytymistä ja suurin osa sairastaa skitsofreniaa, joka harvoin paranee täysin. Hoitamattomana psykoosisairaus voi aiheuttaa potilaassa väkivaltaista ja impulsiivista toimintaa. Päihteiden käyttö ja epäsosiaalinen persoonallisuus voivat lisätä tätä taipumusta. Tämän vuoksi turvallisuus on yksi hoidon kulmakivistä. Turvallisuutta pyritään lisäämään esimerkiksi erilaisten riskiarvioiden avulla. Potilaan hoitosuunnitelmaan liitetään aina yksilöllinen riskien arvio ja suunnitelma riskien hallinnasta. Riskiarvion tavoitteena on havaita kohonnut riski väkivaltaiseen käyttäytymiseen ja toisaalta tunnistaa myös vähäinen riski. Riskien

arvioinnissa on kyse myös potilasta suojaavista tekijöistä. Laajemmat riskien arvoinnit ovat ajankohtaisia varsinkin potilaan siirtyessä jatkohoitoon. Toimenpiteet auttavat varmistamaan, että hoitoa suunnittelevien ja pitkään toteuttaneiden vastuuhenkilöiden käsitykset ja vaikutelmat eivät estä potilaan kuntoutumista, rajoitteiden vähentämistä ja itsemääräämisoikeuden lisääntymistä. (Lindberg ym. 2022, 2076; Rautanen & Keski-Valkama 2024, 314.)

Oikeuspsykiatrisessa hoidossa hoidetaan potilaan psyykkistä sairautta sekä siihen mahdollisesti liittyvää riskikäyttäytymistä ja muita sairauksia, kuten päihdeongelmia. Oikeuspsykiatrinen hoito on näyttöön perustuvaa, eikä sen kestolle ole määritelty pituutta. Hoitosuunnitelma sisältää myös kuntouttavat toimenpiteet, esimerkiksi työterapian ja erilaiset ryhmät. Lisäksi sosiaalisten suhteiden ylläpitäminen ja uusien suhteiden solmiminen ovat tärkeitä. Myös potilaan taloudellisen toimeentulon varmistaminen on oleellista, ja psykiatrinen potilas tarvitsee usein apua etuuksien hakemisessa. Potilaat tarvitsevat yleensä jatkuvaa lääkehoitoa psykoosisairauteensa ja säännöllisiä tapaamisia ammattilaisten kanssa. Niuvanniemen sairaalassa keskimääräinen uloskirjoitetun oikeuspsykiatrisen potilaan hoitoaika on vuonna 2022 ollut 5 vuotta 4 kuukautta. (Kaarre, Laarni, Niinistö, Melander & Ahlgrén-Rimpiläinen 2022, 15, 16; Lindberg ym. 2022, 2076, 2077; Niuvanniemen sairaala julkaisuaika tuntematon a). Hyvinvointialueiden tarjoamaan lyhytkestoiseen psykiatriseen laitoshoitoon verrattuna oikeuspsykiatrinen hoito mahdollistaa kuntoutumisen edistämisen myös ajallisesti pidempään.

Jo oikeuspsykiatrisen hoidon alkuvaiheessa pyritään tähtäämään potilaan kuntoutumiseen siten, että potilas kykenisi hallitsemaan oireensa ja täten potilaan elämänlaatu paranisi. Lääkehoito on yksi tärkeä osa oikeuspsykiatrisen potilaan hoitoa. Potilaan tilan vakautuessa kuntoutumisessa tähdätään siihen, että potilas pääsisi palaamaan yhteiskuntaan ja normaaliin arkeen. Potilaan hoidon onnistumisen kannalta on tärkeää, että hoitotiimi ja potilas tutustuvat toisiinsa. Tämä mahdollistaa yksilöllisten varomerkkien tunnistamisen, jotka voivat ennakoida sairauden pahenemisvaiheita. (Lindberg ym. 2022, 2077.)

Oikeuspsykiatrisen sairaalahoidon ja sen jälkeisen ajan tavoitteet eivät eroa toisistaan, oli kyseessä sitten oikeuspsykiatrinen tai muulla statuksella hoidossa oleva potilas. Potilaiden toipuminen jatkuu myös oikeuspsykiatrisen hoidon päättymisen jälkeen. On myös näyttöä siitä, että oikeuspsykiatrisista palveluista kotiutetuilla potilailla on alhaisemmat rikoksen uusimisprosentit kuin monissa vertailuryhmissä. Tutkimuksen mukaan potilaat kokevat tärkeänä hoidon jatkuvuuden avohoidossa niin lääkityksen kuin terapiankin osalta. Huonosti toteutetut siirrot laitoshoidosta toiseen tai kotiin aiheuttavat potilaille haittaa, mahdollisen uuden sairaalakäynnin tai lisääntyneen riskin enneaikaiseen kuolemaan tai itsemurhaan. Näitä riskejä saataisiin vähennettyä toimenpiteillä, joilla kehitetään laitosten välistä yhteistyötä. (Fazel, Fimińska, Cocks & Coid 2016, 17; Li, Young & Williams 2014, 312; Lumén, Louheranta & Kuosmanen 2024, 124, 125–126.) Riskejä voitaisiin vähentää myös kiireettömillä kotiutuksilla, jotka toteutuvat valvonta-ajan kautta kotiutuvan potilaan kohdalla.

Oikeuspsykiatrisessa hoidossa on omat erityispiirteensä, joista yksi on valvonta-aika. Valvonta-aika toteutuu sairaala-alueen ulkopuolella ja tällöin harjoitellaan itsenäistä selviytymistä ja arkielämän taitoja. Valvonta-aika kuuluu virallisesti oikeuspsykiatrisen hoitoon ja on osa tahdosta riippumatonta hoitoa. THL päättää valvonta-ajalle päästämisestä sekä mahdollisista erityisehdoista. Valvonta-aikaa

voidaan ehdottaa sen jälkeen, kun potilas on onnistuneesti osallistunut yhteen tai useampaan enintään kolmen viikon pituiseen asumisharjoitteluun sairaalan ulkopuolella. Valvonta-ajan tarkoituksena on tukea potilaan siirtymistä sairaalahoidosta avohoitoon ja itsenäisempään elämään. Siirtyminen avohoitoon voi olla psyykkisesti kuormittavaa, joten potilaan toiminnallisia valmiuksia tulisi parantaa jo ennen asumisharjoittelua. Valvonta-ajan aikana potilas on edelleen psykiatrisessa hoidossa ja siihen kuuluu tiivis valvonta sekä kuntoutustoimenpiteet. Valvonta-ajalle tehdään hoitosuunnitelma yhdessä lääkärin ja hoitoryhmän kanssa, jonka toteutumista seuraa sovittu avohoidon yksikkö. Valvonta-aika toteutetaan yleensä alueella, jonne potilas on siirtymässä oikeuspsykiatrisen hoidon päätyttyä. Potilaan sairauden vaikeusaste huomioiden valitaan sopiva tukiasumisyksikkö, jonka tulee olla sellainen, jossa päivittäisissä toiminnoissa ohjaaminen onnistuu ja potilaan vointia voidaan seurata. Lisäksi yksikön tulee voida reagoida nopeasti potilaan terveydentilan muutoksiin ja mikäli potilaan psyykkinen tila heikkenee valvonta-ajan aikana, on oltava valmius siirtää hänet välittömästi takaisin osastohoitoon sairaalaan. Erilaiset asumismuodot ja tukipalvelut määritellään potilaan tarpeiden mukaan, mikä auttaa vähentämään riskejä ja tukee potilaan itsenäistymistä. Mikäli potilas asuu valvonta-ajan omassa asunnossa, tulee potilaalla olla riittävät valmiudet itsenäiseen selviytymiseen ja hoitokontaktin tulee olla riittävän tiivis. Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen vuoden pituisen seurantajakson aikana valvonta-ajalle siirretyistä potilaista 46 % oli tehostetussa palveluasumisessa, 44 % toisissa asumispalveluissa, ja 10 % asui omassa asunnossaan tai täysin itsenäisesti. Tämä ryhmä koostui sekä ensimmäistä kertaa valvonta-ajalle siirretyistä potilaista että useaan otteeseen jatkettun valvonta-ajan potilaista. Valvonta-aika voi kestää enintään puoli vuotta. Oikeuspsykiatrisen hoito lopetetaan potilaan tilan havainnoinnin ja tarkkailun perusteella, kun todetaan etteivät kaikki tahdosta riippumattoman hoidon kriteerit enää täyty. (Kaarre, Laarni, Niinistö, Melander & Ahlgrén-Rimpiläinen 2022, 13, 16, 17; Lindberg ym. 2022, 2077; Ojala & Seppänen 2024, 27; Rautanen, Brotherus, Soukkanen, Niinistö & Ahlgrén-Rimpiläinen 2015, 3395.)

Oikeuspsykiatriset potilaat, jotka elävät ympäristössä, jossa on ammattiapua tarjolla, pärjäävät todennäköisemmin paremmin kuin sellaiset, joiden läheltä ei vastaavaa tukea löydy. Tutkimuksen mukaan myös perheen asuinalueella voi olla epäsuotuisia vaikutuksia hoidon tuloksiin. Sosiaalisella verkostolla nähdään olevan suuri merkitys oikeuspsykiatrisen laitoshoidon päättyessä arjen täyttämiseksi. Ennen kuin avohoitoa harkitaan, heidän on sopeuduttava yhteiskunnan elämän mukanaan tuomiin erilaisiin haasteisiin. Jatkuva sosiaalinen tuki eri verkostoilta sisältäen perheen sekä ammattilaiset auttavat potilasta pitkän aikavälin katsonnassa yhteiskunnassa elämisessä. (Klinger, Ross & Bulla 2020, 6–7.) Potilaan ja omaisten tulisi siis olla tietoisia riskeistä, joita kotiutumiseen voi liittyä. Heille tulisi antaa myös selkeät toimintaohjeet, jos ongelmia kotiutumisen jälkeen ilmenee. Tärkeää olisi myös kontakti hoitohenkilökuntaan huolenaiheiden ja kysymysten varalta.

Valtion sairaaloissa voidaan hoitaa myös muualta lähetettyjä potilaita, joille mielentilatutkimus on suoritettu. Näiden potilaiden sairaudet ovat yleensä vakavia ja hoito on vuosien mittaista ja vaativaa. Potilaiden hoidon tarvetta arvioidaan säännöllisesti puolen vuoden välein mielenterveyslain 17. pykälän mukaisesti ja päätökset alistetaan hallinto-oikeuden käsittelyyn sairaalan sijaintikunnan perusteella. Potilaiden hoito valtion sairaaloissa tai mahdolliset siirrot toisiin sairaaloihin järjestetään

yhteistyössä potilaan oman hyvinvointialueen kanssa. (Ojala & Seppänen 2024, 27; Tiihonen 2023b.)

”Valtion mielisairaalassa suoritetaan 15 §:ssä tarkoitettuja mielentilatutkimuksia, ja sinne voidaan hyvinvointialueen sairaalan esityksestä ottaa hoidettaviksi mielisairaita ja muita mielenterveydenhäiriöitä potevia henkilöitä, joiden hoitaminen on erityisen vaarallista tai erityisen vaikeaa” (Mielenterveyslaki 1116/1990, 1 luku 6 §).

Vaaralliset ja vaikeahoitoiset potilaat ohjautuvat valtion oikeuspsykiatriin sairaaloihin hyvinvointialueiden läheteillä. Läheteiden taustalla on usein vakavaa itsetuhoista tai väkivaltaista käyttäytymistä sekä sen riskiä. Riski korostuu, kun väkivaltaa on kohdistettu hoitavan yksikön hoitohenkilökuntaan tai toisiin potilaisiin. Vaarallisten ja vaikeahoitoisten potilaiden hoito toteutetaan samoin menetelmin kuin oikeuspsykiatristen potilaiden hoito. Vaikeahoitoisten potilaiden keskimääräinen hoitoaika Niuvanniemen sairaalassa vuonna 2022 oli 5 vuotta 11 kuukautta. Vielä erillisen potilasryhmän muodostavat vankilassa pitkäaikaiseen psykoosiin sairastuneet vangit, joiden hoito valtion sairaaloissa on erityisen haastavaa tai vaarallista. Heille tehdään päätös tuomion täytäntöönpanon keskeyttämisestä, jotta heidän hoitonsa voidaan toteuttaa asianmukaisessa ympäristössä vankilan ulkopuolella. (Niuvanniemen sairaala julkaisuaika tuntematon b; Ojala & Seppänen 2024, 27, 28.)

Hoidossa keskitytään psykiatriseen hoitoon oikeudelliset kysymykset huomioiden siten, että potilas kuntoutuisi mahdollisimman turvallisesti ja tehokkaasti. Kuntoutumisessa tulisi tähdätä potilaan jatkohoitoon siirtymiseen ja siihen, että potilasta osallistetaan aktiivisesti kuntoutusprosessiin. Potilasta ja hänen omaisiaan informoimalla ja osallistamalla parannetaan hoitomyöntyvyyttä ja hoidon tuloksia. Jotta potilaan siirtyminen jatkohoitoon olisi mahdollisimman jatkuvaa ja turvallista, tulisi yhteistyötä tehdä myös psykiatrasta hoitotyötä suorittavien tahojen kanssa. Henkilö, jonka historiassa on väkivaltaista käyttäytymistä psykiatrisen oireilun aikana, on suuremmassa riskissä tehdä uusi väkivallanteko verrattuna sellaiseen psykiatriseen potilaaseen, joka ei ole aikaisemmin ollut väkivaltainen. (Lindberg ym. 2022, 2079)

Oikeuspsykiatrinen hoito on haasteellinen potilaiden perspektiivistä, koska se ei pohjaudu yksilön vapaaseen tahtoon. Rajoittavana tekijänä oikeuspsykiatriset potilaat ovat tuoneet esille lakien ja säännösten vähentävän heidän edellytyksiään vaikuttaa hoidon kulkuun. Hoitava taho koetaan sääntöjen osalta ammattilaisina, jotka rajoittavat potilaan hoitoon vaikuttamisen ja laitoshoidon ulkopuolisten haasteiden kontrolloinnin mahdollisuuksia. Ammattilaiset voivat kuitenkin tukea potilaita osallistumaan omaan hoitoonsa olemalla sitoutuneita työhönsä ja ohjaamalla heitä terveyden ja elämänhallinnan edistämiseen. Vaikuttamisen mahdollisuus hoidon suunnittelussa ja yksilön huomioon ottaminen nähdään toipumista edistävänä tekijänä ja helpottavan oikeuspsykiatrisen hoidon vaihtumista vapaasta tahdosta olevaan hoitoon. (Waxell & Wiklund Gustin 2022 457–460.)

Oikeuspsykiatrinen hoitotyö on myös ammattilaisille vaativaa ja monipuolista ja sen haasteena on tasapainotella yhteiskunnan turvallisuuden, potilaan oikeuksien ja hoidon tarpeiden välillä. Hoitotyön henkilöstön näkökulmasta vakavaa mielisairautta sairastavan rikoksen tekijän hoitaminen voi

aiheuttaa eettisiä haasteita. Hoitajan tulee olla tietoinen potilaan kokemuksista ja yrittää asianmukaisesti vastata niihin. Parhaiten potilaan tarpeisiin hoitaja voi vastata itsereflektiolla ja tunteiden säätelyllä sekä tarvittaessa ottamalla etäisyyttä. (Hammarström, Häggström, Devik & Hellzen 2019, 1.)

Kokonaisuutena oikeuspsykiatrinen hoito ja kotiutuminen hoidon päätyttyä on prosessi, joka on tehty potilaan tarpeisiin ja sen tulee varmistaa hänen hyvinvointinsa ja turvallisuutensa yhteiskunnallista näkökulmaa huomiotta jättämättä. Hoidon kesto on yleensä pitkä, koska potilaiden tilan vakauttaminen ja riskien pienentäminen ovat aikaa vievää. Kotiuttaminen oikeuspsykiatrisesta hoidosta on ajankohtaista vasta sitten kun potilaan tila on arvioitu tarpeeksi vakaaksi ja riskienhallinnan näkökulmasta riskikäyttäytymisen vaaraa on saatu pienennettyä.

2.2 Psykiatrinen hoitotyö ennen ja jälkeen oikeuspsykiatrisen hoidon

Oikeuspsykiatrisen sairaalan potilaista noin puolet ovat olleet psykiatrisen hoitotyön piirissä ennen oikeuspsykiatriseen sairaalaan päättymistä. Oikeuspsykiatrisesta sairaalasta kotiutuvista melkein kaikki siirtyvät psykiatrisen hoitotyön piiriin kotiuduttuaan. Psykiatrasta hoitotyötä toteutetaan erilaisissa organisaatioissa, jotka vastaavat palveluiden toteutuksesta. Asiakassuhteet sekä hoidon ja kuntoutuksen muodostuminen riippuvat organisaatioiden rakenteista. (Rissanen 2007, 48.) Myös henkilökunnan koulutuksella ja osaamisella on iso rooli potilaan hoidossa. Ammattilaisten tulisi päivittää omaa osaamistaan erilaisten koulutusten avulla.

Psykiatrinen hoitotyö jakautuu kolmeen eri vaiheeseen, edistävään, ennaltaehkäisevään ja korjaavaan hoitotyöhön. Mielenterveyttä edistävässä vaiheessa hyvää mielenterveyttä pidetään yllä positiivisella mielenterveyden vahvistamisella, riskitekijöiden vähentämisellä ja suojaavien tekijöiden lisäämisellä. Huomiota kiinnitetään etenkin potilaisiin, joilla riski mielenterveyden järkkymiseen on olemassa. Ennaltaehkäisyssä tärkeintä on tunnistaa ja torjua mielenterveyttä uhkaavat tekijät, tunnistaa sairauden esiioireet eli varomerkit sekä järjestää hoito nopeasti siten, ettei mielenterveyden häiriö pääse kroonistumaan tai siirtymään esimerkiksi potilaan läheisiin. Varhaisen hoidon tarkoituksena on ehkäistä ensimmäistä diagnoosia ja häiriön puhkeamista sekä lyhentää potilaan toipumisaikaa. Useimmat potilaat hakeutuvat kuitenkin hoitoon vasta siinä vaiheessa, kun heidän oireilunsa heikentää elämänlaatua. Tässä vaiheessa tarvitaan jo usein korjaavaa hoitotyötä. Korjaavan hoitotyön nähdään jakautuvan kolmeen vaiheeseen, joita ovat tutkimus, hoito ja kuntoutus. Tarkoituksena on lieventää potilaan oireilua ja pitää toimintakykyä yllä mahdollisimman paljon. Korjaavassa hoitotyössä eniten kustannuksia aiheutuu työkyvyttömyydestä, kuolleisuudesta ja huonontuneesta elämänlaadusta. Työ- ja toimintakyvyn palauttamisen nähdäänkin olevan iso osa korjaavaa hoitotyötä. (Kuhanen 2017, 29–32.) Tämän opinnäytetyön kannalta korjaavan työn vaihe on oleellisin.

Hoitojakson nähdään olevan kestoaltaan määräaikainen riippuen potilaan hoidon tarpeesta, hoidon vaikuttavuudesta ja potilaan omasta motivaatiosta hoitoon. Osa potilaista tarvitsee psyykkisen vointinsa vuoksi akuuttia hoitoa sairaalassa. Vaikeahoitoisten potilaiden odotusaika asianmukaiseen hoitoon on yhdestä kahteen kuukautta, ja odotusajalle ei ole mahdollista saada korvaavaa hoitopaikkaa. Potilaan kanssa tulisi hoidon alussa käydä läpi hoitoon osallistuvat yhteistyötahot ja

hoitojaksolle tulisi luoda selkeät tavoitteet. Näin saadaan luotua potilaalle turvallisuutta ja ennakoitavuutta sekä autetaan potilasta hahmottamaan osallisuuden merkitys omassa hoidossa. Terveystieteiden tutkimuksen tiimin kokemuksella on iso merkitys. Jos kotiuttamisen toteutuksessa on mukana vähemmän kokeneita henkilöitä, tulisi kotiuttavalla organisaatiolla olla selkeät standardit, rutiinit, ohjeet ja koulutus. (Cresswell, Hart, Suchanek, Young, Leaver & Hibbs 2015, 3; Vuorilehto, Larri, Kurki & Hätönen 2014, 66.) Psykiatrisessa hoitotyössä olennaista onkin moniammatillinen yhteistyö. Tällä varmistetaan hoidon jatkuvuus huomioiden, että potilaan hoito on kokonaisvaltaista ja tiedon siirto tehokasta. Myös hoitopolku ja sen mukaisesti saumaton siirtyminen hoidossa eteenpäin ovat tärkeitä asioita.

Toisinaan vaikeahoitoisuus ilmenee kuitenkin vasta hoitojakson päättymisvaiheessa päihteiden käytön tai lääkkeiden käyttämättä jättämisen vuoksi. Tämän takia mielenterveys- ja päihdetyön integroinnin merkitys, hyvät toimintamallit ja jatkuvuus korostuvat. Lisäksi vaikeahoitoisten potilaiden ryhmä tulisi ottaa huomioon jo asumispalveluita suunniteltaessa. Vuonna 2021 on tehty tutkimus, jonka mukaan valtion mielisairaaloissa jo 40–50 % sairaansijoista on käytössä vaikeahoitoisilla potilailla ja tarve olisi vielä suurempi. Vaikeahoitoisten potilaiden määrän lisääntyminen valtion mielisairaaloissa vähentää oikeuspsykiatristen potilaiden sairaansijojen määrää (Kärkkäinen 2021; Linnaranta 2022, 2–3.) Potilaalle tulisikin jo valmiiksi järjestää tarvittavat palvelut ja tukitoimet myös sairaalan ulkopuolelta. Potilaalle tulisi olla mahdollista järjestää seurantakäyntejä ja tarpeen vaatiessa voinnin uudelleenarviointi nopeallakin aikataululla. Potilaalle ja hänen läheisilleen olisi hyvä antaa yhteistiedot ja toimintaohjeet potilaan voinnin heikkenemisen varalle.

3 TURVALLINEN KOTIUTTAMINEN OIKEUSPSYKIATRISESTA SAIRAALASTA

3.1 Kotiuttaminen oikeuspsykiatrisesta sairaalasta

Viimeisten vuosikymmenten aikana psykiatrinen sairaansijojen vähentyminen Suomessa on johtanut siihen, että akuuteissakaan tilanteissa potilaille ei ole tarjota osastopaikkaa. Tämän vuoksi osastoilla olevia potilaita joudutaan kotiuttamaan liian varhain, joka johtaa usein uusiutuviin sairaalajaksoihin. Vuonna 2012 psykiatrisesta sairaalasta kotiutuvista noin 40 % on palannut sairaalahoitoon kotiutumisensa jälkeen. Syynä on usein suunnittelematon kotiuttaminen, jolloin hoidon jatkuvuus katkeaa. Hoidon jatkuvuuden on kotiuttamisen yhteydessä todettu kertovan laadukkaista ja toimivista palveluista. Suurin riski sairaalahoitoon palaamiseen on ensimmäisten viikkojen aikana kotiuttamisesta, joten avohoidon tulisikin alkaa heti sairaalasta kotiuttamisen jälkeen. Jo yhden avohoitokäynnin on todettu pienentävän merkittävästi sairaalahoitoon palaamisen riskiä. Jotta yhä harvempi palaisi sairaalahoitoon, tulisi eri tasoisten palvelujen välillä tehdä yhteistyötä asiakaslähtöisesti ja riittävän varhaisessa vaiheessa. Riittävillä ja oikea-aikaisilla resursseilla, kapasiteetilla, hoitovalikoimalla ja yksiköiden kouluttamisella hoito saadaan suunniteltua näyttöön perustuvasti. Tällöin myös yhteistyö ja konsultaatiotuki eri yksiköiden ja hoitotasojen välillä on laadukasta ja jatkuvaa. Suoraan potilaiden tarpeista avohoitoon kehitettävillä palveluilla hoidosta saadaan tuloksellista. (Allister ym. 2012, 117, 128; Cresswell-Smith, Haaramo & Wahlbeck 2019; Linnaranta 2022, 1; Sosiaali- ja terveysministeriö 2019, 239.)

Potilaiden näkemykset ja toiveet ovatkin kotiuttamista kehitettäessä tärkeitä ja potilaat kokevat kotiuttamisen merkittävänä osana hoitoa. Pahimmillaan potilaat ovat kokeneet kotiutumisen yhteydessä ahdistusta ja epävarmuutta. Potilaat tuntevat helposti jäävänsä vaille riittävää hoitoa tai menettävänsä tärkeän hoitosuhteen kotiuttamisen myötä. Jotta kotiuttamisesta saataisiin mahdollisimman turvallista ja potilaslähtöistä, tulee sekä potilasta että hänen läheisiään osallistaa hoitoon. Kotiuttamista tulee alkaa suunnitella mahdollisimman aikaisessa vaiheessa, mieluiten jo hoidon alussa. Kotiuttamisen yhteydessä potilaan läheisten tulee tietää riittävästi potilaan voinnista ja hoidosta sekä siitä, minne ottaa yhteyttä voinnin heikkenemisen tai kriisitilanteen ilmetessä. Potilaan omat ajatukset, huolet ja toiveet kotiuttamiseen liittyen tulee huomioida ja potilaan kanssa tulee keskustella myös negatiivisista tunteista, joita kotiuttamisen yhteydessä saattaa ilmetä. Potilaalle annetun informaation tulee olla mahdollisimman selkeää ja sisältää tieto siitä, kuinka hoitoon pääsee palaamaan takaisin. Avohoitoon tulee sopia seuranta-aika 72 tunnin sisälle siitä, kun potilas kotiutuu sairaalasta. Lisäksi potilaalla tulee olla yhteystiedot, joista hän saa tarpeen tullen apua vuorokauden ympäri. Potilasta tulee informoida tahoista, joista hänellä on oikeus saada tukea. Ennen kotiuttamista potilaan kanssa tulee pitää neuvottelu kotiuttamisesta sekä laatia yksilöllinen kotiutussuunnitelma. Potilaalle tulee antaa tieto kotiuttamisesta vähintään 48 tuntia aikaisemmin. Myös hoitohenkilökunnan näkemyksen mukaisesti kotiutuminen oli turvallisinta, kun tieto kotiutumisesta saatiin riittävän ajoissa ja valmistautuminen pystyttiin aloittamaan ennakkoon. (Allister ym. 2012, 116, 117, 124–126; Suvinen & Voutilainen 2016, 24.)

Potilaiden kotiutumiseen liittyvät tunteet vaihtelivat ilon ja helpotuksen tunteista ahdistukseen ja pelkoon siitä, että toipuminen ei enää etene. Yhteisöön paluu sairaalan ulkopuolelle koettiin hitaana ja tarvittavan tuen vastaanottaminen oli vaikeaa. Toipuminen kotiutumisen jälkeen koettiin

katkeamattomana kokonaisuutena, jossa kohtasi edelleen ihmisiä, jotka olivat akuutimmassa kuntoutumisvaiheessa. Tavanomaiseen elämään palautuminen kotiutumisen jälkeen nähtiin nopeampana, kun toiset ihmiset kohtelivat vastaajaa tavallisesti. Toisten ihmisten tietämättömyyden koettiin ylläpitävän psykiatristen sairauksien leimaa ja vastaajat tunsivat tulleen tuomituiksi ja määritellyiksi sairautensa perusteella. Turvaverkosto nähtiin potilaiden näkökulmasta tärkeänä ja jo yhdenkin tukihenkilön koettiin olevan merkittävä osa toipumista. (Redding, Maguire, Johnson, & Maguire 2017, 571–574.)

Kotiutuminen nähdäänkin monimutkaisena kokonaisuutena, joka sisältää useita haasteita liitettynä potilaisiin, jotka ovat eriasteisen tuen tarpeessa. Kotiutumista voidaan pilkkoa pienempiin osiin potilaiden tilanteen tai sairaalan ja jatkohoidon rakenteen mukaisesti. Pitkänien psykiatrisessa sairaalassa tehdyssä tutkimuksessa kotiutuminen jaettiin kolmeen pääluokkaan, joita ovat kotiutuksen toteutuminen sairaalassa, turvallinen kotiutus ja kotiutusprosessin kehittäminen. Toisaalta taas Ruotsissa kotiutuvat potilaat jaettiin neljään erilliseen ryhmään kotiutumisen jälkeen tarvittavan tuen mukaisesti. Ryhmittely tapahtui esimerkiksi potilaan iän tai sairaalahoidon keston perusteella tai sen mukaan, liittyikö hoitoon rikosoikeudellisia tekijöitä. Yli puolet kotiutuvista potilaista kuului kyseisen tutkimuksen mukaisesti korkeimman tuen ryhmään. Päijät-Hämeessä tehdyssä tutkimuksessa kotiutumista lähdettiin pohtimaan jatkuvuuden näkökulmasta. Kehitettäväksi kohdiksi nostettiin yksiköiden ja ammattiryhmien välinen tiedonsiirto. Myös Pitkänienessä todettiin avohoidon ja sairaalan välisessä yhteistyössä kehittämisen tarvetta. Toisaalta myös tietoa kunnan tuottamista palveluista ja avohoidon henkilöstöstä toivottiin lisää. Pitkänienessä tehdyn tutkimuksen tulokset korostivat myös sekä sairaalan sisäisen että avohoidon ja sairaalan välisen saumattoman yhteistyön kehittämisen tarvetta. Sairaalassa havaittiin puutteita myös tiedoissa avohoidon henkilöstöstä ja kunnan tuottamista palveluista. (Koskinen & Nurmi 2019, 2; Noland, Klötz Logan, Sjöström & Strandh 2023, 1; Vilander & Dahl 2020, 22.)

Etelä-Karjalan keskussairaalassa tehdystä tutkimuksesta käykin esille, että psykiatrisia palveluita on ollut käytettävissä matalalla kynnyksellä, mutta niitä ei ole tarpeeksi tarjottu asiakkaille. Osastoilla on informoitu avohoidossa tarjottavista palveluista, mutta tieto on ollut riittämätöntä. Kotiutumiset avohoitoon ovat olleet kokemusten mukaan positiivisia, mutta asiakkaat ovat olleet vailla riittävää tukea avohoidon ajanvarausten viivästymisen takia. Myös Päijät-Hämeessä tehdyssä tutkimuksessa nostettiin esille ongelma palveluiden ruuhkautumisesta. Mahdollisuudet varata aikoja avohoidon puolelta on tuotu esille puutteellisina ja joustamattomina. Toisaalta Pitkänien sairaalassa osa potilaista joutui kotiutumaan ilman informaatiota avohoitoon varatuista ajoista. Osaston ja avohoidon välistä yhteistoimintaa ja tiedonsiirtoa on toivottu lisääväksi niin Etelä-Karjalassa kuin Varkaudessakin. Sairaalan ja avohoidon välillä on harvoin käytössä samaa tai toistensa kanssa keskustelemaa potilastietojärjestelmää, joka on nähty raportoinnin ja kirjaamisen kannalta heikkoutena. Suullinen raportti nähdään edelleen olennaisena osana potilaan kotiutumista. Hoidon jatkuvuuden kannalta onkin nähty positiivisena avohoidon palveluiden keskittäminen samaan paikkaan. Potilaat ovat toivoneet avohoidolta kotiin tuotavia ja verkossa tuotettavia palveluita. (Kontiainen & Korpinen 2018, 20–25; Vilander & Dahl 2020, 21–24; Koskinen & Nurmi 2019, 2; Suvini & Voutilainen 2016, 24–26.)

Suomessa vuonna 2022 julkaistussa tutkimuksessa tutkittiin Suomessa tarjottavien oikeuspsykiatristen palvelujen puutteita ja kehittämisen tarpeita. Tutkimuksessa nousi esille tarve kehittää palveluja kolmen teeman mukaisesti. Ensimmäisessä teemassa nousi esille oikeuspsykiatrista hoitoa edeltävä vaihe, jossa vaaditaan jo yleispsykiatrian kentältä lähtien riskinarviointitaitoja ja tietoisuutta riskeistä. Toinen teema keskittyi laitoshoidon liittyvään terapeuttiin turvallisuuteen, jossa kehitettävänä kohteena nähtiin terapeutin osallistuminen ja sitoutuminen koko kuntoutusprosessin ajan. Kolmantena teemana nostettiin esille hoidon jälkeinen integroituminen ja toipuminen, jossa kehitettävänä kohteena oli järjestelmällinen ja vaikuttava jälkihoito. (Askola, Louheranta & Seppänen 2022, 6.)

Isossa-Britanniassa kahdessa oikeuspsykiatrisessa sairaalassa tehdyssä tutkimuksessa tutkittiin kotiutumiseen liittyvän valmistelun ja hoidon jälkeisen seurannan merkitystä potilaiden ja heitä hoitavan henkilökunnan näkökulmasta. Tutkimuksessa tuli ilmi liian nopean kotiutuksen olevan haasteena ja kotiutumiseen liittyvästä aikataulusta ja sen vaiheista olisikin hyvä neuvotella kaikkien osapuolten kanssa. Aikataulu nostettiin esille useammassa vaiheessa tutkimuksen aikana niin potilaiden kuin henkilökunnankin osalta. Potilaat itse toivoivat kotiutumisten toteutuvan nopeasti, mutta henkilökunnalle nopeat kotiutukset olivat haastavia riskien hallinnan ja riskikäyttäytymisen ehkäisyn osalta. Mikäli kotiutumisen aikatauluun tuli muutoksia hoitojärjestelmän, eikä potilaaseen liittyvien syiden vuoksi, tulisi potilaita informoida asiasta. Näissä tilanteissa potilaat kokivat edistymisen katkenneen ja odotusten rikkoutuneen, mikäli asiasta ei käyty suoraa keskustelua. Lisäksi potilaat kokivat, että leimatuksi tulemisen pelko oli suuri. (Coffey 2013, 1182–1184, 1186–1189, 1192, 1193.)

Oikeuspsykiatrisesta sairaalasta kotiutuvien potilaiden uusintarikollisuudesta ei ole vielä tehty montaa tutkimusta. Jotta tulevaisuudessa pystytään ehkäisemään uusintarikollisuutta ja kehittämään parempia riskinarviointi- ja hallintakeinoja, tulisi aiheesta saada entistä enemmän tietoa. Lisätiedoilla uusintarikollisuutta voitaisiin alkaa ehkäistä jo hyvissä ajoin esimerkiksi poliisin ja sosiaalityöntekijöiden toimesta. Lisäksi aihetta tutkimalla voidaan helpottaa myös mielenterveysalan ammattilaisten työskentelyä. Potilasta kotiuttaessa on otettava huomioon vakavan uusintarikollisuuden riski potilaan kohdalla. Esimerkiksi Ruotsissa vuosina 2009–2018 tehdyssä tutkimuksessa järjestelmän todettiin toimivan kohtuullisen hyvin, koska uusintarikokset olivat pääasiassa lieviä. Kuitenkin noin 75 % oikeuspsykiatrisesta sairaalasta kotiutuneista uusi rikoksensa. (Noland, Strandh & Klötz Logan 2022, 1, 2, 8, 9.)

Ruotsissa vuosina 1973–2009 tehdyn tutkimuksen mukaan väkivaltarikokset, sairaalahoidon uusiutuminen ja ennen aikainen kuolema ovat oikeuspsykiatrisen potilaan kohdalla yleisiä potilaan kotiutumisen jälkeen. Kotiutuvista potilaista vähintään kaksi kolmesta joutui uudestaan sairaalahoitoon, noin kolmannes kuoli ennen aikaisesta ja lähes puolet potilaista loukkaantui väkivaltaisesti reilun neljän vuoden kuluessa sairaalahoidon päättymisestä. Tutkimuksessa nousi esille viisi diagnostista luokitusta, jotka nostivat riskiä kotiutumisen jälkeiseen ongelmakäyttäytymiseen. Näitä ovat masennus, skitsofrenia liitännäissairauksineen, päihdehäiriö, kaksisuuntainen mielialahäiriö ja erilaiset persoonallisuushäiriöt. Eniten riskiä nostivat samaan aikaan esiintyvä psykiatrinen sairaus ja päihdehäiriö, joista etenkin päihdehäiriö ensisijaisena diagnoosina

oli merkittävä tekijä. Persoonallisuushäiriön nähtiin johtavan usein potilaan uudelleen sairaalaan joutumiseen sekä väkivaltarikosten uhrina olemiseen. Potilaan hoitosuunnitelmassa tulisikin kiinnittää huomiota kaikkiin potilaan psykiatriin sairauksiin. (Fazel, Wolf, Fimińska & Larsson 2016, 1, 5, 7.)

Japanissa tehdyn tutkimuksen mukaan oikeuspsykiatrisesta sairaalasta kotiutuvista potilaista 21,8 % joutui uudestaan sairaalahoitoon puolen vuoden kuluessa hoidon päättymisestä. Vuoden kuluessa potilaista 37,6 % oli joutunut uudelleen sairaalahoitoon. Aiempi sairaalahoidon historia ja päihdeongelma ovat riskitekijöitä potilaan ongelmakäyttäytymiselle kotiutumisen jälkeen, joten näiden potilaiden seurantaa tulisi jatkaa avohoidossa. Potilaat, jotka siirtyivät poliklininisesta hoidosta yhteisöön sairaalajakson kautta, uusivat rikoksen todennäköisemmin kuin suoraan poliklinikalta yhteisöön siirtyneet potilaat. Nämä potilaat joutuivat myös useammin takaisin psykiatriseen sairaalahoitoon. Osastohoidon jälkeen poliklinikalla tehdään kriisisuunnitelma riskienhallinnan tueksi. (Nagata ym. 2019, 157, 158, 163.)

Uudessa-Seelannissa tehtiin vuosina 1990–2010 tutkimus, johon osallistui 364 oikeuspsykiatrista potilasta. Heistä kotiutettiin tänä aikana 197 potilasta, joista 85 pääsi kotiutumaan ilman valvonta-aikaa. Valvonta-ajalle kotiutuneita potilaita seurattiin kotiutumisen jälkeen keskimäärin 8,4 vuotta. Valvonta-ajalle kotiutuneista potilaista yksi neljännes joutui valvonta-ajalla takaisin sairaalaan, 18 % uusi seuranta-ajalla rikoksensa ja 3,1 % joutui myöhemmin uudestaan oikeuspsykiatrisen hoidon piiriin. Ilman valvonta-aikaa kotiutuneista potilaita seurattiin keskimäärin 7,6 vuotta, jonka aikana heistä 12,5 % uusi rikoksensa, heistä kukaan ei joutunut uudestaan oikeuspsykiatrisen hoidon piiriin. Tutkimuksen mukaan oikeuspsykiatristen potilaiden hoito ja kuntoutus yhdessä Mielenterveyden arviointituomioistuimen linjaamien menettelytapojen kanssa suojaa yhteiskuntaa oikeuspsykiatristen potilaiden uusintarikoksilta. (Hayes, Kemp, Large & Nielssen 2014, 259.)

Oikeuspsykiatrisen hoidon päätyttyä onkin tärkeää, että kontakti jatkohoitopaikkaan jatkuu riittävän pitkään. Riittävän pitkäjänteisellä yhteistyöllä potilaan kanssa voidaan ehkäistä sairauden pahenemisvaiheita. Kun oikeuspsykiatrinen potilas on siirtymässä avohoitoon, on perusteellisesti laaditulla hoitosuunnitelmalla suuri merkitys. Hoitosuunnitelmaa tehtäessä tulisi käyttää hyödyksi laajaa asiantuntemusta, kuten mielentilatutkimuksessa hoidon alkuvaiheessa. On tärkeää huomioida yhteistyössä potilaan kanssa sairauden pahenemisvaiheen varomerkit ja pahenemisvaiheilta suojaavat henkilökohtaiset vahvuustekijät. Varomerkkien ja vahvuustekijöiden löytymiseksi Niuvanniemen sairaalassa enemmistölle potilaista tehdään START-arvio viimeistään ennen kotiutumista. Kyseinen termi muodostuu sanoista Short Term Assessment of Risk and Treatability. START-arviolla pyritään selvittämään riskejä, joita mielenterveysongelmista kärsivä joutuu todennäköisimmin kohtaamaan. Näitä riskejä voivat olla esimerkiksi väkivalta, itsetuhoisuus ja päihteiden käyttö. Arvion avulla potilaan riskiluokaksi määritellään matala, kohtalainen tai korkea. Arviota hyödynnetään myös potilaan vahvuuksien ja kriittisten haavoittuvuuksien löytämiseksi. Arvioon vaikuttavat myös potilaan historia ja menneisyyden haitalliset tapahtumat. (Rautanen, Brotherus, Soukkanen, Niinistö & Ahlgrén-Rimpiläinen 2015, 3394, 3396; O'Shea & Dickens 2016.)

3.2 Oikeuspsykiatrisesta sairaalasta jatkohoitoon

Oikeuspsykiatrisesta sairaalasta siirrytään usein jatkohoitoon potilaan oman hyvinvointialueen psykiatriseen sairaalaan tai avohoitoon. Avohoitoon siirtyvien potilaiden jatkohoito toteutuu usein oman hyvinvointialueen palvelu- tai kuntoutuskodissa. Ennen jatkohoitoon siirtymistä potilas voi käydä lyhyillä arviointi- tai harjoittelujaksoilla suunniteltuun jatkohoitopaikkaan.

Vaarallisen/vaikeahoitoisen potilaan kohdalla päätöksen kotiuttamisesta eli sairaalasta uloskirjoittamisesta tekee lääkäri. Oikeuspsykiatrisen potilaan kohdalla uloskirjoittamisesta ja mahdollisesta valvonta-ajasta päättää Terveysten- ja hyvinvoinninlaitos sen perusteella, millaisen ehdotuksen sairaala potilaasta tekee. Oikeuspsykiatristen potilaiden siirtyessään jatkohoitoon aloitetaan enintään puolen vuoden mittainen valvonta-aika, joka tarkoittaa elämisen harjoittelua sairaalan ulkopuolella. Valvonta-ajalla potilas voidaan tarvittaessa ottaa takaisin hoitoon oikeuspsykiatriseen sairaalaan. Mikäli potilaan valvonta-aika sujuu ongelmitta, jatkuu potilaan hoito hänen oman hyvinvointialueensa avohoidossa. Oikeuspsykiatrisen potilaan kohdalla valvonta-aika voidaan toteuttaa myös oman hyvinvointialueen sairaalasta avohoitoon siirryttäessä. Vuoden 2021 tilastoissa yhteensä 23 henkilöä siirtyi ensimmäiselle valvonta-ajalleen ja 92 henkilön valvonta-aikaa jatkettiin. Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen lautakunta hyväksyi yhteensä 21 henkilön oikeuspsykiatrisen hoidon päättymisen. Joskus hallinto-oikeus voi myös olla vahvistamatta hoitoonmäääämisspäätöksiä, mikä johtaa oikeuspsykiatrisen hoidon päättymiseen. (Niuvanniemen sairaala julkaisuaika tuntematon f; THL 2023 a.)

Avohoitoon siirryttäessä asumispalveluissa on erilaisia vaihtoehtoja potilaan tuen tarpeen mukaan. Tuetun asumisen muodossa päivittäiset toiminnot ovat pääosin hallinnassa, mutta tuelle on tarvetta ja se tuotetaan potilaalle omaan kotiin. Yhteisöllinen asuminen tarjoaa arkeen vahvemman tuen ryhmäasumisen tai palveluasumisen muodossa ja tarjolla on laajasti erilaisia kuntoutuksen muotoja. Vahvimman tuen asumismuoto on ryhmäasuminen esimerkiksi kuntoutuskodissa, jossa on tukea tarjolla ympäri vuorokauden. Vahva tuki auttaa päivittäisten toimintojen harjoittamisessa ja itsenäisen elämänmuodon tavoittelussa. (Mielenterveystalo julkaisuaika tuntematon.)

3.3 Moniammatillisen yhteistyön merkitys

Hoitotyön moniammatillisuudella tarkoitetaan työryhmää tai tiimiä, jossa työskentelee useamman eri ammattiryhmän ja osaamisalan edustajia. Vakiintuneessa työryhmässä on määritelty johtaja ja jokaiselle toimijalle on luotu omat vastualueensa ja tehtävänsä. On tärkeää, että jokainen ryhmän jäsen tietää oman osaamisensa ja roolinsa rajat sekä kunnioittaa ja luottaa muihin ryhmän toimijoihin. Lisäksi ryhmän toiminta vaatii jäseniltään toimivaa vuorovaikutusta, avoimuutta, läpinäkyvyyttä ja raportointia. Tarpeen vaatiessa moniammatillinen työryhmä voidaan koota myös potilaan omasta verkostosta. (Vuorilehto ym. 2014, 84.)

Moniammatillisuudella on todettu olevan paljon merkitystä niin potilaiden hoidon, kuin työntekijöidenkin kannalta. Moniammatillisessa yhteistyössä potilasta pystytään auttamaan usean eri ammattiryhmän osaamisen kautta, sen sijaan että hyödynnettäisiin vain yhden ammattiryhmän osaamista. Työntekijöille moniammatillisuus tuo parhaillaan uutta tietoa, laajentaa näkökulmaa ja jakaa hoitovastuuta useammille ammattilaisille. (Vuorilehto ym. 2014, 83–84.)

sosiaalihuollon osalta. Niuvanniemen sairaalan potilaat tarvitsevat usein samanaikaisesti sekä sosiaali- että terveydenhuollon palveluita. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 2 luku 6 §; Sosiaalihuoltolaki 1301/2014, 3 luku 25 §; Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 1 & 2 luku 2 & 27 §.)

Myös Mielenterveysstrategiassa korostetaan yhteistyön tehokkuutta ja toimintojen suuntautumista samalle päämäärälle. Strategiassa on arvioitu mielenterveysongelmien kustannuksia ja niiden vaikutusta hoitoon hakeutumiseen. Hyvin toimivilla ja helposti saavutettavilla palveluilla voitaisiin vähentää tarvetta tahdosta riippumattomaan hoitoon. Strategian keskeisenä painopisteenä on tarpeiden mukaan suunnitellut ja monipuoliset palvelut, joihin sisältyy myös hoidon jatkuvuus ja yhteensopivuus. Kansainvälisellä tasolla korostetaan yhteistyötä, jossa asiakkaalle tarjotaan hänen tarpeisiinsa sopivia ja järjestelmällisesti järjestettyjä palveluita, jotka huomioivat myös yksilön fyysisen terveyden. Mielenterveysjohtamisessa on tärkeää ottaa huomioon yhteistyöverkostot ja toiminnan vaikutus. (Kosloff, Larivaara, Rotko & Vormo 2020, 13–14, 27, 29–30, 36.)

3.4 Potilaan osallisuus ja osallistaminen

Osallistaminen tarjoaa polun kohti kokemusta osallisuudesta. Kyky vaikuttaa omiin elämäämme liittyviin asioihin on keskeinen osa osallistumista yhteiskunnassa ja luo yhteenkuuluvuutta yhteisöön. Osallisuus voidaan määritellä kuulumisena ja kuulluksi tulemisena, jossa ihminen kokee olevansa olennainen osa yhteisöä ja vaikuttaa omaan elämäänsä sekä yhteisiin asioihin. Keskeisiä osallisuuden elementtejä ovat ”luottamus, keskinäinen kunnioitus, toimeentulo, palvelut, tieto, taito, toiminta ja yhteiset merkitykset”. Luottamus tarjoaa vakauden ja edellyttää ennakoitavuutta, hallittavuutta ja vuorovaikutusta. Tieto ja taito ovat osaamisen muotoja, jotka jaetaan ja käytetään yhdessä. Palvelut täydentävät yksilöllisiä ja yhteisiä toiminnan edellytyksiä. Ihminen tulee huomatuksi ja kuulluksi toiminnassa ja vuorovaikutuksessa muiden ihmisten, mikä rakentaa elämän merkityksellisyyttä. Osallisuuden tunne vaikuttaa siihen, kuinka paljon ihmisen potentiaalista toimintakykyä hän käyttää. Yhteiskunnan tulisi aktiivisesti luoda mahdollisuuksia ja ympäristöjä, joissa ne, jotka eivät ole mukana työelämässä, voivat vaikuttaa omaan elämäänsä ja ympäristöönsä sekä saada arvostusta osaamisestaan ja saavutuksistaan muilta. Osallisuuden kokemus vaikuttaa yksilön toimintakykyyn ja motivaatioon: positiivisesti suuntautunut henkilö havaitsee enemmän mahdollisuuksia ja tuntee innostusta ja rohkeutta tarttua niihin. Osallisuuden ja sen edistämisen onnistumista voidaan parhaiten arvioida sen perusteella, kuinka ihmiset itse kokevat osallisuutensa. Tämä tarkoittaa sitä, että heidän täytyy tuntea voivansa vaikuttaa asioihin halutessaan, että heidän panoksellaan on merkitystä ja että he ovat olennainen osa yhteisöä. Osallisuuden kokemus koostuu neljästä keskeisestä tekijästä: kuulumisesta itselle tärkeään ryhmään tai yhteisöön, päivittäisten tekemisten merkityksellisyydestä, mahdollisuudesta tavoitella itselle tärkeitä päämääriä sekä mahdollisuudesta osallistua yhteisiin toimintoihin ja vaikuttaa omaan elinympäristöön. Esimerkiksi somaattisen puolen potilaista jopa 80 % potilaista haluaa osallistua itse hoitoonsa liittyvien päätösten tekemiseen ja 51 % toivoo hoitosuhteen hoitopaikkaansa olevan pitkäaikainen. (THL julkaisuaika tuntematon; THL 2023 b, 17, 19, 27; Kosonen 2016.)

Myös Niuvanniemen sairaalassa on sitouduttu potilaslähtöiseen työskentelyyn, jossa potilas huomioidaan hoidon suunnittelussa mahdollisuuksien mukaan hoidon alusta alkaen. Potilailta kysytään säännöllisesti tyytyväisyyttä hoitoon ja saadun palautteen pohjalta hoitoa ja sen

suunnittelua kehitetään entistäkin potilaslähtöisempään suuntaan. (Niuvanniemen sairaala julkaisuaika tuntematon g.)

Etenkin mielenterveyden häiriöistä kärsivien potilaiden kohdalla on nähtävissä syrjäytyneisyyttä ja osallisuuden haasteita sosiaalisessa elämässä. Yleisimmin näitä haasteita ilmenee stigman seurauksena, jonka mielenterveyden häiriö potilaalle aiheuttaa. Potilas voi myös itsestigmatisoida itsensä silloin, kun sairauden aiheuttamista ennakkokäsityksistä muodostuu osa potilaan minäkuvaan. (Stevanovic, Valkeapää, Weiste & Lindholm 2018, 402–403.)

3.5 Stigman merkitys potilaan kotiutumisessa

Stigma on voimakas tunne, joka liittyy sairaalahoidossa etenkin mielenterveys- ja päihdeongelmiin luoden niistä negatiivista mielikuvaa. Stigma ilmenee helposti esimerkiksi syylistämisenä, ennakkoluuloisuutena ja syrjintänä. Stigma on ilmiönä laaja ja aiheuttaa haittaa mielenterveys- ja päihdeongelmalliselle, hänen läheisilleen sekä hoitavalle henkilökunnalle, aiheuttaen pahimmillaan enemmän haittaa kuin stigmaan liitetty sairaus. Stigmasta on olemassa eri muotoja, joiden mukaan stigmaa määritellään. Stigma voi olla esimerkiksi sisäistetty, jolloin stigma määrittää käsitystä omasta itsestä aiheuttaen esimerkiksi häpeää ja kuulumattomuuden tunnetta. Rakenteisiin sulautunut stigma määrittää puolestaan lähtökohtaisesti stigman omaavan ryhmän mahdollisuuksia hoitoon ja hyvinvointiin aiheuttaen syrjintää. Stigma voi siirtyä myös henkilön läheisiin tai häntä hoitavaan henkilökuntaan ja palveluun, jolloin läheisiä, ammattilaisia ja palveluita syyllistetään. Julkisuudessa levitetty stigma tuottaa vääriä käsityksiä ja tietoa stigmaan liittyvästä aiheesta, joka voi johtaa ennakkoluuloihin ja etäisyyden pitämiseen. Stigmaa voi olla hankala poistaa, koska toisinaan sen lähtökohtia voi olla vaikea havaita. Suomessa onkin vuonna 2023 julkaistu uusi suositus stigman vähentämiseksi. (Strand, Ridanpää & Kotovirta 2023, 7, 11.)

Kanadassa vuonna 2022 julkaistussa tutkimuksessa haastateltiin oikeuspsykiatrisia potilaita ja keskityttiin heidän kohdallaan rikoksen aiheuttamaan stigmaan. Stigmaan liittyivät olennaisesti muun muassa syyllisyys, häpeä ja luottamuksen menetys, joita potilas koki usein teon ylittäessä hänen moraalisen kynnyksensä. Potilaat kokivat lisäksi epäoikeudenmukaisuuden ja vihan tunteita siitä, etteivät he olleet saaneet apua ajoissa ennen teon toteutusta. (Roth ym. 2022, 596, 601.)

Suomessa vuosilta 1930–2010 kerätyistä muistoista luotiin tutkimusaineisto, jossa käsiteltiin mielenterveysongelmiin ja sairaalahoitoon liittyvää häpeän tunnetta. Häpeän tunnetta on kuvailtu stigmaan, joka muodostuu osaksi potilaan identiteettiä. Tutkimuksessa oli yleistä, että potilaat kokivat häpeää esimerkiksi kertoessaan sairaalajaksoistaan. Tuloksissa nousi esille, että häpeän tunne alkoi kehittyä jo lapsuus- ja nuoruusaikoina, ja esimerkiksi pakkotoimet olivat syventäneet häpeän tunnetta. Kuitenkin potilaan läheisten ja ammattilaisten osoittama myötätunto ja ymmärrys auttoivat potilaita toipumaan häpeän tunteesta. Johtopäätöksenä tutkimuksessa todettiin, että parantamalla hoidon laatua ja läheisten tukemista, vähentämällä pakkotoimia sekä huomioimalla potilaan mahdollinen traumahistoria, voidaan potilaiden tuntemaa häpeää lievittää. (Maanmieli 2019, 181.)

Vuonna 2019 Suomessa julkaistu artikkeli kohdistaa huomionsa päihde- ja psykiatrisia potilaita sekä heitä hoitavaa henkilöstöä kohdistuvaan stigmaan hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Tutkimuksessa

nousi esille, että etenkin aiheen ulkopuoliset henkilöt liittivät aiheeseen negatiivisia asenteita, puheita ja stigmaa. Näihin asenteisiin koettiin hoitohenkilökunnan toimesta liittyvän tietämättömyyttä aiheesta, ongelmallista asennetta ja mielenterveys- ja päihdeongelmien tuntemattomuutta. Lisäksi myös muilla terveydenhuollon kentillä toimivilla ammattilaisilla oli negatiivisia asenteita mielenterveys- ja päihdepotilaita kohtaan, joka ilmeni esimerkiksi haluttomuutena hoitaa kyseisiä ongelmia, negatiivisina puheina ja epätasa-arvoisena kohteluna palveluiden saatavuudessa. (Rovamo & Toikko 2019, 285.)

3.6 Potilasturvallisuuden merkitys kotiutumisessa

Potilasturvallisuus sosiaali- ja terveydenhuollossa tarkoittaa perusteita ja käytäntöjä, joilla taataan turvallinen hoito ja estetään vahingoittamasta potilaita. Näyttöön pohjautuvat, mitattavissa olevat turvallisuutta lisäävät toimet ovat tekijöitä, jotka tukevat laadukasta hoitotyötä ja voivat estää myös järjestelmässä esiintyviä virheitä. Potilasturvallisuus on olennainen osa terveydenhuollon kokonaisvaltaista laatua. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2022, 12, 13.)

Organisaatioiden hallinnon ja esihenkilöiden vastuulla on strategian toteuttaminen, turvallisten työtapojen esimerkin näyttäminen ja yhteiseen tavoitteeseen omistautuminen. Potilasturvallisuustyö vaatii johdonmukaista ja tavoitteellista johtamista sekä valmiutta muutoksiin kaikilla organisaation kerroksilla. Turvallisuuden paras toteutuminen edellyttää osallistuvaa johtamista koko organisaatiossa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2022, 18, 31, 32.) Johdon ja esihenkilöiden rooli on keskeinen turvallisuuskulttuurin edistämässä, ja potilaiden ja omaisten osallistaminen on olennaista hoidon laadun ja turvallisuuden parantamiseksi.

Potilasturvallisuus on monimutkainen ja jatkuvaa kehittämistä vaativa osa-alue sosiaali- ja terveydenhuollossa. Turvallinen kotiutuminen on tärkeä osa potilasturvallisuutta, joka edellyttää huolellista suunnittelua, tehokasta viestintää ja riittävää tukea potilaille ja heidän omaisilleen. Se varmistaa, että potilas siirtyy sairaalasta tai hoitolaitoksesta kotiin tai jatkohoitopaikkaan mahdollisimman sujuvasti ja turvallisesti. Oikeilla toimenpiteillä varmistetaan, että potilas saa kotiutuessaan asianmukaista tukea ja ohjeistusta. Tämä sisältää selkeät hoito-ohjeet, lääkehoidon suunnittelun ja seurannan sekä tarvittavien tukipalveluiden järjestämisen. Turvallinen kotiutuminen vähentää uusintahoidon tarvetta ja parantaa potilaan toipumista myös laitoshoidon jälkeen.

4 TYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää hoitotyön näkökulmasta, millaisia asioita oikeuspsykiatrisessa sairaalahoidossa olevan potilaan kotiuttamisessa olisi huomioitava, jotta siirtyminen jatkohoitoon tapahtuisi turvallisesti. Opinnäytetyön tavoitteena oli varmistaa potilaslähtöinen, turvallinen ja laadukas siirtyminen jatkohoitoon.

Tässä tutkimuksessa lähdettiin hakemaan vastauksia tutkimuskysymyksiin:

1. Millä tavalla kotiutuminen Niuvanniemen sairaalasta toteutuu tällä hetkellä hoitotyön näkökulmasta?
2. Mitä kehitettävää turvallisessa kotiutumisessa Niuvanniemen sairaalasta on hoitotyön näkökulmasta?

5 TYÖN MENETELMÄLLINEN TOTEUTUS

5.1 Tutkimuksellinen kehittämistyö

Tämä opinnäytetyö on tutkimuksellinen kehittämistyö, jonka tutkimuksellinen osuus tukee kehittämistoimintaa. Tutkimuksesta saaduilla tuloksilla luotiin pohjaa kehittämistyölle ja tuotoksena valmistunut tarkistuslista muodostui tutkimuksen tulosten pohjalta. Tutkimuksellinen osuus toteutettiin ennen kehittämistyötä.

Tutkimuksen menetelmäksi päätettiin valita kvalitatiivinen tutkimus, koska aihe oli laaja ja siitä haluttiin mahdollisimman kattavat vastaukset. Menetelmän osalta päädyttiin ryhmämuotoiseen teemahaastatteluun, jotta osallistujien kertomukset ruokkisivat muita osallistujia antamaan tutkimuksen kannalta lisää olennaisia vastauksia. Haastatteluun päätettiin valita osallistujia mahdollisimman monesta ammattiryhmästä, jotka työskentelevät potilaan kotiutumisen parissa. Haastattelu päädyttiin nauhoittamaan, jotta kaikki vastaukset saataisiin varmasti kerättyä ja haastattelijat pystyisivät keskittymään haastattelun sisältöön ja havainnointiin.

Analysointimenetelmistä pohdittiin kahta vaihtoehtoa, jotka olivat induktiivinen sisällönanalyysi ja teemoittelu. Menetelmistä päätettiin valita induktiivinen sisällönanalyysi, koska se vaikutti molemmille opinnäytetyön tekijöille selkeältä ja loogiselta. Tutkimuksen analysointia aloiteltaessa valintaa pohdittiin jälleen, mutta induktiivinen sisällönanalyysi tuntui edelleen selkeimmältä ratkaisulta.

Kehittämistyön tavoitteena oli luoda työpajojen avulla tarkistuslista kotiutumisen tueksi. Koska tarkistuslistat on todettu käytännönläheisiksi ja toimiviksi, päädyttiin valitsemaan sellainen myös tähän kehittämistyöhön. Niuvanniemen sairaalassa ei ennestään ole tarkistuslistaa tai vastaavanlaista selkeää toimintamallia potilaan kotiutumiseen, joten aihe tuntui tarpeellista.

Kehittämistyötä suunniteltaessa tutustuttiin erilaisiin kehittämistöihin ja arvioitiin kriittisesti niiden käyttöä tarkistuslistan suunnittelussa. Näistä vaihtoehdoista päädyttiin työpajatyöskentelyyn, jotta valmiiseen tuotokseen saataisiin näkemys mahdollisimman monen ammattiryhmän edustajalta. Työpajan osanottajia pohtiessa päädyttiin samoihin osallistujiin kuin tutkimuksellisessa osuudessa. Tuotoksen toivottiin myös hyödyttävän kattavasti eri ammattiryhmiä.

5.2 Kvalitatiivinen tutkimus

Tämän opinnäytetyön tutkimuksellinen osuus toteutettiin kvalitatiivisena eli laadullisena tutkimuksena. Tutkimuksella pyritään saamaan uutta tietoa tutkimuskysymyksillä, jotka nousevat kehittämistyön tavoitteista. Soveltamalla tutkimuksen tuottamaa tietoa päästään kehittämään toimintaa tavoiteltuun suuntaan. (Toikko & Rantanen 2009, 19, 22, 23.) Tutkimuksellisenä menetelmänä opinnäytetyössä käytettiin kvalitatiivista ryhmämuotoista teemahaastattelua moniammatilliselle työryhmälle hoitotyön näkökulmasta.

Kvalitatiivinen tutkimus ei perustu numeeriseen mittaukseen, vaan se tutkii ilmiöitä esimerkiksi haastatteluiden, havainnoinnin tai tekstimateriaalin analyysin avulla. Tutkimusprosessi koostuu useista vaiheista, kuten tutkimuskysymyksen asettamisesta, aineiston keräämisestä, analyysistä ja

tulkinnasta. Ilmiön tutkimisessa kohderyhmä valitaan tarkoituksenmukaisesti (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2015, 164).

Kvalitatiivisessa tutkimusprosessissa ilmiötä tulkitaan ja kuvataan ymmärryksen ja teorian avulla, tuoden samalla esiin henkilöiden näkökulma tutkittavaan ilmiöön. Tutkimuksen keskeisenä tavoitteena on ymmärtää tutkittavan ilmiön merkityksellisyys kohteena oleville henkilöille heidän omassa todellisuudessaan. Tutkimuksessa määritellään, millaista tietoa pyritään saamaan ja mitkä informaationvälit ovat tutkimuksen kannalta olennaisia. Tutkija analysoi saamaansa informaatiota ja tekee tulkintoja, jotka perustuvat kerättyihin vihjeisiin. Tutkimuksen edetessä tutkija syventää ajatteluaan tutkittavasta ilmiöstä. Ilmiön tarkastelun yhteydessä on tärkeää rajata tutkimuksen kannalta oleellinen informaatio, jolloin raportoinnissa esitetään keskeiset tulokset tutkimusongelmasta. Tutkimusongelma ja siihen vastaaminen voivat muuttua tutkimuksen teon aikana ja toteutuksessa voidaan olosuhteet huomioiden joustaa. Ilmiön tutkimisessa kohderyhmä valitaan tarkoituksenmukaisesti. Kvalitatiivinen tutkimusprosessi koostuu useista vaiheista, kuten tutkimuskysymyksen asettamisesta, aineiston keräämisestä, analyysistä ja tulkinnasta. Tutkimuksen edetessä suunnitelma voi muuttua, ja toteutus voidaan tehdä joustavasti olosuhteet huomioiden. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2015, 164; Puusa & Juuti 2020, johdanto; Tuomi & Sarajärvi 2018, luku 2; Vilka 2021 a, luku 5; Kiviniemi 2018, luku 1.)

5.3 Ryhmämuotoinen teemahaastattelu

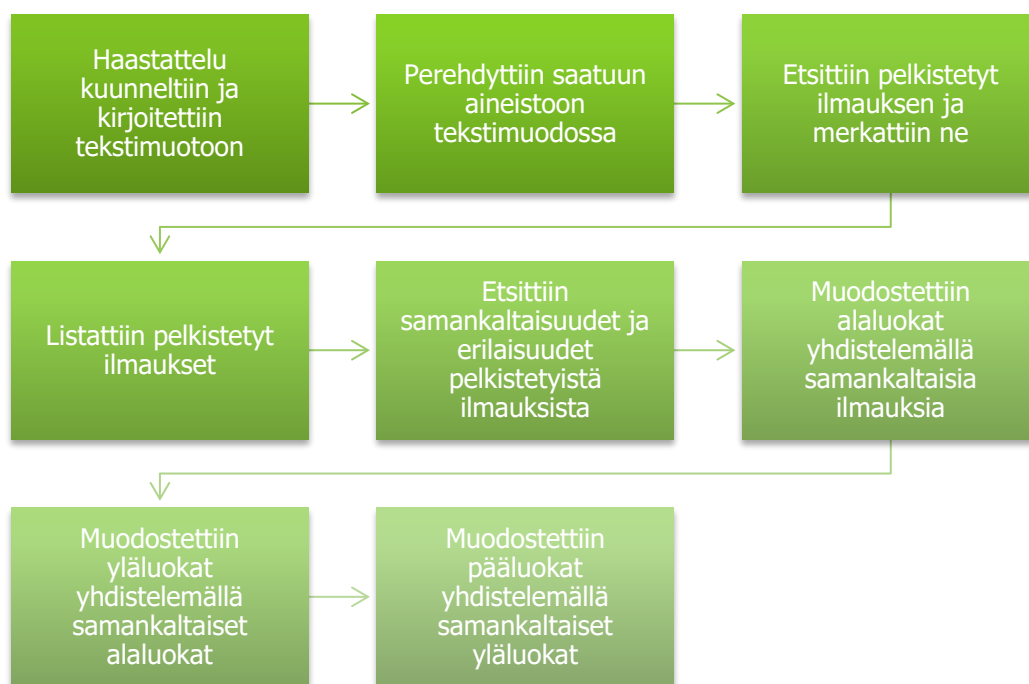
Teemahaastattelu eli puolistrukturoitu haastattelu on hyvä työskentelytapa silloin, kun ilmiö on tuntematon ja kohteesta halutaan saada lisää tietoa. Teemahaastattelua johdetaan ennalta määritettyjen keskeisten teemojen mukaan, jossa tuodaan esille tarkentavia kysymyksiä haastateltavien näkökulmien ja mielipiteiden pohjalta. Oikeiden ja asiaankuuluvien kysymysten edellytyksenä on, että tutkija tuntee haastattelua koskevan aiheen. Haastattelun tavoitteena on saada relevantteja, tutkimuskysymysten asetteluun ja tarkoitukseen viittaavia vastauksia. Tutkimuskysymykset luodaan etukäteen olemassa olevan tutkimustiedon pohjalta. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tietoa kerätään usein pienistä aineistoista, jolloin haastattelussa on tärkeää olla mukana ihmisiä, joilla on mahdollisimman paljon kokemusta tai tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Ryhmämuotoisella teemahaastattelulla saadaan tuotettua hyvin aineistoa työelämälähtöiseen kehittämistyöhön. (Tuomi & Sara-järvi 2018, luku 3; Vilka 2021 a, luku 5.)

Teemahaastattelu perustuu siihen, että haastateltavien tulokset ja merkityksenannot pyritään ottamaan huomioon. Vaikka keskustelu perustuu ennalta määritettyihin teemoihin, haastateltaville annetaan tilaa vapaalle puheelle ja teemojen käsittelyjärjestys on vapaa. Kaikkien haastatteluun osallistuvien ei myöskään tarvitse keskustella yhtä laajasti kaikista teemoista. Tutkijalla voi olla haastattelussa mukanaan muistiinpanot käsiteltävistä aiheista, mutta niiden tulisi olla mahdollisimman lyhyet, jotta keskustelu ei keskittyisi papereiden tarkasteluun. Muistiinpanot voivat sisältää avainsanoja ja apukysymyksiä keskustelun ohjaamiseen. Teemahaastattelussa ei ole tarkoituksenmukaista esittää liian tarkkoja kysymyksiä tietyssä järjestyksessä, vaan tavoitteena on keskustella teemoista vapaasti. Teemahaastattelu vaatii tutkijalta tietämystä aihepiiristä ja haastateltavista, jotta keskustelu kohdentuisi oikein. Teemat valitaan tutkimuksen aiheeseen pohjautuen ja haastateltavat valitaan tarkoin aihepiirin mukaisesti. Haastateltavien tulisi olla

sellaisia, joilla on tietoa ja kokemusta käsiteltävästä aiheesta. Teemahaastattelu pohjautuu siihen, että haastateltavat saavat ilmaista itseään vapaasti. Teemojen mukaisesti haastattelu on myös helpommin analysoitavissa. Aineistoa analysoitaessa teemat saattavat kuitenkin muuttua sen mukaisesti, mitkä asiat aineistosta nousevat esille. Teemahaastattelun aineisto voidaan analysoida esimerkiksi teemoitteluun ja tyypittelyyn avulla, mutta teemahaastattelun analysointiin ei ole pakko käyttää vain tiettyjä menetelmiä. Usein analyysimenetelmä valitaan tutkimusongelman mukaisesti. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

5.4 Induktiivinen sisällönanalyysi

Haastattelujen analysointi toteutettiin hyödyntäen induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Induktiivisen sisällönanalyysin vaiheet voidaan jakaa kolmeen osaan, jotka ovat pelkistäminen, ryhmittely ja teoreettisen käsityksen luonti. Analysointitapa on hyvä suunnitella jo ennen haastattelua, jolloin haastattelua saadaan ohjattua sisällön ja tutkimuskysymysten mukaisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2018, luku 2, 4.)



KUVA 2. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi (mukaillen Tuomi & Sarajärvi 2018, luku 4)

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi perustuu siihen, että luokittelu tapahtuu aineistosta nousevien analyysiyksiköiden, eli lauseiden tai ajatuskokonaisuuksien kautta sen sijaan, että luokittelu tapahtuisi valmiin rungon mukaisesti. Analyysiyksiköksi valitaan usein ajatuskokonaisuuksia tai lauseita, koska yksittäisistä sanoista voi muodostua liian pelkistetty analyysi. Ajatuskokonaisuuksiksi voidaan luokitella ilmaisuja, lausekokonaisuuksia tai erilaisia näkökulmia liittyen asetettuun tutkimuskysymykseen. Ajatuskokonaisuuksista voidaankin saada useita pelkistettyjä lauseita. Raportointivaiheessa tulokset tuodaan ilmi tehdyn luokituksen mukaisesti ja mahdollisesti visualisoiden. Saatuja tuloksia pohditaan suhteessa aiemmin tehtyihin tutkimuksiin. (Elo, Kajula, Tohmola & Kääriäinen 2022, 218, 219, 223.)

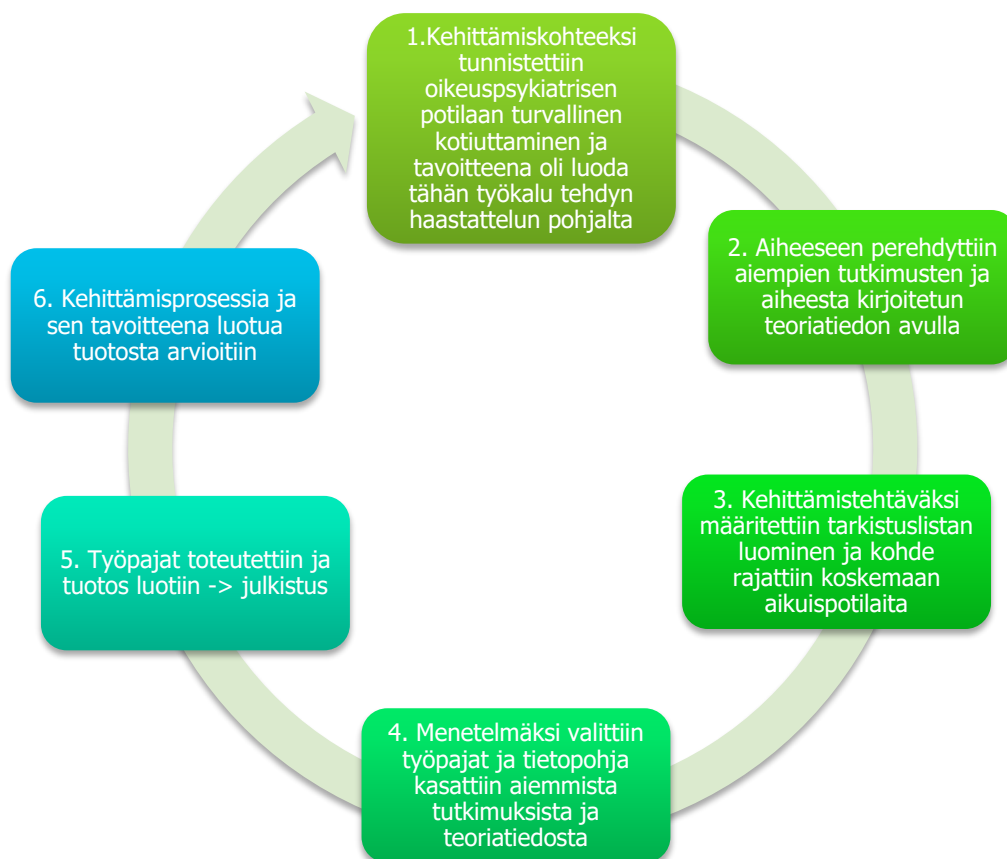
Litterointi on haastatteluiden aineiston analyysin prosessi. Prosessi alkaa tallennetun äänitteen tai videon kuuntelemisesta tai katsomisesta ja sen tavoitteena on kirjata kaikki puhe osaksi tekstiä.

Haastattelun litterointi on tärkeä vaihe tiedon analysoinnissa ja ymmärtämisessä. Se mahdollistaa tarkan ja jäsennellyn puhetekstin hyödyntämisen tutkimuksessa tai tiedon jakamisessa. Litteroinnin tarkkuuden määrittää tutkimuskysymys. Sisällönanalyysin litteroinnissa kirjataan ja analysoidaan puheen sisältöä sekä samalla syvennyttään lisää omaan kerättyyn aineistoon. Litteroinnissa tutkija myös analysoi ja peilaa mitkä asiat ovat olennaisia kirjattavia asioita tutkimuskysymykseen vastaamisen näkökulmasta. (Ruusuvuori & Nikander 2017 427, 430, 437.)

5.5 Kehittämistyön kulmakivet

Kehittämistyö on käytännönläheistä toimintaa, jolla pyritään saavuttamaan ennalta määritettyjä tavoitteita, esimerkiksi kehitettäessä toimintatapoja tai rakenteita. Kehittämisessä tavoitellaan muutosta, jolla toiminnasta saadaan parempaa ja tehokkaampaa. Kehittämistoiminnan lähtökohtana voivat olla joko aikaisemmat toiminnan ongelmat tai toive toisenlaisista toiminnoista. Kun kehitetään toimintaa, voidaan kehittää esimerkiksi vain yhden työntekijän toimintatapoja tai koko organisaation toimintaa tai rakennetta. Lisäksi kehitettäviä kohteita voivat olla esimerkiksi ajatusmallit, tekniikka tai talous. Varsinainen kehittämistyö koostuu kahdesta päävaiheesta, joista ensimmäisessä keksitään mitä kehitetään ja kuinka se tapahtuu. Toisessa vaiheessa jo kehitettyä toimintaa levitetään eteenpäin muille toimijoille. Yleensä kehitettyä kohdetta palataan kehittämään uudelleen käytännön kokemuksen perusteella. (Toikko & Rantanen 2009, 14, 16; Hellström 2004, 13, 14, 16.)

Kehittämistoiminnassa tietoa tuotetaan kehittämisen tukemiseksi sekä erilaisten roolien ja tehtävien täyttämiseksi. Tuotetun tiedon avulla arvioidaan toiminnan soveltuvuutta ja vastaavuutta asetettuihin tavoitteisiin sekä tukemaan tutkijoiden oppimista ja oman työn kehittämistä. Tuotetulla tiedolla on keskeinen rooli myös kehityshankkeen toteuttamisessa. Kehitysprosessissa tiedon tuotanto ja toiminnan ohjaaminen liittyvät olennaisesti toisiinsa. Oikeanlaisella arviointitiedolla voidaan ohjata toimintaa sen sijaan että esitettäisiin vain lopullinen arvio. Arvioimalla voidaan tuottaa uusia näkökulmia ja ideoita ja kehittämisprosessin aikana, jolloin kysymyksiä ja ongelmia voidaan tarkastella uusista näkökulmista. Myös tulosten siirrettävyyttä ja levittämistä pystytään tukemaan riittävällä tiedon luomisella ja yhteistyöllä. Kehittämistoiminnan tavoitteena on keksiä ja muokata toimintoja ja rakenteita, josta hyötyvät parhaillaan muutkin toimijat ja yhteisöt. Kehittämistoiminnassa tutkimuksen keskeisimpänä osana nähdään tutkimuskysymykset. Tutkimuskysymykset ovat alkuun yleisluontoisia, mutta ne voivat tarkentua tutkimuksen ja analyysin edetessä. Kehittämistoiminnan eteneminen on tilannekohtaista, joka voi vaikuttaa syvälliseen ja perusteelliseen aineiston analysointiin ja asetelman määrittelyyn. Kehittämistoiminnassa käytetään myös aineistoa suppeammin kuin perinteisessä tutkimuksessa. Koska saatu tieto ohjaa kehittämisprosessia, vaaditaan aineistolta nopeita vastauksia kysymyksiin. (Toikko & Rantanen 2009, 113–115, 117, 121.)



KUVA 3. Kehittämistyön sykli (mukaillen Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014, 24)

5.6 Työpajatyöskentelyn pääpiirteet

Työpaja on ryhmämuotoinen tavoitteellinen toimintatapa, jolla on etukäteen valittu teema tai käsittelyaihe. Tavoite voi olla esimerkiksi ideointi, erilaisen tiedon kerääminen, asiakasryhmän parempi tuntemus tai konkreettinen tuotos ja tavoite pyritään saavuttamaan eri vaiheiden kautta. Tavoitteet esitetään osallistujille selkeästi ennen työpajan toteutusta, jotta osallistujille on selkeää, miksi työpaja järjestetään ja mihin lopputulosta hyödynnetään. On tärkeää, että työpajat suunnitellaan huolellisesti etukäteen ja niissä vallitsee luottamuksellinen ja avoin ilmapiiri, jotta jokainen osallistuja tuntee tulevansa kuulluksi ja osallistetuksi. Työpajassa ohjaajan ei tule puuttua keskusteluun ja ideointiin, mutta mahdollisiin ongelmatilanteisiin ohjaajan on osattava puuttua. (Vilka 2021 b, 90; Sipponen-Damonte 2020, kirjan käyttöohjeet.)

Työpajan onnistuminen edellyttää, että paikalla on henkilöitä, joilla on ammatillista tietotaitoa ja päätösvaltaa. Työpaja muodostuu samassa organisaatiossa työskentelevistä henkilöistä siten, että koulutustausta, kokemukset ja näkemykset yhtyvät ryhmän sisällä. Moniammatillisessa ryhmässä pohdintaa tarvitaan usein vähemmän kuin suppeassa ryhmässä. Käytettävää tilaa on hyvä miettiä etukäteen ryhmän ja sen tavoitteiden mukaan siten, että tila tukee mahdollisimman paljon ryhmän vuorovaikutusta. (Kantojärvi 2012, 43–45.)

5.7 Tarkistuslista kehittämistyön tuotoksena

Esimerkiksi ilmailussa tarkistuslistoja on käytetty jo vuodesta 1935 lähtien. Terveystieteiden alalla ensimmäisiä tarkistuslistoja alettiin käyttää 1960-luvulla, jolloin hoitajan loivat pienimuotoisen tarkistuslistan potilaan vitamiinilintoimintojen mittaamiseen. (Gawande 2009, 32, 36.) Myös Suomessa

tarkistuslista on osa potilasturvallisuuden varmistamista ja leikkaussaleissa käytössä oleva tarkistuslista on tästä yksi esimerkki. Tarkistuslistan on leikkaussaleissa todettu vähentävän tarpeettomien kuolemien ja komplikaatioiden määrää sekä lisäävän turvallisuutta. (THL 2011, 29, 42; WHO 2009, 4.) Satakunnan sairaanhoitopiirissä moniammatillinen tarkistuslista on ollut pilottikäytössä erikoissairaanhoidossa vuosina 2015–2016. Tarkistuslistaa pilotoitiin sekä erityissairaanhoidon että perusterveydenhuollon parissa. Tarkistuslistaa on päivitetty neljä kertaa, joista viimeisimmässä tarkistuslista vietiin sähköiseen muotoon Effica hoitokertomussovellukseen. (Kuusisto ym. 2019, 43)

Uutta tarkistuslistaa luotaessa tulisi ensin koota ammattitaitoinen tiimi, joka on sitoutunut tehtävään. Tiimissä olisi hyvä olla edustajia useammasta eri ammattiryhmästä tai erikoisalasta ja mikäli mahdollista, myös esihenkilöistä. Tarkistuslistan luominen tulisi aloittaa pienestä ja laajentaa listaa uusien ongelmien myötä. Tarkistuslistan tekijöiden tulisi olla mukana testaamassa listan toimintaa. Mikäli jotain tarkistuslistan kohdista ei voida saavuttaa, ei sitä kannata suoraan poistaa. Tarkistuslistan käyttöönoton jälkeen sen toimivuutta tulisi seurata ja tarvittaessa tehdä siihen muutoksia. (WHO 2009, 15.)

Hyvässä tarkistuslistassa on huomioitu kaikkein kriittisimmät asiat, jotka voivat unohtua. Yleensä jokaisessa tarkistuslistan osiossa on viidestä yhdeksään kohtaa, eikä yhden osion täyttämiseen saisi kulu enempää kuin minuutti. Koko tarkistuslistan ja jokaisen osion tulisi integroitua suoraan työympäristön toimintaan ja lisätä työyhteisön vuorovaikutusta. Myös yhteistyön eri toimijoiden välillä tulisi näkyä hyvässä tarkistuslistassa. Tarkistuslistan tulisi olla testattu ennen sen käyttöönottoa, esimerkiksi simuloimalla. (WHO 2009, 13–14.)

Tarkistuslista on tehokas menetelmä kehitettäessä toimintoja, joissa on kohonnut riski virheisiin. Tällaiset toiminnot sisältävät usein yksityiskohtaisia toimintoja ja tarkistuslistat auttavat kokonaisuuksien hahmottamisessa. Tutkimusten mukaan tarkistuslistojen käytöllä on positiivisia vaikutuksia potilasturvallisuuteen, erityisesti tiedonsiirron varmistamisen osalta. Ennen tarkistuslistan käyttöönottoa on tärkeää testata sitä ja jatkuvasti arvioida, kehittää ja päivittää sitä saadun palautteen ja uuden tutkimustiedon perusteella. (Blomgren & Pauniahio 2014, 003.004.)

Auroran sairaalassa vuonna 2014 tehdyssä tutkimuksessa selvitettiin psykiatrisen osaston potilaiden mielipiteitä kotiutumisen tarkistuslistasta. Tutkimuksen tuloksista ilmeni, että kokemukset tarkistuslistasta olivat hyviä ja tarkistuslista herätti potilaissa mielekkäitä tuntemuksia kuten huojennusta ja iloa. Tarkistuslistan kerrottiin auttavan selkiyttämään omaa asemaa, osaamista ja voimavaroja sekä suunnittelemaan kuinka selvitä arjesta. Lisäksi tarkistuslistan koettiin lisäävän turvallisuuden tunnetta ja tukevan henkistä jaksamista. Tutkimuksessa mainittiin, että tarkistuslistan käytön tulisi olla helppoa potilaiden lisäksi myös sitä käyttäville ammattilaisille. Tarkistuslistan käytön todettiin olevan merkityksellistä ja hyödyttävää kotiutumiseen valmistautumista. (Kosonen & Tähkä 2014, 14, 15, 23.)

5.8 Kehittämistyön ympäristö

Niuvanniemen sairaala on Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen alaisuudessa toimiva valtion oikeuspsykiatrinen organisaatio, joka toimii Itä-Suomen yliopiston oikeuspsykiatrian klinikkana.

Sairaalan tehtäviin kuuluvat tutkimus, hoidon kehittäminen, oikeuspsykiatrisen alan koulutukset ja asiantuntijuuden ylläpito osana terveydenhuollon palvelujärjestelmää. Sairaala tekee yhteistyötä eri psykiatrian toimijoiden kanssa tuottaen erityistason hoitoa, mielentilatutkimuksia ja asiantuntijapalveluita. (Niuvanniemen sairaala 2021, 3.)

Osastoja sairaalassa on 14, joista yksi on alaikäisten hoitoa varten. Viisi osastoa on aikuisten suljettuja tutkimus- ja vakautusosastoja, joilta hoito Niuvanniemen sairaalassa yleensä alkaa. Muut kahdeksan aikuisille tarkoitettua osastoa ovat joko kuntoutus- tai jatkokuntoutusosastoja, joista kotiutuminen jatkohoitoon on tutkimus- ja vakautusosastoja yleisempää. Kahdeksalla aikuisten osastolla hoidetaan pelkästään miehiä, viisi on sekaosastoja ja yksi osasto on naisille. Sairaansijoja sairaalassa on kaiken kaikkiaan 297. Moniammatillisuus on vahvasti edustettuna osastoiden toiminnassa. (Niuvanniemen sairaala julkaisuaika tuntematon c; Niuvanniemen sairaala julkaisuaika tuntematon d.)

Niuvanniemen sairaalassa on myös vuoden 2024 alussa toimintansa aloittanut valtakunnallinen poliklinikka, joka tuottaa etä- ja läsnäolopalveluita. Poliklinikan tavoitteena on ennalta ehkäistä väkivaltaista käyttäytymistä ja rikollista toimintaa, tehdä yhteistyötä eri viranomaisten kanssa, antaa neuvontaa ja konsultaatioapua psyykkisissä oirekuivissa sekä väkivaltaisissa käytöstavoissa ja tukea potilaita yhteiskuntaan integroitumisessa. (Niuvanniemen sairaala julkaisuaika tuntematon e.)

Hoidon laadun takeena ovat globaalisti arvostetut tutkimukset terveystieteestä, erikoislääkärien koulutukset sekä kokonaisvaltaisesti eri ammattiryhmien lisäkoulutukset. Hoitotyön näkökulmasta merkittävimpiä hankkeita Niuvanniemen sairaalassa ovat hoitotieteen ja terveyshallinnon tutkimukset. Käytännön hoitotyön osaamista kehitetään sisäisillä koulutuksilla, jotka kattavat koko hoitohenkilöstön. Hoitotyö sairaalassa perustuu hoitosuosituksiin. (Niuvanniemen sairaala 2024, 3, 4.)

Vuonna 2023 Niuvanniemen sairaalaan tarjoamia palveluita hankki valtakunnallisesti 17 hyvinvointialuetta. Palveluiden nähdäänkin olevan vaikuttavia koko yhteiskunnan kannalta sairaalaan erityisen luonteen vuoksi. Palveluilla hoidetaan vaikeasti psyykkisesti sairaita henkilöitä, jotka ovat riskissä saattaa toisten ihmisten turvallisuuden tai hengen sekä terveyden vaaraan. Pyrkimyksenä on kotiuttaa potilaat psyykkisen voimien vakauduttua omien hyvinvointialueiden palveluiden piiriin. Palveluiden ostajille tehdään säännöllisesti kysely hoidon laadusta ja palautteen perusteella palveluiden hankkijat ovat olleet tyytyväisiä. (Niuvanniemen sairaala 2024, 4–6.)

5.9 Eettisyys ja luotettavuus

Juuti ja Puusa (2020, luku 5) korostavat laadullisen tutkimuksen luotettavuutta sen perustuessa sopivaan lähestymistapaan, oikeiden menetelmien käyttöön ja tutkimusongelmien vastausten löytymiseen. Luotettavuutta edistää myös jokaisen tutkimusvaiheen läpinäkyvä kuvaileminen. Eettisyydellä viitataan tutkimuksen jokaisen osa-alueen eettisten periaatteiden noudattamiseen. Näitä periaatteita ovat itsemääräämisoikeuden ja ihmisarvon kunnioittaminen, vapaaehtoinen osallistuminen tutkimukseen sekä sen varmistaminen, ettei tutkimuksesta aiheudu riskejä tai haittoja tutkimuskohteille, kuten ihmisille. Lisäksi tutkimuksessa käsitellään osallistuvien henkilöiden tietoja lainmukaisesti, suunnitelmallisesti, vastuullisesti ja selkeästi dokumentoiden, noudattaen oman

organisaation ohjeita. Tutkimuksessa kerätään vain välttämättömät henkilötiedot ja valmistuttuaan henkilötietoja sisältävät dokumentit tuhoetaan (Kohonen, Kuula-Luumi & Spoof 2019, 7, 12).

Tutkimus toteutettiin haastattelemalla ja äänittämällä haastattelu nauhurilla. Tutkimuksen toteutuksen aikana kunnioitettiin Tiedeyhteisön toimintaperiaatteita, joita ovat todenmukaisuus, huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyössä, tallennettaessa tuloksia, tulosten esittämisessä sekä koko prosessin arvioinnissa. Tutkimuksen teon aikana arvostettiin myös muiden tutkijoiden saavutuksia, annettiin niille asianmukainen tunnustus ja viitattiin niihin asianmukaisesti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2023.) Ammattikorkeakoulujen eettiset periaatteet perustuvat näihin toimintatapoihin ja periaatteisiin, joita myös opinnäytetyön tekijät noudattivat koko opinnäytetyön prosessin ajan.

Tässä opinnäytetyössä tehtävässä tutkimuksessa ei tarvinnut kerätä osallistujilta suoria tai vahvoja henkilötietoja ja kaikki kerätyt tiedot käsiteltiin niin, että ne säilyivät anonymisoituna. Kaikki tutkimuksen aikana havaitut epäsuorat tunnisteet käsiteltiin asianmukaisesti. Tutkimusaineistoa säilytettiin vain niin kauan kuin se oli tarpeellista tulosten analysoinnin kannalta. Paperimuodossa olevaa aineistoa ja sähköisiä asiakirjoja sisältänyt muistitikku säilytettiin koko prosessin ajan lukitussa kassakaapissa, johon oli pääsy vain tutkimuksen tekijöillä erityisen koodin avulla. Tulosten analysoinnin jälkeen paperimuotoinen aineisto tuhottiin silppuamalla ja muistitikulle tallennettu aineisto poistettiin.

Tutkimusta varten haettiin ennen sen aloittamista tutkimuslupa työn tilaajan eli Niuvanniemen sairaalan johtavalta ylihoitajalta. Kaikki tutkimukseen osallistuneet henkilöt täyttivät lisäksi suostumuslomakkeen ennen tutkimukseen osallistumista ja saivat luettavakseen tutkimusta käsittelevän tiedotteen ja tietosuojailmoituksen. Tutkimuksen vapaaehtoisuutta korostettiin jokaisessa tutkimuksen vaiheessa.

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

6.1 Tutkimuksen suunnittelu

Ryhmämuotoisen teemahaastattelun suunnittelu aloitettiin pohtimalla yhdessä opinnäytetyön työpaikkaohjaajan kanssa kohderyhmää ja osallistujia haastatteluun. Tärkeimpänä kriteerinä pidettiin mahdollisimman kattavaa kokemusta oikeuspsykiatrisen potilaan hoidosta ja kotiuttamisesta. Alkuun osallistujaryhmää rajattiin hoitohenkilökuntaan ja toimintaterapiaa. Työpaikkaohjaajan suosituksesta ryhmää laajennettiin koskemaan myös psykologien ja sosiaalityön yksiköjä, koska myös heidän ammattiryhmänsä ovat tiivisti mukana potilaan kotiuttamisessa. Lisäksi opinnäytetyön toivottiin hyödyttävän valmistuessaan mahdollisimman montaa eri ammattiryhmää ja lisäävän moniammatillisen työskentelyn hyötyjä. Määrässä päädyttiin kuuteen henkilöön, koska näin ammattiryhmiä saatiin mukaan kattavasti ja toisaalta haastattelu onnistui yhdellä kertaa. Opinnäytetyön tutkimukselliseen osuuteen valittujen henkilöiden suunniteltiin osallistuvan myös työpajoihin ja parillisella määrällä osallistujia työpajassa saatiin luotua parit. Haastatteluun valikoitiin oikeuspsykiatrisen potilaan kotiutumisesta kokemusta omaavia työntekijöitä moniammatillisesti profiileiltaan erilaisilta osastoilta. Osallistujia lähestyttiin alkuun henkilökohtaisesti, esitellen opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite sekä työn kulku painottaen osallistumisen vapaaehtoisuutta. Osallistujien kiinnostuksen ja suullisen suostumuksen jälkeen osallistujille lähetettiin Tietosuojailmoitus (Liite 1), Tiedote tutkimuksesta (Liite 2), Suostumus henkilötietojen käsittelystä (Liite 3) sekä Suostumus tutkimukseen osallistumisesta (Liite 4). Osallistujien ikäjakama oli 28–59-vuotta ja heitä oli seuraavista ammattiryhmistä: mielisairaanhoitaja, sairaanhoitaja, osastonhoitaja, toimintaterapeutti, psykologi ja sosiaalityöntekijä. Ennen haastattelun toteuttamista osallistujilta kerättiin allekirjoitetut suostumukset säilytettäväksi kassakaapissa.

Haastattelun suunnittelua jatkettiin luomalla haastattelurunko. Rungon luominen aloitettiin pääteemoista, jotka nousivat tutkimuskysymyksistä sekä aikaisemmista tutkimuksista, joita aiheen ympärillä oli tehty. Näin pääteemoiksi muodostuivat Turvallinen kotiutuminen, Tiedonsiirto ja Osallisuuden mahdollistaminen. Pääteemojen alle luotiin haastattelun keskustelua ohjaavat ja tarkentavat kysymykset tutkimuskysymysten mukaisesti. Teemahaastattelun runko käytiin läpi työelämäohjaajan kanssa ennen haastattelun toteutusta. Teema-alueet ja tukikysymykset ovat katsottavissa tarkemmin ryhmämuotoisen teemahaastattelun rungosta (Liite 5).

Haastattelua varten varattiin sopiva rauhallinen tila ja selvitettiin haastattelun toteutukseen kaikkien osallistujien kannalta paras ajankohta. Haastattelukutsut tehtiin sähköpostitse, jossa pyydettiin varmistus ajankohdan sopivuudesta ja samalla osallistujien lukumäärä saatiin varmistettua. Haastattelua varten ostettiin vielä nauhuri, jonka toimivuus testattiin ennen haastattelua.

6.2 Tutkimuksen toteutus

Tutkimusta varten osallistujat kutsuttiin etukäteen varattuun rauhalliseen tilaan, jossa kaikki pääsivät istumaan saman pöydän ääreen. Osallistujia pyydettiin puhumaan selkeästi, rauhallisesti ja riittävän kovalla äänellä, jotta vastaus olisi kuultavissa myös nauhalta. Ennen nauhoituksen aloitusta osallistujille kerrottiin teemahaastattelusta ja sen kulusta sekä painotettiin vielä kerran haastattelun

vapaaehtoisuutta. Osallistujia myös rohkaistiin kertomaan asioihin omat mielipiteensä ja painotettiin anonymiteettiä.

Varsinainen haastattelu toteutettiin valittujen teemojen pohjalta. Haastattelussa pyrittiin siihen, että haastattelijat ovat mahdollisimman vähän äänessä ja puheenvuorot annettiin haastatteluun osallistuville. Keskustelun annettiin myös kulkea omalla painollaan, ohjaten sitä kevyesti tukikysymyksillä teemojen mukaisesti. Haastattelu pysyi hyvin teemoissa ja aiheissa, eikä sen osalta tarvittu suurempaa haastattelijoiden ohjausta. Ohjausta tarvittiin ainoastaan siihen, että haastattelussa saatiin kattavasti vastauksia tutkimuskysymyksiin. Haastattelun aikana jokainen osallistuja sai puheenvuoroja ja äänensä kuuluviin.

Haastattelun jälkeen nauhoitus lopetettiin ja kaikkia osallistujia kiitettiin haastatteluun osallistumisesta. Heille kerrottiin tutkimuksen seuraavasta vaiheesta ja haastattelun purkamisesta, johon sisältyivät aineiston purkaminen tekstimuotoon, aineiston pelkistys ja luokittelu. Osallistujille kerrottiin vielä, että osallistujat saavat nähdä tutkimuksen tulokset ensimmäisessä työpajassa. Osallistujilta kysyttiin myös tuntemuksia ja ajatuksia haastatteluun osallistumisesta. Osallistujille jäi haastattelusta positiivinen kuva ja he olivat tyytyväisiä kokemukseen. Haastattelu kesti yhteensä 51 minuuttia 46 sekuntia. Nauhuri laitettiin kassakaappiin säilytykseen odottamaan nauhoituksen purkua.

6.3 Tulosten analysoinnin toteutus

Teemahaastattelun yhteydessä nauhoitettu äänitiedosto purettiin ensin luettavaan, kirjoitettuun muotoon tietokoneelle sanasta sanaan. Purkaminen tapahtui tilassa, jossa ei ollut muita kuulijoita, kuin opinnäytetyön tekijät. Tekstiksi purettuna aineiston määrä oli kaksitoista A4-arkkia Arial-fontilla, kirjasinkoolla 11 ja rivivälillä 1,15. Tämän jälkeen aineisto pelkistettiin ja siitä karsittiin pois kaikki, mikä ei vastannut tämän tutkimuksen tutkimuskysymyksiin. Pelkistetyistä aineistosta alettiin etsiä samankaltaisuuksia, joiden mukaan luotiin ensin alaluokat, sitten yläluokat ja lopulta pääluokat. Alaluokkia muodostui kaksikymmentäviisi ja yläluokkia kymmenen. Pääluokkia muodostui kaikkiaan neljä ja ne ovat Kiireetön ja moniammatillinen työskentely, Laadukas tiedonsiirto, Potilaan valmiudet kotiutua sekä Sosiaalinen verkosto ja ympäristö. Lopuksi pääluokat yhdistettiin kaikkia näitä kuvaavaan termiin, josta muodostui ”Potilaan turvallisessa kotiutumisessa huomioitavat asiat”. Koko prosessin ajan ja sen jälkeen nauhuria, tiedostoja ja paperimuotoista aineistoa säilytettiin kassakaapissa.

7 TUTKIMUKSEN TULOKSET

7.1 Kiireetön ja moniammatillinen työskentely

Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
Riittävä ajankäyttö potilaan valmistelussa	Käytetään riittävästi aikaa ja resursseja potilaan valmisteluun ja kuntoutumisen etenemiseen	Kiireetön ja moniammatillinen työskentely
Potilaan tilanteen kartoitus riittävän pitkältä ajalta		
Potilaan kuntoutuksen jatkaminen jatkohoitoon siirtymistä odottaessa		
Moniammatillisen työryhmän hyödyt potilaan kotiutuessa	Moniammatillisuuden merkitys	
Moniammatilliset palaverit		
Tiedon kokoaminen ja siirtäminen moniammatillisesti		
Raportointi omassa sairaalassa ennen kotiutumista moniammatillisesti		

KUVA 4. Kiireetön ja moniammatillinen työskentely

Tällä hetkellä valvonta-ajan kautta kotiutuvien potilaiden kohdalla moniammatillisuus toteutuu palaverina, joita pidetään ennen potilaan valvonta-ajan alkua ja kuuden kuukauden päästä sen alettua. Usein palaverit valvonta-ajalle toteutuvat videoneuvotteluina, joissa on mukana sekä Niuvanniemen sairaalan, että vastaanottavan tahon edustajia. Tutkimuksen tuloksista nousi esille toive, että nämä palaverit toteutuisivat jatkossa vaarallisten/vaikeahoitoistenkin potilaiden kohdalla. Lisäksi tuloksista nousi ilmi, että potilaan läsnäolo näissä palaverissa olisi hyödyllistä, jotta potilaan hoitoon ja kotiuttamiseen liittyvät haasteet olisivat sekä ammattihenkilöstön että potilaan tunnistamia. Tuloksissa ehdotettiin myös, että jokaisella osastolla olisi kotiuttamista koordinoiva hoitaja, jolla kokonaisuus potilaan kotiuttamiseen liittyvistä asioista olisi hallussa.

Ideaali ois sekin, että ois tämmönen kotiuttamishoitaja, joka sitten jos on useita potilaita jotka on kotiutumassa kenties lähiaikoina, niin olis joku yks hoitaja, jolla ois kaikki langat käsissä, että se koordinois sitä.

Tutkimuksen tuloksissa nousi melko nopeasti ilmi, että moniammatillisuus toimii tällä hetkellä Niuvanniemen sairaalassa melko hyvin ja siitä on nähty olevan hyötyä potilaan kotiuttamisessa. Vaikka moniammatillista työtä tehdään paljon jo nyt, tulisi eri ammattiryhmien välistä yhteistyötä edelleen kehittää.

Jos nyt miettii tätä moniammatillista, niin meillä kaikilla on joku tehtävä siinä, että se ois hyvä se kotiutuminen.

Tutkimuksen mukaan tällä hetkellä toimivana työkaluna koettiin START-arvio, joka tehdään potilaan kanssa ennen kotiutumista. START-arviossa käydään läpi potilaan nykyiset vahvuudet ja haasteet sekä alkutilanne. Lyhyellä varoitusajalla tulevien kotiutusten koettiin kuitenkin olevan haastavia, koska tuolloin arviointien päivittämiselle ei jää riittävästi aikaa. Toisaalta pitkään kotiuttamista odotellessa arvioinnit ehtivät vanhentua ja potilaan motivaatio omaa hoitoaan kohtaan laskee, esimerkiksi vuodessa potilaan tilanne saattaa muuttua jo paljon.

Ja jos potilas saa tiedon että nyt odottaa paikka seuraavaan sairaalaan ja hän jää sitä oottamaan, niin kannattasko jo siinä vaiheessa alottaa tämä selvittely eri osa-alueista, eikä odottaa sitä koska se tieto voi tulla sitten niin, että noniin nyt ens viikon keskiviikkona oliskin hyvä päivä siirtyä.

Olisikin siis tärkeää, että potilasta ehdittäisiin valmistella ajan kanssa jo siitä lähtien, kun potilas pääsee kotiutusjonoon.

7.2 Laadukas tiedonsiirto

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Erilaiset arviointimenetelmät tiedon tuottamiseksi	Ajankohtaisen ja laadukkaan tiedon tuottaminen	Laadukas tiedonsiirto
Tiedon kerääminen koko hoitajakson ajalta		
Päivittäin tarvittavan tiedon kerääminen	Jatkohoidon kannalta olennaisten asioiden tiedottaminen oikeille henkilöille	
Raportoinnin huomiointi moniammatillisesti kotiutusvaiheessa		
Tiedonsiirron merkitys		

KUVA 5. Laadukas tiedonsiirto

Tällä hetkellä haasteena koettiin se, että kaiken tiedon kokoajana ja raportoijana vastaanottavalle taholle toimii usein potilaan omahoitaja, jolle tehtävä on melko laaja ja osa tiedoista ei ole hoitajan osaamisalueen piirissä. Tällöin esimerkiksi sosiaalityön tietojen välittäminen jää helposti puutteelliseksi. Myös lääkärin rooli potilaan hoidossa ja kotiutumisessa nostettiin esille tärkeänä tekijänä. Lisäksi tutkimuksessa nousi esille riskiarvion tärkeys, jonka avulla pystytään selvittämään potilaan riskitekijät, potentiaaliset tilanteet haitalliseen käyttäytymiseen ja se kuinka potilaan kohdalla riskiä näihin voitaisiin pienentää.

Haastavaa että potilaat lähtee hirveen eri tilanteissa ja eri lähtökohilla ovat tulleet ja lähtevät eri lähtökohilla pois täältä.

Tutkimuksessa nousi esille että moniammatillista loppupalaveria toivottaisiin kaikkien potilaiden kotiutumisen yhteyteen. Palaverissa tieto saataisiin välitettyä eri ammattiryhmien edustajille ja toisaalta taas vastaanottavan tahon osalta niille henkilöille, joiden alueeseen tieto kuuluu.

Niin siinä on ehkä se haaste, että minkä verran myökään sitten, niin no sit ehkä laitetaan tiedoksi toisille, miten hyvin lukee sen ja jääkö just joku tietty asia sieltä huomioimatta. Ja siirtyykö just edes meidän välillä se tieto saatikka sit sinne seuraavaan paikkaan.

Katkeamattoman hoitopolun merkitys potilaan kotiutumisen yhteydessä nähtiin tärkeänä asiana. Olisi hyvä, jos potilaan toiveita voitaisiin välittää vastaanottavalle taholle jo etukäteen esimerkiksi erilaisista toiminnoista, joista potilas on kiinnostunut ja joihin potilas on jo Niuvanniemen sairaalassa mahdollisesti osallistunut.

Et se siirtyis sit semmosena kokonaisuutena sekä potilaalle et sinne vastaanottavalle taholle.

Tutkimuksessa nostettiin esille loppuyhteenvetojen tärkeys ja sisältö. Tällä hetkellä kotiutuvalle potilaalle tehdään psykologin loppuyhteenveto, sosiaalinen lähtöselvitys, lääkärin yhteenveto, hoitotyön yhteenveto sekä toimintakyvyn arvio kiinnostuksen kohteineen ja ADL-taidot. Valvonta-ajalla olevan potilaan kohdalla yhteenvedon tekevät lääkäri ja sosiaalityöntekijä. Haastattelussa käytiin läpi, mitä yhteenvetojen tulisi sisältää, jotta ne olisivat laadukkaita ja tarjoaisivat mahdollisimman paljon tietoa vastaanottavalle taholle.

Minusta siitä löytyy ensinnäkin niitä just niitä vahvuuksia, missä pärjää, sit niitä ongelmakohtia, mitä niiden kanssa on mahdollisesti tehty, onko tilanne parantunu, huonontunu ja varmaan sitten niinkun ehkä kun tulee se viimeinen loppuyhteenveto miten se asia on mennyt eteenpäin, alkuvaiheessa on ollut tällainen ongelma ja sit se on jäänyt niinku taakse ja tavallaan niinkun niistä isommista ongelmista on siirrytty pienempiin, paloissa toivottavasti.

Yhteenvedoissa nähtiin hyvänä kertoa potilaan hoidon alkutilanne, mitä potilaan kanssa on tehty sekä mitä vielä tulisi tehdä. Olisi hyvä nostaa esille myös potilaan toimintakykyä tukevat asiat, esimerkiksi vuorokausirytmistä ylläpitävät apukeinot sekä potilaan vahvuudet ja haasteet.

Niin kyllä mä aattelen että en tiä onko se nyt hoitotyön yhteenvedon asia, mutta ylipäättänsä semmosen kokoavan tiedon, niin siitä täytyy mun mielestä löytyä kaikki se, esimerkiksi onko potilas käynyt millon hammashoidossa, onko tarvinnut fyssaria, et siis ihan hirvittävän niinkun eri alueilta sitä semmosta just että esimerkkinä just tää hampaidenhoito, et se tieto pitäisi välittyä seuraavaan paikkaan, mikä unohtuu monesti.

Tutkimuksessa nousi useasti esille kokonaisvaltainen tiedonsiirto haasteena kotiutuvan potilaan kohdalla. Tämä sisältää niin psyykkisen kuin fyysisenkin tilanteen kartoituksen ja jatkoseurannan tarpeen. Haastattelussa nostettiin myös usein esille moniammatillinen palaveri esimerkiksi videoneuvotteluna, jossa oikean ammattialan tieto löytäisi oikeille toimijoille vastaanottavalla taholla. Potilaiden koettiin kotiutuvan eri lähtökohdilla ja erilaisissa sairauden vaiheissa, joten kattava tiedonsiirto koettiin tärkeänä. Kotiutuvan potilaan tiedoista tulisi käydä ilmi tulevat ajat terveydenhuoltoon kuten hammaslääkäriin, seurantaan vaativat sairaudet kuten diabetes, säännöllisesti otettavat laboratoriokokeet kuten klotsapiinipitoisuus sekä tiedot eri ammattialoihin liittyvistä haasteista kuten fysioterapiasta. Haastattelussa pohdittiin myös, kuinka potilasta vastaanottava taho ottaa tiedot vastaan ja hyödyntää saamaansa tietoa.

No kyllä mä niinku sairaalasiirroista aattelen niin, että semmonen kokoava loppupalaveri moniammatillisesti olis myös hyvä. Eli siinä

sais potilas sitä tietoa, mitkä hänen asiansa nyt on hoidettu ihan konkreettisesti, mitkä asiat on kunnossa ja hänellä ois mahdollisuus kysellä vielä eri ihmisiltä jos on jotain epäselvää. Et semmonen loppu/päättöpalaveri siirtypä mihin tahansa.

7.3 Potilaan valmiudet kotiutua

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Oman sairauden ymmärtäminen - psykoedukaatio	Oman sairaudenkuvan yksilöllinen ymmärtäminen	Potilaan valmiudet kotiutua
Yksilöllinen hoito		
Oman tulevaisuuden suunnittelu	Osallistetaan potilasta omaan hoitopolkuun	
Potilaan osallistaminen		
Stigman käsittely	Sairauden ja sairaalahoidon leiman hyväksyminen	
Stigman hyväksyminen		

KUVA 6. Potilaan valmiudet kotiutua

Tutkimuksesta selvisi, että potilaita osallistetaan tällä hetkellä kotiutumiseen erilaisten ryhmien ja yksilötyöskentelyn avulla. Potilas otetaan mukaan selvitysten ja arviointien läpikäyntiin, jolloin potilas pääsee itse kertomaan oman näkemyksensä asioihin ja kuulemaan arviointien sisällön. Lisäksi potilaan toiveita pyritään kuuntelemaan ja huomioimaan joka vaiheessa. Tarvittaessa potilaan toiveita esitetään myös vastaanottavalle taholle. Kuitenkin loppupalaveri nousi esille tämänkin aihepiirin ympärillä, koska loppupalaveriinkin toivottiin myös potilaan läsnäoloa. Tällöin potilas pääsisi itse kuulemaan vastaanottavasta tahosta ja kyselemään heiltä häntä askarruttavia asioita sekä kertomaan itse omasta tilanteestaan. Potilaan osallistamista toivottiin kuitenkin lisää kotiutumiseen liittyen.

Mutta tavallaan niitä mitä myös siellä vaikka paikkakunnalla on tarjota, et siihen on varmasti paljon enemmän tietoa sillä paikkakunnalla olevalla sairaalalla, ni jotenkin se taas tämmösessä ihannemaailmassa olis kauheen kiva jos jo tässä vaiheessa pystyttäis tekemään ehkä jotain alustavia suunnitelmia, miltä se arki vois siellä näyttää. Eikä niin että tässä se katkeaa ja sitte siellä alkaa ihanniinku puhtaalta pöydältä, koska se aletaan rakentaa uudestaan. Koska se on myös se mikä sille potilaalle varmasti tuo sitä turvaa et hän vähän tietäis ja hän tietäis vaikka et hänellä on siel vaikka tämmönen mahdollinen uus harrastus, tai et se ois niinku jatkumo.

Tutkimuksessa nousi esille, että kotiutuvan potilaan tulee ymmärtää oma sairautensa sekä tietää omat oireensa, varomerkkinsä ja rauhoittumiskeinonsa. Näitä potilaan kanssa käydään jo nyt läpi esimerkiksi hoitosuunnitelman ja psykoedukaation yhteydessä. Potilaan tulee myös ymmärtää omat haasteensa ja vaaranpaikat esimerkiksi retkahduksille tai voinnin huononemiselle. Potilaan taitoja ja

osaamista tulee lisäksi arvioida yksilöllisesti ja riskit huomioiden. Nämä nähtiin sekä jo nyt toimivina että osittain myös kehitettävänä asioina.

Kun eihän täältä nyt täysin valmiina lähetä, että mitä vielä pitää harjotella ja mihin on siirtymässä ja tietääkö minkä verran siitä paikasta ja niistä omia riskejä ja ymmärtää sen oman sairauden, ei sekään nyt oo aina niin selkee tietää vaikka omia oireita. Että ehkä vähän semmosta varmistusta että tiedätkö sä nyt oikeesti.

Tutkimuksessa yhtenä isona asiana nähtiin sairauteen ja sairaalaan liittyvän stigman käsittely. Tällä hetkellä stigmaa käsitellään psykoedukaatioryhmässä ja tulevaisuusryhmässä yhdellä kerralla. Tämä koettiin ammattilaisten näkemyksestä hyvänä, mutta stigman käsittelyä toivottiin tulevaisuudessa suuremmassa määrin ennen potilaan kotiutumista. Haastattelussa nousi esille ehdotuksia esimerkiksi valmiiksi suunnitelluista lauseista sairauteen tai sairaalahoitoon liittyen, joita potilas voisi käyttää tarpeen tullessa.

Ja sit on eri että kun on sairauden antama stigma, mut sitte erikseen tän paikan antama, että monilla potilaille mitä vaikka miulle tai meidän keskusteluissa on tullu, ni on se että voin kyllä sanoa että oon ollu viis vuotta hoidossa, mut entä jos pitää sanoa että oon ollu Niuvassa, sehän se ois niinku viimeinen niitti, et ei.

Potilaan kanssa tulisi myös käsitellä erillään sairauden antama stigma ja sairaalan antama stigma, koska arkipuheessa Niuvanniemen sairaala koetaan stigmatisoivana sairaalana. Haastattelun yhteydessä nostettiin esille myös potilaan itse itseensä kohdistuva stigmatisointi, joka voi estää potilasta hankkimasta ystäviä tai hakeutumasta koulutuksen piiriin.

Nii ja se et kyllähän potilaat myös stigmatisoivat itse itseensä, et se ei oo vaan että jos tulee joku uus ihminen tai lähtee opiskelemaan, kun se voi olla niin että he ei päädy ikinä vaikka ettimään seuraa tai opiskelemaan koska se stigma on heillä itellä niin vahva.

7.4 Sosiaalinen verkosto ja ympäristö

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Tukiverkoston kartoitus ja huomiointi kotiutumistilanteessa	Potilaan tukiverkoston huomiointi	Sosiaalinen verkosto ja ympäristö
Mielekkään arjen ja tukitoimien löytäminen kotiutumispaikasta	Tukitoimien kartoitus ja itsenäistymisen tukeminen	
Itsenäistymisen tukeminen		
Jatkuvuuden turvaaminen		
Konkreettisten asioiden hoitaminen ennen kotiutumista	Konkreettiset toimet, joilla potilasta tuetaan kotiutumiseen	
Kotiutuksen jälkeinen yhteydenpito		
Vastuutetaan potilasta huolehtimaan omasta arjesta ja asioiden hoitamisesta		

KUVA 7. Sosiaalinen verkosto ja ympäristö

Et se just että kun se potilas tietää että mitkä ne omat semmoset vaaranpaikat on, että ossais sitten niihin hakkee sitä apua tarvittaessa tai niinkun ossais sillä tavalla sen arkensa rakentaa että mahdollisimman pieni vaara ois, että tulis niitä vaikka retkahduksia tai muuta.

Tutkimuksessa nousi esille, että potilaita tuetaan tällä hetkellä kotiutumiseen esimerkiksi siten, etteivät kaikki toiminnot ole kuntoutusosastoilla sairaala-alueella, vaan potilaat käyvät esimerkiksi AA-ryhmissä kaupungilla. Potilaita tuetaan osallistumaan myös sairaala-alueen ulkopuoliseen ryhmä- ja harrastustoimintaan. Valvonta-ajalla potilaat käyvät pitkillä harjoittelujaksoilla ja kuntoutusosastoilla myös muita potilaita pyritään kannustamaan tavoitteellisiin harjoittelujaksoihin. Ennen valvonta-ajan alkua potilas myös tutustuu eri toimijoihin yhdessä omahoitajan kanssa. Haastattelussa kehitettäväksi asiaksi nostettiin se, että potilaan kanssa otettaisiin yhdessä selvää vastaanottavan tahon tarjoamista palveluista ja mahdollisesti myös itse osastosta jonne potilas on siirtymässä. Ideaksi nostettiin myös, että potilaan kanssa tulostettaisiin erilaista materiaalia vastaanottavasta tahosta, kyseisestä paikkakunnasta ja sen tarjoamista palveluista.

No onko nyt sit ainakin ihan mikä varmaan yksinkertaisimmillaan vois olla, että jos tiedetään mihin sairaalaan on lähössä, niin otettas ihan netistä, mentäs kotisivuja kattomaan ja tutkimaan, ja minkälainen paikka on kyseessä ja vielä jos sattus tietämään osaston niin. Mut et ihan semmosta kirjallista materiaaliakin voisko olla sitten, että potilaalle yhdessä tulostettas.

Tutkimuksen mukaan tällä hetkellä valvonta-ajalle siirtyvää potilasta tuetaan konkreettisesti kotiutumiseen tutustumalla vastaanottavaan tahoon ja hankkimalla esimerkiksi huonekaluja ja liinavaatteita jatkohoitoon siirtymistä ajatellen, jolloin potilaalle tulee oikeasti tunne kotiutumisesta. Potilaan kanssa käydään tällöin läpi myös esimerkiksi lääkkeiden ostamista ja vuokranmaksua, koska

valvonta-ajalla potilas hoitaa tällaiset asiat itse. Lisäksi potilaan kanssa soitellaan valvonta-ajan päätyttyä vielä muutamia kertoja.

Toivoisko potilaat semmosta, että kun on siirtyneet toiseen sairaalaan, ni se omahoitaja vielä muutaman kerran ehkä olis yhteydessä ja kyselis miten menee.

Tutkimuksessa pohdittiin, voisiko muidenkin potilaiden kanssa soitella muutamia kertoja hoidon jo päätyttyä, joka tukisi hoidon jatkuvuutta. Haastattelussa nostettiin esiin ajatusta siitä, voisiko potilas pestä tarpeettomia vaatteita ja käydä läpi tarpeettomia tavaroita ennen jatkohoitoon siirtymistä sekä lähettää niitä läheisten välityksellä pois. Potilas voisi myös pakata tavaroitaan jo valmiiksi siirtymistä ajatellen. Haastattelussa pohdittiin myös potilaan arjen rakentumista jatkohoitoon siirtymisen jälkeen. Potilaan arki täyttyy Niuvanniemen sairaalassa esimerkiksi omahoitajakeskusteluiden, psykologiaikojen ja työterapian parissa. Kun potilas siirtyy jatkohoitoon, tulee alkuun helposti sellainen tilanne, että potilaan päivät ovat tyhjiä ja vapaata aikaa on paljon.

Ylipäättään sosiaalisista suhteista, että ketä on tärkeet ihmiset sen potilaan elämässä ja että monethan voi olla jollain lailla siinä hoidossa mukana, osahan on et me tietään et joku omainen on jollekin ihan tosi tärkeä, mut ei se sillä lailla oo näkynyt tässä hoidossa syystä tai toisesta.

Tutkimuksessa nousi esille myös näkemys potilaan läheisten huomioimisesta potilaan kotiutumisen yhteydessä. Potilaan läheisiä tiedotetaan potilaan tulevasta kotiutumisesta, mutta tietoa ei tarjota kovinkaan paljoa. Tuloksissa nousikin esille, että potilaan läheisiä tulisi tiedottaa millaiseen paikkaan potilas on kotiutumassa ja kuinka hoito siellä toteutuu.

No varmaan omaisiin ainakin ollaan yhteydessä, omahoitajat saattaa olla että kertoo että tämmöstä on nyt suunnitteilla. Mut et ehkä sitä tietoo omaisille siitä, minkälaiseen paikkaan potilas on siirtymässä, ni sitä ei varmaan ehkä riittävästi tarjota. Et ehkä omaisille vaan ilmotetaan että on siirtymässä sinne ja sinne, mut toki ne voi ite ettiä sitä tietoo sit netistä, mut että oisko siinä sitten kans tarpeen vähän kertoa, minkälainen on paikka mihin on siirtymässä.

Omaisyyhteistyöllä on suuri merkitys potilaan kotiutumisessa ja pärjäämisessä kotiutumisen jälkeen. Omaisyyhteistyöhön vaaditaan aina potilaan suostumus, ja kaikilla potilailla ei välttämättä ole omaisia, keihin pitää yhteyttä. Tällaisissa tilanteissa korostuu muunlaisen tukiverkoston olemassaolo.

8 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTTAMINEN

8.1 Kehittämistarpeen tunnistaminen

Tarve opinnäytetyön aiheelle tuli alun perin työn tilaajalta, eli Niuvanniemen sairaalalta, koska potilaiden kotiuttamisen koettiin olevan haastavaa ilman minkäänlaista apuvälinettä henkilökunnalle. Oikeuspsykiatrisesta sairaalasta kotiutuminen on pitkän hoitojakson jälkeen iso prosessi ja sisältää paljon erilaisia ohjeistuksia. Esimerkiksi tiedonsiirrossa ja ennen kotiutumista tehtävien asioiden muistamisessa on koettu haasteita. Niuvanniemen sairaalan johtoryhmä onkin määrittänyt ajankohtaisiin strategisiin päämääriin kehittämiskohteeksi potilaan turvallisen siirtymisen avohoitoon. Tavoitteena on kotiutumisen turvallisuus ja yhtenäisyys sekä varmistettu tiedonsiirto yksiköiden välillä. Myös Toikko ja Rantanen (2009, 15) ovat maininneet johdon olevan avainasemassa strategisten tavoitteiden ja sen myötä organisaation kehittämisen toteutumisessa.

Kehittämisen lähtökohtana opinnäytetyössä oli turvallisen kotiutumisen prosessin sujuvoittaminen, potilaan osallistaminen ja laadun parantaminen. Kehittämisessä päätettiin suunnata koko organisaation toimintaan ja sen selkiyttämiseen, koska useammat ammattiryhmät osallistuvat potilaan kotiuttamiseen. Toikko ja Rantanen (2009, 14) ovatkin kertoneet, että suppeimmillaan kehittäminen voi kohdistua yhteen työntekijään ja laajimmillaan koko organisaatioon. Kehittäminen voi koostua useista eri vaiheista, kuten uusien toimintatapojen kehittämisestä, jakamisesta ja juurruttamisesta työyhteisöön sekä vanhojen työtapojen kehittämisestä. Kehittämistä pidetäänkin käytännönläheisenä työnä. (Toikko & Rantanen 2009, 16.)

Aiheeseen perehdyttäessä kotiutumisen havaittiin olevan haaste muuallakin maailmassa oikeuspsykiatrisen hoitotyön parissa. Esimerkiksi Isossa-Britanniassa ja Ruotsissa todettiin myös olevan haasteita kotiutumisessa oikeuspsykiatrisesta sairaalasta (Coffey 2013, 1181; Fazel, Wolf, Fimińska & Larsson 2016, 1). Koska oikeuspsykiatria on oma erikoisalansa ja potilaan tahdosta riippumattomassa hoidossa, sisältää se paljon ohjeita ja määräyksiä myös lakien tasolla. Kotiutumisessa mukana olevan henkilökunnan on muistettava pääasiassa ulkomuistista tai erilaisia ohjeita etsimällä, mitä potilaan kotiutumisessa tulee huomioida. Tavoitteena kehittämiselle olikin selkiyttää potilaan kotiuttamista ja siihen liittyviä ohjeistuksia yhdistämällä asiat tarkistuslistaan.

8.2 Kehittämissuunnitelman kuvaus

Kehittämistyötä alettiin suunnitella jo opinnäytetyön aiheeseen perehdyttäessä. Työpajatoimintaan oli tarkoituksena osallistua samat henkilöt kuin tutkimukseenkin. Kuten tutkimuksessakin, myös kehittämistyössä tärkeimpänä osallistujien valintakriteerinä pidettiin sitä, että osallistujilla oli mahdollisimman paljon kokemusta potilaiden hoidosta ja kotiutumisesta. Lisäksi osallistujat valittiin sellaisilta osastoilta, joista potilaita kotiutuu useimmin. Osallistujia pyrittiin valikoimaan mahdollisimman monista eri ammattiryhmistä, jotka ovat osallisina potilaan kotiutumiseen, jotta tarkistuslistasta saataisiin mahdollisimman montaa ammattiryhmää hyödyttävä.

Suunnitelmana oli järjestää kolme työpajaa, joissa osallistujat saivat jakaa ajatuksiaan ja ideoitaan aiheesta sekä suunnitella tarkistuslistaa. Työpajoja oli tarkoitus suunnitella ja aikatauluttaa siten, että osallistujien lomat eivät sattuisi samalle ajankohdalle. Tarkoituksena oli myös varmistaa, että

kaikilla olisi työvuoro kyseiseen aikaan, koska osa sairaalan työntekijöistä tekee säännöllistä viikkotyöaikaa ja osa kolmivuorotyötä. Aikataulussa tuli huomioida myös se, että osallistujien oli kellonajallisesti mahdollisuus päästä työpajaan paikalle, koska esimerkiksi osastoilla aamut ovat yleensä kiireisintä aikaa. Työpajojen suunnittelussa huomioitiin rauhallisen tilan varaaminen ja kestoksi määriteltiin noin tunti.

Ensimmäisessä työpajassa tarkoituksena oli käydä läpi analysoidut tutkimuksen tulokset ja muistutella mieleen haastattelussa käytyä keskustelua. Tämän jälkeen osallistujat pääsisivät suunnittelemaan kahdessa kolmen hengen ryhmässä tarkistuslistan, johon osallistujat kasaisivat tutkimuksen tulosten pohjalta kotiutumisen kannalta olennaisimpia asioita. Tämän jälkeen molemmat ryhmät esittelisivät luomansa tarkistuslistan ja näistä valittaisiin yhdessä parhaimmat asiat valmiiseen tarkistuslistaan.

Ensimmäisen työpajan jälkeen opinnäytetyön tekijöiden oli tarkoitus luoda valmis tarkistuslista. Toisessa työpajassa tarkistuslista käytäisiin läpi ja pohdittaisiin osallistujien kanssa, kuinka tarkistuslistaa olisi viisainta käyttää osastolla eri ammattiryhmien kesken. Toisen työpajan lopuksi tarkistuslista jaettaisiin osallistujille sähköpostitse ja paperisena versiona. Osallistujien kanssa käytäisiin lisäksi läpi tarkistuslistan levittämistä osastolle sekä palautteen keräämistä kollegoilta.

Toisen työpajan jälkeen alkaisi tarkistuslistan testaus osastoilla kotiutuvien potilaiden kohdalla. Testauksen olisi tarkoitus kestää muutaman kuukauden. Kolmannessa työpajassa olisi tarkoitus kerätä palautetta tarkistuslistasta ja sen toiminnasta. Lisäksi kolmannessa työpajassa tehtäisiin yhdessä osallistujien kanssa tarvittavat muutokset tarkistuslistaan.

8.3 Työpajojen toteutus

Ensimmäisessä työpajassa olivat mukana kaikki kehittämistyöhön osallistuvat henkilöt. Lopulta osallistujia oli kuusi ja kaikki heistä kuuluivat eri ammattiryhmiin. Osallistujien kanssa käytiin läpi kooste tutkimuksen tuloksista ja niiden perusteella luodut luokittelut. Tässä vaiheessa käytiin myös yleistä keskustelua kotiutumisen nykytilasta ja haasteista. Tämän jälkeen osallistujat jakautuivat kahteen kolmen hengen ryhmään ja ryhmät saivat koota ehdotelman tarkistuslistan sisällöstä. Ohjeistuksena oli koota tiivis, mutta kattava lista huomioitavista asioista. Ryhmillä oli apunaan tutkimuksen tulokset ja esimerkki tarkistuslistasta. Lopuksi molemmat ryhmät esittelivät oman tuotoksensa, joista koottiin tarkistuslista ohjeineen testausta varten. Tästä työpajasta opinnäytetyön tekijöille jäivät konkreettisena aineistona tuotokset, jotka molemmat ryhmät olivat luoneet. Näitä käytettiin hyödyksi testattavaa tarkistuslistaa kehitettäessä. Ensimmäisen työpajan jälkeen opinnäytetyön tekijät loivat alustavan tarkistuslistan ennen toista työpajaa.

Toisesta työpajasta puuttui kaksi osallistujaa opinnäytetyön tekijöistä riippumattomista syistä. Toisessa työpajassa käytiin läpi ensin testikäyttöön luotu tarkistuslista ja ohjeet sen käyttöön sekä jakamiseen kollegoille osastoilla. Työpajassa pohdittiin yhdessä, kuinka tarkistuslistaa olisi paras käyttää niin, että siitä olisi hyötyä kaikille potilaan kotiutukseen osallistuville ammattiryhmille. Tältä osin päädyttiin siihen, että testivaiheessa kerätään erilaisista tavoista kokemuksia, joista valitaan jatkoon kannalta paras käytötapa. Lopulta testaukseen jäi pohdittavaksi työtapaa kahdesta eri asiasta liittyen tarkistuslistaan. Toinen näistä liittyi siihen, missä tarkistuslistaa tulisi säilyttää, jotta siihen

olisi helposti ja ajantasaisesti pääsy kaikilta ammattiryhmiltä, jotka ovat osallisena potilaan kotiutumisessa. Toinen asia oli, merkataanko tehty työvaihe raksilla ruutuun vai yliviivaamalla vaihe. Tämä herätti keskustelua työpajassa ja siksi asia päätettiin jättää ratkaistavaksi käytännössä. Toisen työpajan lopuksi tarkistuslista ohjeineen lähetettiin sähköpostitse kaikille osallistujille ja lisäksi jokainen sai oman paperisen version tarkistuslistasta mukaansa.

Kolmas työpaja ei toteutunut täysin suunnitellusti opinnäytetyön tekijöistä riippumattomista syistä. Työpajaan osallistui vain yksi henkilö ja lopulta palaute tarkistuslistasta saatiin kirjallisena, koska he eivät päässeet paikalle työpajaan. Työpajassa käytiin ensin läpi kirjallisena saatu palaute ja muutosehdotukset tarkistuslistasta. Tämän jälkeen kerättiin palaute paikalla olleelta osallistujalta. Työpajassa käytiin myös läpi erilaisen tyyli, joilla tarkistuslistaa oli käytetty. Lopulta parhaimmaksi paikaksi säilyttää tarkistuslistaa koettiin osaston hoitotyön kanslia, jossa kaikki työntekijät käyvät ja voivat merkata listaan tekemänsä asiat. Tehtyjen asioiden merkitsemisestä testauksessa päädyttiin siihen, että merkataan raksi ruutuun. Näin tarkistuslistaa voidaan hyödyntää myös raporttia annettaessa. Kotiutumisen kokonaisprosessia läpikäydessä havainnoitiin, että sairaalalla on paljon omia ohjeita ja käytännön tehtäviä, jotka täytyy muistaa tehdä potilaan kotiutuessa. Tarkistuslistaan päätettiin lisätä myös nämä konkreettiset asiat, jotta ne tulisi tehtyä. Kaikkien saatujen palautteiden perusteella tehtiin yhdessä osallistujan kanssa muutokset tarkistuslistaan ja käytiin lista vielä lopuksi läpi. Koska suurin osa osallistujista ei päässyt paikalle, jaettiin lopullinen tarkistuslista vielä kaikille sähköpostitse ja kysyttiin, onko kaikkia muutosehdotukset huomioitu ja toteutettu oikein.

Kehittämistyön toteutuksessa konkretisoitui jo aikaisemmin opinnäytetyössä käsitelty toiminta kahdesta vaiheesta. Ensimmäisessä vaiheessa etsittiin kehittämiskohde ja suunniteltiin kehittämistyön toteutuminen. Tähän vaiheeseen kuului myös ensimmäinen työpaja, jossa uusi työkalu, eli tarkistuslista kehitettiin. Toisessa työpajassa alkoi kehittämisen toinen vaihe, jossa testaukseen valmistunutta tarkistuslistaa lähdettiin levittämään testaukseen eri osastoille. Kolmannessa vaiheessa eli kolmannessa työpajassa tätä jo kehitettyä tarkistuslistaa muokattiin ja kehitettiin sen palautteen mukaisesti, mitä käytäntö oli testauksessa näyttänyt. Tarkistuslistaa muokataan tarvittaessa vielä uudestaan sen jälkeen, kun se on levitetty koko sairaalan käyttöön. (Toikko & Rantanen 2009, 14, 16.)

8.4 Tuotoksen käyttöönotto ja käytettävyyden arviointi

Tarkistuslista otettiin käyttöön alun perin testauksen muodossa ja levitettiin samalla testiosastojen käyttöön. Tarkistuslistan levittäminen toteutui työpajoihin osallistuvan henkilöstön välityksellä, kun he esittelivät tarkistuslistaa osastoilla ja antoivat sitä osastojen henkilökunnan käyttöön. Testausta ehdittiin toteuttaa useamman potilaan kohdalla sekä suljetulla vastaanotto- ja vakautusosastolla, että suljetulla kuntoutusosastolla. Tarkistuslista koettiin näillä osastoilla hyvänä ja toimivana ja sen koettiin hyödyttävän myös kuukausittain kirjoitettavia hoitotyön yhteenvetoja potilaasta. Tarkistuslistaa ehdittiin testata myös kertaalleen konkreettisesti potilaan kotiutumisessa ja muuten sellaisten potilaiden kohdalla, joiden kotiutuminen alkaa olla jo lähellä.

Tarkistuslistan todettiin olevan hyvä apu kirjaamisessa ja auttavan muistamaan kaikki tehtävät asiat ennen potilaan kotiuttamista. Sairaalassa on myös tarkat vaiheet potilaan uloskirjaamisessa ja

tarkistuslista auttoi muistamaan nämä vaiheet. Erityisen hyvänä pidettiin sitä, että tarkistuslistasta on hyötyä useille potilaan kotiutumisessa mukana oleville eri ammattiryhmille, eikä vain hoitohenkilökunnalle. Lisäksi muiden ammattiryhmien edustajat osaavat kirjata potilaasta tietyt asiat paremmin jatkohoitoa ajatellen, esimerkiksi sosiaalityöntekijä tietää parhaiten potilaan raha-asiat ja edunvalvontaan liittyvät asiat. Tarkistuslistaa oli säilytetty osastojen kanslioissa, jolloin kaikilla kotiutumisessa mukana olevilla ammattilaisilla oli siihen pääsy. Tämä toimintatapa oli koettu hyvänä. Koska kaikilta osastoilta ei säännöllisesti kotiudu potilaita, koettiin tarkistuslistan olevan hyvä apuväline kotiutuksiin. Tarkistuslistan koettiin olevan selkeä ja hyödyllinen.

Tarkistuslistaa oli hyödynnetty myös potilaasta annettavaan raporttiin potilaan kotiutuessa oman hyvinvointialueensa sairaalaan. Myös tässä käytössä tarkistuslista oli koettu hyvänä ja kattavana. Tarkistuslistaa oli käytetty siten, että sitä oli käyty läpi kohta kohdalta, jolloin kaikki oleellinen tieto tuli raportoitua jatkohoitopaikkaan. Tarkistuslista oli saanut positiivista palautetta myös potilaan oman hyvinvointialueen sairaalan henkilökunnalta, ja he toivoivat samanlaista kehitettävän heidänkin sairaalaansa.

8.5 Valmis tuotos

Opinnäytetyön tuotoksena valmistuva tarkistuslista luotiin ensin Word-tiedostona, johon kirjoitettiin alkuun ohjeet tarkistuslistan käytöstä. Ohjeissa käytiin läpi tarkistuslistan käyttöä ja täyttämistä sekä lyhyet perustelut tarkistuslistan käytölle. Ohjeistus koski myös tarkistuslistan moniammatillisuutta ja tiedotettiin, että potilaan omahoitaja/hoitotiimin jäsen on vastuussa siitä, että tiedot kootaan moniammatillisesti ja ne siirtyvät tiedoksi myös jatkohoitoon. Lisäksi ohjeissa mainittiin, että tarkistuslistaa voi käyttää halutessaan apuna myös raportin antamisessa jatkohoitopaikkaan. Tämän jälkeen koottiin kategorioittain aiheet, jotka potilaan kotiutumisen yhteydessä tulisi muistaa selvittää ja kirjata jatkohoidon tiedoksi. Aiheet jaoteltiin seitsemään kategoriaan, joita ovat Sairaalahoido ja hoitosuhde, Arviot ja tutkimukset, Arjen sujuminen ja asiointi, Etuudet ja raha-asiat, Sosiaaliset suhteet, Jatkohoidon suunnitelmat sekä Osastolla huomioitavaa siirtymisessä. Näiden otsikoiden alle lähdettiin keräämään tutkimuksen tulosten pohjalta oleelliset asiat liittyen potilaan kotiutumiseen ja tiedonsiirtoon. Jokainen kohta merkattiin ruksattavalla laatikolla, jonka mukaan on helppo katsoa mitkä aiheet on jo selvitetty ja kirjattu. Lopullisen tarkistuslistan pituudeksi muodostui kaksi sivua, tulostettuna yksi paperi molemmin puolin. Opinnäytetyön osalta valmis tarkistuslista on nähtävissä opinnäytetyön lopussa (Liite 6).

9 POHDINTA

9.1 Johtopäätökset tuloksista

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää hoitotyön näkökulmasta, millaisia asioita oikeuspsykiatrisessa sairaalahoidossa olevan potilaan kotiuttamisessa on huomioitava, jotta siirtyminen jatkohoitoon tapahtuu turvallisesti. Tavoitteena oli varmistaa potilaslähtöinen, turvallinen ja laadukas siirtyminen jatkohoitoon. Varsinaisena kehittämistyönä ja tuotoksena valmistui työpajojen myötä tarkistuslista, jota hyödynnetään potilaan kotiuttamisessa. Tutkimuskysymyksinä olivat Millä tavalla kotiutuminen Niuvanniemen sairaalasta toteutuu tällä hetkellä hoitotyön näkökulmasta? ja Mitä kehitettävää turvallisessa kotiutumisessa Niuvanniemen sairaalasta on hoitotyön näkökulmasta?

Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen saatiin kattavasti vastauksia jokaiselta haastatteluun osallistuneelta. Kotiutumisten koettiin olevan haastavia nopeiden aikataulujen takia ja toisinaan kotiutumisia tuli myös täysin suunnittelematta. Tästä syntyy herkästi tilanteita, joissa kotiutumisen valmisteluun ei pystytä käyttämään riittävästi aikaa, jolloin todennäköisyys kotiutumiseen yhteydessä liittyviin haasteisiin kasvaa. Koska oikeuspsykiatria on alana tarkkaan säännelty, on muistettavia asioita potilaan kotiutumisessa myös paljon. Myös tiedonsiirron todettiin olevan toisinaan hankalaa pelkästään oman sairaalan sisällä, joten haasteita tiedonsiirrossa oli myös kotiutusten osalta. Koska potilaat ovat oikeuspsykiatrisessa sairaalassa usein moniongelmaisia, koettiin haasteita olevan myös riittävän tiedon kokoamisessa riittävän pitkältä ajalta. Valvonta-ajan kautta kotiutuvien potilaiden kotiutumisen todettiin olevan kuitenkin suunnitelmallisempaa ja raportointi vastaanottavan tahon kanssa kattavampaa. Haastattelussa esille nousikin toive siitä, että valvonta-ajan kautta kotiutuvan potilaan prosessista otettaisiin mallia myös muuta kautta kotiutuvien potilaiden kotiutumisiin.

Kehitettäviksi asioiksi turvallisissa kotiutumisissa nostettiin ensimmäisenä esille moniammatilliset palaverit. Palavereja toivottiin kotiutumisten yhteyteen kaksi, joista ensimmäiseen kokoontuisi moniammatillinen työryhmä omasta sairaalasta. Toisen palaverin toivottiin toteutuvan yhdessä potilaan ja tulevan hoitoyksikön kanssa. Toisessa palaverissa saataisiin lisäksi raportoitua potilaan tiedot suoraan oikealle ammattiryhmälle, joka koettiin myös kehitettävä asiana potilaiden kotiutumisissa. Toisena kehitettävä asiana koettiin kotiutusten suunnitelmallisuus, vaikka kotiutukset eivät aina suunniteltuja olekaan. Haastattelu nousi esille toive siitä, että edes suunnitelmissa olevien kotiutusten kohdalla voitaisiin alkaa tehdä työtä kotiutumisen eteen jo hyvissä ajoin, vaikka tarkkaa aikataulua ei vielä tiedossa olisikaan. Kolmantena kehitettävä asiana esille nousi potilaan osallistaminen omaan kotiutumiseensa, koska kotiutuminen koettiin isona osana potilaan hoitopolkua. Myös stigman käsittelyyn olisi hyvä varata riittävästi aikaa. Tähän liittyen toivottiin, että jatkossa potilaan tukiverkosta hyödynnettäisiin ja otettaisiin enemmän mukaan potilaan kotiutumisen suunnitteluun ja toteutukseen konkreettisestikin.

Huonosti suunnitellusta kotiutumisesta voi pahimmillaan seurata potilaalle turvattomuuden ja jatkumattomuuden tunnetta, jolloin potilas voi kokea olonsa hylätyksi. Potilaat eivät pääse osallisiksi kotiutumiseen, jolloin heille jää irrallinen kokemus kotiutumisesta. Myöskään potilaan läheisiä ei

ehditä valmistaa potilaan kotiutumiseen ja ottaa heitä prosessiin mukaan. Tiedonsiirtoa ei saada toteutettua turvallisesti ja johdonmukaisesti, jos ajankohtaista tietoa ei ehditä rauhassa koota ja tai tuottaa erilaisin arviointimenetelmin.

Hyvin toteutuneessa ja suunnitellussa kotiutumisessa potilasta ehditään rauhassa valmistella kotiutumiseen. Tällöin ehditään tekemään myös konkreettisia asioita, joista potilaalle tulee ”muuttamisen” tunne, kuten esimerkiksi siivoamaan potilaan ylimääräisiä tavaroita pois ja lähettämään tarpeettomia tavaroita omaisten mukana varastoon. Etenkin valvonta-ajan myötä kotiutuvan potilaan kohdalla tämä toteutuu hyvin, koska valvonta-ajalle siirtyessään potilaalla tulee olla hankittuna tarvittavat kodin esineet, kuten astiat, sänky ja liinavaatteet. Potilaan kanssa ehditään tutustua rauhassa mahdolliseen uuteen paikkakuntaan ja sen tarjoamiin tukipalveluihin. Myös kartan katsominen ja etäisyyksien hahmottaminen esimerkiksi kauppaan tai kirjastoon ajateltiin haastattelussa tärkeäksi toimenpiteeksi. Näin potilas tietää jo etukäteen, millaiseen paikkaan hän on menossa ja mistä mitään löytyy, eikä potilas joudu aloittamaan kaikkea alusta uudessa paikassa. Tärkeänä pidettiin myös sitä, että kaikki tarvittava tieto potilaasta siirtyy jatkohoitopaikkaan, jotta potilas ei joudu aloittamaan hoitoaan alusta uudessa paikassa, vaan siellä voidaan jatkaa siitä, mihin Niuvanniemen sairaalassa on jääty. Myös potilaan riskitekijöistä, kuten päihteiden käytöstä on hyvä muistaa raportoida kotiutumisen yhteydessä. Kun kotiutuminen toteutuu kiireettömällä aikataululla, ehditään myös potilaan turvaverkostoa kartoittaa ja tiedottaa potilaan kotiutumisesta. Turvaverkoston kanssa on hyödyllistä käydä yhdessä läpi esimerkiksi potilaan psyykkisen sairauden pahenemisen varomerkkejä, joista on hyvä olla tietoinen varhaisen puuttumisen näkökulmasta.

Tutkimuksen myötä saadut tulokset olivat yhteneväisiä aikaisempien tutkimustulosten kanssa. Samoja haasteita todettiin olevan muuallakin maailmassa mutta myös muissa psykiatrian alan yksiköissä Suomessa. Haastattelun kysymykset pohjautuivat pitkälti aikaisempiin tutkimuksiin ja olikin mielenkiintoista seurata ja tutkia, kuinka hyvin näiden tutkimusten tiedot pitivät paikkaansa myös Niuvanniemen sairaalassa.

9.2 Tulosten pohdinta

Tämän tutkimuksen pohjalta saatiin vastaus molempiin asetettuihin tutkimuskysymyksiin ja saavutettiin tutkimuksen tarkoitus. Tutkimuksessa esille nousivat neljä kategoriaa, joihin tutkimustulokset jaettiin. Näitä olivat: Kiireetön ja moniammatillinen työskentely, Laadukas tiedonsiirto, Potilaan valmiudet kotiutua sekä Sosiaalinen verkosto ja ympäristö.

Psykiatrisesta sairaalasta kotiuttamisen on todettu olevan monimutkainen ja haasteita sisältävä kokonaisuus, joka näkyy myös oikeuspsykiatrian parissa (Koskinen ja Nurmi 2019, 2). Ensimmäisenä haasteena haastatteluissa nousi esille moniammatillisuus, jonka koettiin toteutuvan tällä hetkellä vaihtelevasti Niuvanniemen sairaalassa. Vaikka potilaan kotiutumiseen osallistuvatkin useat eri ammattiryhmät, ei esimerkiksi moniammatillista palaveria järjestetä ennen potilaan kotiuttamista. Esimerkiksi Isossa-Britanniassa tehdyssä tutkimuksessa todettiin kotiutussuunnitelman ja moniammatillisen raportin kaikkien osapuolten kesken olevan tärkeää potilaan kotiutuksessa (Crawford ym. 2012, 124). Moniammatillisuus ei nouse esille myöskään varsinaisessa siirtovaiheessa

esimerkiksi raportoinnin osalta. Haastattelussa toivottiin erityisesti sitä, että eri ammattiryhmät saisivat välittää oman raporttinsa suoraan saman ammattiryhmän jäsenelle jatkohoitoon. Näin myös eri ammattiryhmien osaamista ja tietotaitoa voitaisiin hyödyntää kotiutumisessa siten, että potilaan hoito olisi mahdollisimman jatkuvaa. Pitkänien sairaalassa tehdyssä haastattelussa todettiin tiedonsiirron ja yhteistyön sairaaloiden välillä tarvitsevan kehittämistä (Koskinen ja Nurmi 2019, 2).

Tutkimuksen tuloksista nousikin esille, että tiedonsiirrossa on haasteita potilaan kotiuttamisen osalta. Raportoinnin koettiin olevan haastavaa jo omankin sairaalan sisällä ja etenkin eri ammattiryhmien välillä. Myös Suvinen ja Voutilainen (2016, 26) totesivat tiedonsiirron toimijoiden välillä olevan haasteena Varkauden sairaalassa. Raportoinnissa toivottiin ajankohtaista ja laadukasta tietoa sekä olennaisten asioiden tiedottamista suoraan oikeille henkilöille. Laadukkaan tiedon tuottamisessa erilaisten arviointimenetelmien käyttäminen koettiin tärkeänä sen ohella, että tietoa kerätään koko potilaan hoitajakson ajalta. Jatkohoitoon koettiin tärkeänä siirtää päivittäin tarvittavaa tietoa moniammatillisesti. Tiedonsiirto olikin kokonaisuutena yksi eniten tutkimuksessa esille nousseista asioista.

Haastattelussa nousi esille myös ajankäyttö ja resurssit potilaan kotiuttamisessa. Kotiutumisten koettiin olevan usein liian nopealla aikataululla toteutuvia, jolloin potilaan valmistelu ja osallistaminen jää helposti puutteelliseksi. Näin totesivat myös Suvinen ja Voutilainen (2016, 24, 25) omassa tutkimuksessaan. Coffey (2013, 118) totesi oman tutkimuksensa tuloksissa, että henkilökunta toivoo usein hitaita kotiutumisriskikäyttäytymisen ja riskienhallinnan vuoksi, kun taas potilaat toivoivat nopeita kotiutumisista. Potilaiden näkemys nopeista kotiutumisista on myös perusteltu, koska liian pitkissä kotiutumisissa haasteena koettiin potilaan motivaation lasku hoitoonsa liittyen. Kotiutuminen tulisi jatkossa aloittaa mieluummin jo ennen varsinaisen kotiuttamispäätöksen tekemistä ja kuntoutustyötä jatkaa kotiutumiseen saakka. Lisäksi haastattelussa todettiin, että potilaan tilannetta pitäisi kartoittaa mahdollisimman pitkälti ajalta, jotta jatkohoidossa voitaisiin jatkaa siitä, mihin Niuvanniemen sairaalassa on jääty, sekä välttyttäisiin päällekkäiseltä työltä.

Isossa-Britanniassa tehdyssä tutkimuksessa potilaat kokivatkin kokemuksen kotiuttamisesta olevan tärkeä osa hoitoa, joka aiheutti pahimmillaan potilaille ahdistusta ja epävarmuutta (Crawford ym. 2012, 116). Tässäkin tutkimuksessa yhtenä tärkeimpänä asiana kotiutumista suunniteltaessa koettiin potilaan valmiudet kotiutumiseen. Ajoittain potilaan valmiuteen kotiutua ei voida vaikuttaa Niuvanniemen sairaalan puolelta, koska potilaita siirtyy omalle hyvinvointialueelle jatkohoitoon myös suljetuilta tutkimus- ja vakautusosastoilta. Tällöin potilaan kyvyt esimerkiksi oman sairautensa ymmärtämiseen voivat olla puutteelliset. Nopeissa kotiutuksissa potilaan osallistaminen jää helposti vähäiseksi ja potilaalle saattaa jäädä tunne, ettei kotiutuminen ole ollut hänellä itsellään hallinnassa. Myös Isossa-Britanniassa potilaat kokivat kotiutusvaiheessa tunnetta riittämättömästä hoidosta silloin, kun kotiutuminen tapahtui liian nopeasti. Potilaat kokivat myös surua tärkeän hoitosuhteen katkeamisesta siten, ettei asiaa ollut ehditty käsitellä. (Crawford ym. 2012, 116.)

Haastattelussa nousi esille toive, että potilaan edetessä hoidossa ja kotiutumisesta suunniteltaessa hoitosuunnitelmassa alettaisiin panostaa enemmän potilaan tulevaisuuden suunnitteluun. Näin potilaalle tuotaisiin konkreettisesti esille tulevaa kotiutumista ja valmisteltaisiin potilasta kotiutumisen

jälkeiseen aikaan, joka myös osallistaa potilasta hoitoonsa ja kotiutumiseensa. Crawfordin ym. (2012, 124) tutkimuksessa nostettiin esille potilaslähtöisyys ja potilaan osallistaminen kotiutumisessa. Potilasta voidaan osallistaa kotiutumiseen monin eri tavoin. Esimerkiksi hoitosuunnitelman avulla kotiutumisesta voidaan alkaa puhua jo hyvissä ajoin keskustellen sen aikatauluista ja vaatimuksista kaikkien osapuolten kanssa, kuten myös Coffey (2013, 1182) tutkimuksessaan totesi. Hoitosuunnitelma olikin merkityksellisessä roolissa potilaan kotiutumisessa esimerkiksi Ruotsissa ja Japanissa. Näissä maissa tehdyissä tutkimuksissa todettiin, että hoitosuunnitelma tulisi laatia perusteellisesti, moniammatillisesti ja potilasta osallistaen. Hoitosuunnitelmassa tulisi huomioida kaikki potilaan sairaudet, päihdeongelma, varomerkit ja voimavarat, koska etenkin aiempien sairaalahoidojen ja päihdeongelman on todettu olevan riskitekijöitä ongelmakäyttäytymiselle kotiutumisen jälkeen. (Fazel, Wolf, Fiminska & Larsson 2016 1; Nagata ym. 2019, 157, 158.)

Stigma aiheena on viime aikoina noussut useissa asiayhteyksissä esille, kuten myös oikeuspsykiatrisen potilaan kohdalla ja tässä haastattelussa. Esimerkiksi Isossa-Britanniassa tehdyssä tutkimuksessa havaittiin, että potilaat kokivat sairauteensa liittyvän enemmän stigmaa silloin, kun heitä ei otettu mukaan hoidon ja kotiutumisen suunnitteluun (Crawford ym. 2012, 86). Myös toisessa Isossa-Britanniassa tehdyssä tutkimuksessa potilaan pelkäsivät leimatuksi tulemistä psykiatrisesta sairaalasta kotiutumisen jälkeen (Coffey 2013, 1188). Stigmaa onkin alettu käsitellä enemmän myös Niuvanniemen sairaalassa, mutta edelleen potilaat kokevat leimatuksi tulemisen pelkoa kotiutumisen yhteydessä ja puhuttaessa potilaan sairauksista. Jatkossa toivottaisiinkin, että stigmaa ja sen hyväksymistä käsiteltäisiin yhä enemmän potilaiden kanssa ja asioita tuotaisiin näkyväksi myös ulospäin, jolloin sairauksien ympärillä oleva stigma saataisiin hiljalleen vähenemään.

Neljäntenä pääluokkana haastattelussa nousi esille sosiaalinen verkosto ja ympäristö. Niuvanniemen sairaalassa tehdään jo nyt yhteistyötä potilaan omaisten kanssa ja hoitotyöntekijöitä koulutetaan myös perhepsykoedukatioon. Niuvanniemen sairaalassa potilaan omaisten kanssa tehtävää työtä toivottaisiin vieläkin enemmän ja lisäksi potilaan omaiset tulisi huomioida myös potilaan kotiutuksessa. Toki potilas saa itse valita, haluaako hän omaistyötä tehtävän, mutta usein omaiset ovat potilaalle tärkein tukiverkosto kotiutuksen koittaessa. Myös Isossa-Britanniassa potilaan läheisten osallistaminen nähdään tärkeänä osana potilaan hoitoa (Crawford ym. 2012, 124). Myös tukitoimien kartoitusta ja potilaan tukemista itsenäistymiseen koettiin tarvittavan enemmän. Potilaan kanssa olisi hyvä kartoittaa jo hyvissä ajoin millaisia palveluita, harrastusmahdollisuuksia ja tukitoimia oman hyvinvointialueen sairaalan tai kuntoutuskodin lähellä on. Tällä tavoin potilasta saataisiin tuettua itsenäistymiseen ja turvattaisiin omalta osaltaan hoidon jatkuvuutta. Potilaan itsenäistymistä tuettaisiin myös siten, mikäli jo hyvissä ajoin ennen kotiutusta potilas osallistuisi itse tavaroiden pakkaamiseen, erilaisten hankintojen tekemiseen kotiutumista varten ja tarpeettomien tavaroiden eteenpäin siirtämiseen.

Ennen kotiutumista potilaan olisi myös hyvä tiedostaa ja harjoitella itsenäisesti arjessa tehtäviä toimia, joita kotiutumisen jälkeen jää potilaan hoidettavaksi. Näinä toimina haastattelussa nähtiin esimerkiksi laskujen maksaminen, lääkkeiden hankkiminen, sekä arjen täyttäminen mielekkäillä ja järkevillä toimilla, kuten työtoiminnalla ja harrastuksilla. Kotiutuksen jälkeen omahoitaja

Niuvanniemen sairaalasta soittelee joidenkin potilaiden kohdalla kerran tai muutamia kertoja keskustellakseen kotiutuksen jälkeisen ajan kuulumisia. Haastattelussa tuli kuitenkin ilmi, että näin toivottaisiin toimittavan jokaisen potilaan kotiutumisessa. Potilasta tulisi informoida jo ennen kotiuttamista siitä, minne ottaa yhteyttä, mikäli potilas alkaa huomata voinnissaan heikkenemistä. Näin totesivat myös Crawford ym. (2012, 117) omassa tutkimuksessaan, jossa he totesivat tietojen olevan tärkeää välittyä myös potilaan tukiverkostolle.

Tutkimuksen tuloksia hyödynnettiin opinnäytetyön kehittämisvaiheessa varmistaen, ettei tutkimuksesta syntynyt tieto jäänyt vain teorian asteelle. Tutkimuksessa saatiin vastauksia tutkimuskysymyksiin, joista puolestaan saatiin arvokasta lisäsisältöä tuotoksena valmistuneeseen tarkistuslistaan. Tutkimuksen aikana saatiin konkreettisia vastauksia siihen, mitä tarkistuslistan tulisi sisältää. Myös tiedonsiirron ja oleellisen tiedon sisällöstä saatiin tutkimuksen myötä arvokasta tietoa kehittämistyötä ajatellen. Tutkimus toimikin ennen kaikkea lähtökohtana ja pohjana kehittämistyölle. Tutkimustulosten hyödyntäminen johti toiminnan konkreettiseen parantumiseen ja uuteen apuvälineeseen, joka tuotti lisäarvoa ja lisää laadukkuutta organisaation toiminnalle.

Ryhmämuotoinen teemahaastattelu toimi menetelmänä hyvin ja oli tarkoituksenmukainen tämän kaltaiseen opinnäytetyöhön. Kuten menetelmää valitessa pohdittiin, teemahaastattelu rikastutti osallistujien keskustelua ja kannusti osallistujia pohtimaan aihetta syvällisemmin. Aineiston purkamiseen induktiivinen sisällönanalyysi luokitteluineen oli hyvä valinta ja sopi luontevasti tutkimuksen tuoman aineiston purkamiseen. Luokittelulla saatiin luotua selkeä runko tuloksista, joka on helposti luettavissa opinnäytetyössä. Haastattelun kohderyhmän suhteen laajentaminen hoitotyön tekijöistä sosiaalityöntekijöihin ja psykologeihin oli kannattava, koska heidän näkemyksensä rikastutti aineistoa ja toi esille uusia näkökulmia. Myös aiheen rajaaminen koskemaan ainoastaan aikuispotilaita oli hyvä valinta, koska muuten opinnäytetyöstä olisi tullut liian laaja.

9.3 Kehittämistyön arviointi

Työpajat onnistuivat pääosin suunnitelman mukaan, vaikkakaan kaikki valikoidut henkilöt eivät päässeet osallistumaan henkilökohtaisesti toiseen tai kolmanteen työpajaan. Hankaluuksia tuottivat työaikojen sovittaminen yhteen, koska osa osallistujista teki kolmivuorotyötä. Yksi osallistujista vaihtoi toisen työpajan jälkeen työnantajaa, joten hän ei päässyt osallistumaan tuotoksen testaukseen. Yksi osallistujista vaihtoi myös osastotyöstä vuodenvaihteessa auenneelle oikeuspsykiatriselle poliklinikalle, mutta hän pystyi olemaan kehittämisprosessissa mukana loppuun saakka. Toisaalta näkemys poliklinikkatyöstä nähtiin myös hyvänä opinnäytetyön kannalta, koska jatkossa Niuvanniemen sairaalan potilaat voivat kotiutua kyseiselle poliklinikalle. Poliklinikka toivoikin saavansa tarkistuslistan myös omaan käyttöönsä heidän tarpeisiinsa muokattuna opinnäytetyön valmistumisen jälkeen. Pohdintaa aiheutti myös se seikka, kenen vastuulla osastolla on varmistaa, että kaikki tarkistuslistan tiedot on selvitetty ja kirjattu ylös. Tässä pohdinnassa päädyttiin siihen ratkaisuun, että joko potilaan omahoitaja tai muu hoitotiimin jäsen varmistaa, että kaikki kohdat lomakkeesta on ruksattu ennen potilaan siirtymistä jatkohoitoon.

Kehittämistyössä eniten pohdintaa opinnäytetyön tekijöille aiheutti aikataulutuksen haasteet ja viimeisessä työpajassa tämä näkyikin selkeästi, kun useammalla kasaantuivat lomat ja poissaolot

juuri siihen ajankohtaan, johon työpaja oli suunniteltu. Kehittämistyön suunnittelu ja toteutus sujuivat päinvastoin ongelmitta ja molemmilla opinnäytetyön tekijöillä oli yhtenäinen näkemys siitä, kuinka mitään vaihetta lähestytään. Myös työskentelytavat sopivat molemmille ja kehittämistyön toteutus oli tältä osin vaivatonta. Työpajat olivatkin kehittämistyön menetelmänä opinnäytetyön tekijöille mieluisia ja vastasivat hyvin opinnäytetyön tarpeisiin. Näin kehittämistyössä pääsi näkemään useamman ammattilaisen ja työryhmän jäsenen osaaminen aiheesta.

9.4 Tuotoksen hyödynnettävyys

Tuotoksena valmistuneen tarkistuslistan osalta varsinainen toimivuus ja muutostarve selviää vasta, kun tarkistuslista on ollut käytössä jonkin aikaa. Lopulliseen levitykseen koko organisaatiolle tarkistuslista pääsee, kun valmis opinnäytetyö on esitelty työn tilaajalle. Opinnäytetyön tekijöiden suurin tavoite siitä, että valmistuva tuotos hyödyttäisi Niuvanniemen sairaalaa, näyttäisi toteutuvan hyvin. Tarkistuslista on saanut hyvää palautetta jo nyt ja sitä on otettu onnistuneesti käyttöön potilaiden kotiutumisissa ja niiden suunnittelussa. Tarkistuslista näyttäisi siis vaikuttavan työskentelyyn tehden kotiuttamisesta suunnitelmallisempaa ja turvallisempaa, joka olikin yksi kehittämistyön tavoitteista. Tarkistuslistalle on nähty olevan tarvetta ja se on otettu vastaan positiivisesti. Tarkistuslistan on nähty hyödyttävän myös potilaita, tarkistuslistan osallistaessa potilasta omaan kotiutumiseensa. Tarkistuslistassa on huomioitu asioita, joita ei välttämättä muuten tulisi potilaan kanssa käytyä läpi ennen kotiutumisen koittamista. Tarkistuslista on saanut positiivista palautetta myös yhdeltä taholta, jonne potilas on kotiutunut.

Tarkistuslistaa tehdessä haasteita tuotti eniten se, kuinka niin paljon tärkeää asiaa saadaan sovitettua listaan, jonka tulisi olla helposti täytettävä ja mahdollisimman lyhyt ja käytännöllinen. Tarkistuslistaan pyrittiin tuomaan vain niitä asioita, jotka ovat merkityksellisiä potilaan hoidon jatkuvuuden kannalta ja yhdistelemään niitä samantyylisten asioiden kanssa yhteen. Lopulta tuotoksesta saatiin riittävän tiivis siten, että kaikki tarpeellinen löytyy yhdeltä paperilta.

Tämä opinnäytetyö on hyödynnettävissä jatkossa koko organisaation ja myös muiden oikeuspsykiatristen ja psykiatristen sairaaloiden tutkimuksiin ja opinnäytetöihin. Etenkin tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää jatkossa tuleviin tutkimuksiin ja opinnäytetöihin ja toisaalta muutoksia toimintoihin voidaan tehdä jo tämän tutkimuksen perusteella. Tarkistuslistaa voidaan jatkossa hyödyntää muihin työyksiköihin ja organisaatioihin tarpeen mukaan muokkaamalla sitä tarkoitukseen sopivaksi.

Tarkistuslistaa voidaan tulevaisuudessa muokata sähköiseen muotoon, jolloin se olisi entistä paremmin kaikkien ammattiryhmien saavutettavissa paikasta riippumatta. Tällöin myös paperin käyttö vähentyisi ja päästäisiin lähemmäksi tavoitetta paperittomasta sairaalasta. Tietokoneella työskentely on myös enemmän nykyaikaa ja tulevaisuutta. Yhtenä kehittämisideana tulevaisuuteen olisi kotiuttamishoitaja, joka huolehtisi siitä, että jokainen yksikön työntekijä tietää, mitä tehdä potilaan kotiuttamisen yhteydessä ja sitä suunniteltaessa. Kotiuttamishoitaja voisi myös huolehtia siitä, että tarkistuslistaa muistetaan käyttää ja hyödyntää parhaimmalla mahdollisella tavalla.

Potilaan kotiutumista valmisteltaessa ja suunniteltaessa olisi hyvä järjestää jatkossa moniammatillinen palaveri vastaanottavan tahon kanssa. Tarvittaessa palaveri voitaisiin järjestää

joko siten, että osallistujat ovat fyysisesti paikalla tai siten, että osa osallistuu palaveriin videovälitteisesti. Myös tässä olisi hyvä kohde opinnäytetyölle. Muutaman vuoden kuluttua olisi myös mielenkiintoista tietää, kuinka tarkistuslista on toiminut moniammatillisesti ja samalla voisi kerätä muutosehdotuksia ja tehdä tarvittavia päivityksiä tuotokseen. Myös potilaiden kokemuksia oikeuspsykiatrisesta sairaalasta kotiutumisesta olisi mielenkiintoinen kuulla tulevaisuudessa.

Niuvanniemen sairaalassa on tehty vuonna 2019 opas Kuopioon kotiutuvalle potilaalle arjen taitoihin liittyen, mutta jatkossa opinnäytetyön aiheena voisi olla myös psykososiaalinen opas. Oppaassa voisi olla tarjolla tietoa erilaisista tunteista kotiutumisen jälkeen, yhteystietoja hoidon piiriin ja tietoa omasta sairaudesta.

9.5 Eettisyyden ja luotettavuuden toteutuminen

Tässä opinnäytetyössä on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä ja se on ohjannut tekijöiden toimintaa aina suunnitelmasta toteutukseen ja raportointivaiheeseen asti. Opinnäytetyön tekijät ovat toimineet luotettavasti, huolellisesti, tarkasti ja rehellisesti aina aineiston keruusta aineiston analyysiin ja tulosten raportointiin. Tutkimustulokset on esitetty raportissa totuudenmukaisesti. Osallistujille on tarjottu riittävä informaatio tutkimuksesta ja he ovat voineet vapaaehtoisesti päättää osallistumisestaan. Henkilötietoja on käsitelty luottamuksellisesti suojaten osallistujien yksityisyyttä ja heidän tietonsa on käsitelty anonymisoituna. Opinnäytetyön tekijät ovat varmistaneet, että prosessi on kokonaisuudessaan ollut oikeudenmukainen, vastuullinen ja kaikkien osapuolien hyvinvointia kunnioittava.

Tutkimuksen luotettavuus on keskeinen tekijä, joka määrittää, kuinka hyvin tutkimuksen tuloksiin voidaan luottaa. Luotettavuus tarkoittaa, että tutkimus tuottaa yhdenmukaisia ja tarkkoja tuloksia, jotka ovat toistettavissa eri ajankohtina ja eri olosuhteissa (Toikko & Rantanen 2009, 122.) Tämä edellyttää, että tutkimusmenetelmät ovat huolellisesti valittuja ja niitä sovelletaan johdonmukaisesti koko tutkimusprosessin ajan.

Opinnäytetyöhön luotettavuutta tuo tulosten tarkkuus ja paikkansapitävyys. Tutkimuksen menetelmät on huolellisesti suunniteltu ja toteutettu siten että tulokset ovat toistettavissa ja objektiivisia. Tutkimuksen aineisto on käsitelty asianmukaisesti ja tulokset on esitetty selkeästi ja johdonmukaisesti. Kehittämistoiminnassa luotettavuudella tarkoitetaan ensisijaisesti kuitenkin käytännöllisyyttä. Kehittämistoiminnassa saatua tietoa tulee siis myös hyödyntää sen lisäksi että tuotettu tieto on totuuden mukaista (Toikko & Rantanen 2009, 121–122).

LÄHTEET

- Askola, Riitta 2018. Rikoksesta syyntakeettomana tuomitsematta jätetty oikeuspsykiatrinen potilas ja hänen hoitonsa. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.
<https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/104379/978-952-03-0850-6.pdf?sequence=1>. Viitattu 23.5.2023.
- Askola, Riitta, Louheranta, Olavi & Seppänen, Allan 2022. Factors affecting treatment regress and progress in forensic psychiatry: A Thematic Analysis. *Frontiers in Psychiatry* 13,
<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.884410>. Viitattu 9.2.2024.
- Blomgren, Karin & Pauniahho, Satu-Liisa 2014. Tarkistuslistat terveydenhuollossa. Teoksessa Aaltonen, Leena-Maija & Rosenberg, Per (toim.) Potilasturvallisuuden perusteet. E-Kirja. Oppiportti. Kustannus Oy Duodecim. <https://www.oppoportti.fi/op/ptp00304/do#s1>. Viitattu 21.5.2023.
- Coffey, Michael 2013. Time and its uses in accounts of conditional discharge in forensic psychiatry. *Sociology of Health & Illness* 35 (8), 1181-1195. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12036>. Viitattu 19.1.2024.
- Crawford, Mike, Rose, Diana, Kendall, Tim, Allister, Janice, Armstrong, Siobhan, Black, Adam, Carr, Sarah, Costa, Beverley, Cronin-Davis, Jane, Cubison, Jan, Green, Victoria, Nettle, Mary, Simpson, Leroy, Travis, Clive, Woodhams, Peter, Anigbogu, Benedict, Halton, Marie, Leggett, Katherine, Smith, Melinda, Stockton, Sarah, Taylor, Clare, Whittington, Craig, Griffith, Laura & Rizzo, Maria 2012. Service user experience in adult mental health: improving the experience of care of people using adult NHS mental health services. Verkkojulkaisu.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK327315/>. Viitattu 17.11.2022.
- Cresswell, Aynsley, Hart, Matthew, Suchanek, Ondrej, Young, Tania, Leaver, Laurence & Hibbs, Stephen 2015. Mind the gap: Improving discharge communication between secondary and primary care. *BMJ Quality Improvement Reports* 4 (1). <https://doi.org/10.1136/bmjquality.u207936.w3197>. Viitattu 7.7.2024.
- Elo, Satu, Kajula, Outi, Tohmola, Anniina & Kääriäinen, Maria 2022. Laadullisen sisällönanalyysin vaiheet ja eteneminen. *Hoitotiede* 34 (4), 215-225. <https://journal.fi/hoitotiede/article/view/128987>. Viitattu 20.3.2024.
- Fazel, Seena, Wolf, Achim, Fimińska, Zuzanna & Larsson, Henrik 2016. *um*. *PLoS One* 11 (5): e0155906. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0155906>. Viitattu 19.1.2024.
- Fazel, Seena, Fimińska, Zuzanna, Cocks, Christopher & Coid, Jeremy 2016. Patient outcomes following discharge from secure psychiatric hospitals: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry* 208 (1), 17-25. <https://doi.org/10.1192%2Fbjp.bp.114.149997>. Viitattu 7.7.2024.
- Gawande, Atul 2009. The Checklist Manifesto. E-kirja. <https://archive.org/details/TheChecklistManifesto/page/n5/mode/2up?view=theater>. Viitattu 3.5.2023.
- Hammarström, Lars, Häggström, Marie, Devik, Siri Andreassen & Hellzen, Ove 2019. Controlling emotions-nurses' lived experiences caring for patients in forensic psychiatry. Verkkojulkaisu. <https://doi.org/10.1080/17482631.2019.1682911>. Viitattu 18.6.2024.
- Hayes, Heather, Kemp, Richard, Large, Matthew & Nielssen, Olav 2014. A 21-year retrospective outcome study of New South Wales forensic patients granted conditional and unconditional release. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry* 48 (3), 259-282.
<https://doi.org/10.1177/0004867413507610>. Viitattu 19.1.2024.

- Hellström, Martti 2004. Muutosote - Akvaarioprojektin pedagogisten kehittämishankkeiden toteutustapa ja onnistuminen. Helsingin yliopiston soveltavan kasvatustieteen laitos, tutkimuksia 249. <https://helda.helsinki.fi/server/api/core/bitstreams/4a9df282-c6e4-4f5d-ab05-db12b6bf6ee8/content>. Viitattu 26.8.2023.
- Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2015. Tutki ja kirjoita. 20. painos. Porvoo: Bookwell oy.
- Kaarre, Hanna, Laarni, Lauri, Niinistö, Kirsi, Melander, Sakari, Ahlgrén-Rimpiläinen, Aulikki 2022. Oikeuspsykiatria ja lainsäädäntö. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/145477/URN_ISBN_978-952-343-974-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Viitattu 23.5.2022.
- Kantojärvi, Piritta 2012. Fasilitointi luo uutta. Menesty ryhmän vetäjänä. Helsinki: Talentum Media Oy.
- Kiviniemi, Kari 2018. Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa Valli, Raine & Aaltola Juhani (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. E-kirja. 5. uudistettu ja täydennetty painos. Jyväskylä: PS-kustannus. Viitattu 15.11.2022.
- Klinger, Karoline, Ross, Thomas & Bulla, Jan 2020. Forensic Outpatient Variables That May Help to Prevent Further Detention. *Frontiers in Psychiatry* 11 (42). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00042>. Viitattu 7.7.2024.
- Kohonen, Iina, Kuula-Luumi, Arja & Spoof, Sanna-Kaisa 2019. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakkoarviointi Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2019. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 3. https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Ihmistieteiden_eettisen_ennakkoarvioinnin_ohje_2020.pdf. Viitattu 9.11.2022.
- Konttinen, Ulla & Korpinen, Greta 2018. Psykiatriin palveluihin ohjautuvuus. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja. Saimaan ammattikorkeakoulu. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2018110216583>. Viitattu 3.2.2023.
- Koskinen, Suvi & Nurmi, Paula 2019. Kotiutus psykiatrisesta sairaalasta - Käytännöt ja niiden kehittäminen. Opinnäytetyö. Sosiaali- ja terveysalan koulutusohjelma, kliininen asiantuntija sairaanhoitaja YAMK. Tampereen ammattikorkeakoulu. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2019112622649>. Viitattu 1.2.2023.
- Kosonen, Hanna & Tähkä, Johanna 2014. Mielenterveyspotilaiden kokemuksia kotiutumisen tarkistuslistasta. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja. Metropolia ammattikorkeakoulu. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/88972/Kosonen_Hanna.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Viitattu 26.6.2024.
- Kosonen, Sari 2016. Potilaat toivovat pitkäaikaisia hoitosuhteita. *Lääkärilehti* 71, 828–829. <https://www.laakarilehti.fi/liitossa/liitto-toimii/potilaat-toivovat-pitkaaikaista-hoitosuhteita/>. Viitattu 19.2.2024.
- Kuhanen, Carita 2017. Mielenterveys ja mielenterveyshoitotyö. Teoksessa Pohja, Birgitta (toim.) Mielenterveyshoitotyö. 5. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 18-33.
- Kuusisto, Anne, Joensuu, Anne, Nevalainen, Minna, Pakkanen, Terhi, Ranne, Paula & Puustinen, Juha 2019. Sähköisen moniammatillisen kotiutuslistan kehittäminen sairaalasta kotiutuksen tueksi. *FinJeHeW* 11 (1–2), 38-52. <https://doi.org/10.23996/fjhw.70465>. Viitattu 28.6.2024.
- Kärkkäinen, Jukka 2021. Psykiatrian laitospaikkaselvitys. Terveiden- ja hyvinvoinnin laitos. Verkkojulkaisu.

https://thl.fi/documents/974282/1449788/Psykiatrian+laitospaikkaselvitys_07052021_miepä-johtajapvät_Jukka+Kärkkäinen.pdf/9294d0d0-68ee-678e-ddc9-c582d8a721c6?t=1620824645515. Viitattu 23.5.2023.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#L2P6>. Viitattu 23.5.2023.

Linnaranta, Outi 2022. Toimenpidesuositus riittävän ja laadukkaan psykiatrisen sairaalahoidon turvaamiseksi. Terveiden- ja hyvinvoinnin laitos. Verkkojulkaisu. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-826-2>. Viitattu 23.5.2023.

Lindberg, Marko, Kaarre, Hanna & Ahlgrén-Rimpiläinen, Aulikki 2022. Oikeuspsykiatrisen potilaan valvonta-aika. Duodecim 138, 2073–2079. <https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo17152.pdf>. Viitattu 26.6.2024.

Li, Jing, Young, Robert & Williams, Mark 2014. Optimizing transitions of care to reduce rehospitalizations. Cleveland Clinic Journal of Medicine 81 (5), 312-320. <https://doi.org/10.3949/ccjm.81a.13106>. Viitattu 7.7.2024.

Lumén, Katja, Louheranta, Olavi & Kuosmanen, Lauri 2024. A narrative of recovery in forensic hospitals. Archives of Psychiatric Nursing 51, 120-126. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2024.06.002>. Viitattu 7.7.2024.

Maanniemi, Karoliina 2019. Häpeä ja stigma mielisairaaloiden potilaiden ja heidän omaistensa muistoissa. Sosiaalilääketieteen aikauslehti 56 (3), 181-191. <https://doi.org/10.23990/sa.75490>. Viitattu 9.2.2024.

Mielenterveyslaki 1116/1990. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116#L3>. Viitattu 3.6.2023.

Mielenterveystalo julkaisuaika tuntematon. Asumispalvelut mielenterveyskuntoutujille. Verkkosivu. <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/asumispalvelut-mielenterveyskuntoutujille>. Viitattu 7.3.2024.

Nagata, Takako, Tachimori, Hisateru, Nishinaka, Hirofumi, Takeda, Koji, Matsuda, Taro & Hirabayashi, Naotsugu 2019. Mentally disordered offenders discharged from designated hospital facilities under the medical treatment and supervision act in Japan: Reoffending and readmission. Criminal Behaviour and Mental Health 29 (3), 157-167. <https://doi.org/10.1002/cbm.2117>. Viitattu 19.1.2024.

Niuvanniemen sairaala 2021. Tulossopimus 2022. <https://www.niuva.fi/wp-content/uploads/2022/01/tulossopimus-2022.pdf>. Viitattu 24.5.2023.

Niuvanniemen sairaala 2024. Toimintakertomus vuodelta 2023. <https://www.niuva.fi/wp-content/uploads/2024/05/toimintakertomus-2023.pdf>. Viitattu 18.6.2024.

Niuvanniemen sairaala julkaisuaika tuntematon a. Tuomitsematta jätetyt. Verkkosivu. <https://www.niuva.fi/sairaalan-toiminta/potilaan-tutkimus-ja-hoito/tuomitsematta-jatetyt/>. Viitattu 23.5.2023.

Niuvanniemen sairaala julkaisuaika tuntematon b. Vaaralliset ja/tai vaikeahoitoiset potilaat. Verkkosivu. <https://www.niuva.fi/sairaalan-toiminta/potilaan-tutkimus-ja-hoito/vaaralliset-ja-tai-vaikeahoitoiset-potilaat/>. Viitattu 23.5.2023.

Niuvanniemen sairaala julkaisuaika tuntematon c. Osastojen esittelyt. Verkkosivu. <https://www.niuva.fi/hoitoty-ja-potilasasiavastaava/osastot/osastojen-esittelyt/>. Viitattu 22.5.2024.

Niuvanniemen sairaala julkaisuaika tuntematon d. Osastot. Verkkosivu. <https://www.niuva.fi/hoitoty-ja-potilasasiavastaava/osastot/>. Viitattu 22.5.2024.

Niuvanniemen sairaala julkaisuaika tuntematon e. Niuvanniemen valtakunnallinen poliklinikka. Verkkosivu. <https://www.niuvu.fi/sairaalan-toiminta/potilaan-tutkimus-ja-hoito/niuvanniemen-valtakunnallinen-poliklinikka/>. Viitattu 22.5.2024.

Niuvanniemen sairaala julkaisuaika tuntematon f. Sairaalaista pois siirtyminen. Verkkosivu. <https://www.niuvu.fi/hoitoty-ja-potilasasiamies/sairaalaista-pois-siirtyminen/>. Viitattu 24.5.2023.

Niuvanniemen sairaala julkaisuaika tuntematon g. Hoitomenetelmät. Verkkosivu. <https://www.niuvu.fi/hoitoty-ja-potilasasiavastaava/hoitomenetelmat/>. Viitattu 19.2.2024.

Noland, Ebba, Strandh, Mattias & Klötz Logan, Fia 2022. The reconstructions of mentally disordered offenders - how, when, and where? *BMC Psychiatry* 22 (264). <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03912-4>. Viitattu 19.1.2024.

Noland, Ebba, Klötz Logand, Fia, Sjöström, Stefan & Strandh, Mattias 2023. What happens after forensic psychiatric care? A latent class analysis of dimensions of welfare for former forensic psychiatric patients. *BMC Psychiatry* 23 (937). <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05428-x>. Viitattu 9.2.2024.

Ojala, Kari & Seppänen, Allan 2024. Valtion mielisairaalat. Teoksessa Ahlgren-Rimpiläinen, Aulikki, Seppänen, Allan, Melander, Sakari & Rautanen, Mika (toim.) *Oikeuspsykiatria*. Punamusta Oy.

Ojasalo, Katri, Moilanen, Teemu & Ritalahti, Jarmo 2014. Kehittämistyön menetelmät. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

O'Shea, Laura E. & Dickens, Geoffrey L. 2016. Role of assessment components and recent adverse outcomes in risk estimation and prediction: Use of the Short Term Assessment of Risk and Treatability (START) in an adult secure inpatient mental health service. *Psychiatry Research* 240, 398-405. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.068>. Viitattu 9.2.2024.

Puusa, Anu & Juuti, Pauli 2020. Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. E-Kirja. Helsinki: Gaudeamus. Viitattu 22.5.2023.

Rautanen, Mika, Brotherus, Leena, Soukkanen, Marianne, Niinistö, Kirsi & Ahlgrén-Rimpiläinen, Aulikki 2015. Oikeuspsykiatrinen potilas on matkalla avohoitoon. *Suomen lääkärilehti* 49, 3394-3398. <https://www-laakarilehti-fi.ezproxy.savonia.fi/pdf/2015/SLL492015-3394.pdf>. Viitattu 23.5.2023.

Rautanen, Mika & Keski-Valkama, Alice 2024. Riskiarviopohjainen päätöksenteko ja riskienhallintasuunnitelmat. Teoksessa Ahlgren-Rimpiläinen, Aulikki, Seppänen, Allan, Melander, Sakari & Rautanen, Mika (toim.) *Oikeuspsykiatria*. Punamusta Oy.

Redding, Anna, Maguire, Nick, Johnson, George & Maguire, Tess 2017. What is the Lived Experience of Being Discharged From a Psychiatric Inpatient Stay? *Community Ment Health J* 53 (5), 568-577. <https://doi.org/10.1007/s10597-017-0092-0>. Viitattu 3.2.2023.

Relander-Heiskanen, Ulla 2022. Osastonhoitaja. Niuvanniemen sairaala. Haastattelu 18.11.2022.

Rissanen, Päivi 2007. Skitsofreniasta kuntoutuminen. Pori: Kehitys Oy.

Roth, Sophia L., Qureshi, Aamna, Moulden, Heather M., Chaimowitz, Gary A., Lanius, Ruth A., Losier, Bruno J., & Mckinnon, Margaret C. 2022. "Trapped in their Shame": A Qualitative Investigation of Moral Injury in Forensic Psychiatry Patients. *Criminal Justice and Behavior*, 49 (4), 593-612. <https://doi.org/10.1177/00938548211039877>. Viitattu 9.2.2024.

Rovamo, Essi & Toikko, Timo 2019. Päihde- ja mielenterveystyöhön kohdistetut negatiiviset asenteet ja assosiatiivinen stigma. *Yhteiskuntapolitiikka* 84 (3), 281-291. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019061220162>. Viitattu 9.2.2024.

Ruusuvuori, Johanna & Nikander, Pirjo 2017. Haastatteluaineiston litterointi. Teoksessa Hyvärinen, Matti, Nikander, Pirjo & Ruusuvuori, Johanna (toim.) Tutkimushaastattelun käsikirja. Tampere: Vastapaino, 427-444.

Saaranen-Kauppinen, Anita & Puusniekka, Anna 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Verkkojulkaisu. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L6_3_2.html. Viitattu 20.3.2024.

Sipponen-Damonte, Mirjami 2020. Varmuutta fasilitointiin. E-Kirja. Helsinki: Alma Talent Oy. Viitattu 22.5.2023.

Sosiaalihuoltolaki 1301/2014. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301#L3P25> Viitattu 23.5.2023.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2019. Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019. Pdf-tiedosto. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4036-9>. Viitattu 24.5.2023.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2022. Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022–2026. Pdf-tiedosto. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-8464-6>. Viitattu 24.5.2023.

Stevanovic, Melisa, Valkeapää, Taina, Weiste, Elina & Lindholm, Camilla 2018. Osallisuus ja yhteinen päätöksenteko mielenterveyskuntoutuksessa. *Psykologia* 53 (05-06), 402-450. https://www.researchgate.net/publication/331588846_Osallisuus_ja_yhteinen_paatöksenteko_mielenterveyskuntoutuksessa?enrichId=rgreq-c0ed06d630d6f60ae3fa83c3c61d9305-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdIOzMzMTU4ODg0NjBtBUzo3MzQxNTc2MTc1MDgzNjFAMTU1MjA0ODIyNDk2Ng%3D%3D&el=1_x_2&_esc=publicationCoverPdf. Viitattu 19.2.2024.

Strand, Teija, Ridanpää, Soile & Kotovirta, Elina (toim.) 2023. Suosituksia mielenterveyteen, päihdeongelmiin ja riippuvuuteen liittyvän stigman ja syrjinnän tunnistamiseen ja vähentämiseen. Kansanterveyden neuvottelukunnan mielenterveys-, päihde- ja riippuvuusasioiden jaosto. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 29. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-9873-5>. Viitattu 9.2.2024.

Suvinen, Ann-Mari & Voutilainen, Heidi 2016. Turvallinen kotiuttaminen. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Pieksämäki. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2016112116694>. Viitattu 29.1.2023.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>. Viitattu 24.5.2023.

THL julkaisuaika tuntematon. Osallisuus. Verkkosivu. <https://thl.fi/aiheet/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/hyvinvointi/osallisuus>. Viitattu 19.2.2024.

THL 2011. Potilasturvallisuusopas. Verkkojulkaisu. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80154/b6783c8b-f465-403b-85f7-90f92f4c971f.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Viitattu 3.5.2023.

THL 2023 a. Tilastotietoa oikeuspsykiatrian tehtäväalueen päätöksistä. Verkkosivu. <https://thl.fi/aiheet/mielenterveys/mielenterveyspalvelut/oikeuspsykiatria/tilastotietoa-oikeuspsykiatristen-asioiden-lautakunnan-paatoksista>. Viitattu 20.3.2024.

THL 2023 b. Osallisuuden edistäjän opas. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/146717/URN_ISBN_978-952-408-088-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Viitattu 19.2.2024.

Tiihonen, Jari 2023a. Mitä on oikeuspsykiatria? Duodecim Oppiportti. <https://www.oppiportti.fi/op/pkr00411/do>. Viitattu 18.5.2024.

Tiihonen, Jari 2023b. Oikeuspsykiatria. Duodecim Oppiportti.
<https://www.oppoportti.fi/op/pkr00410/do>. Viitattu 18.5.2024.

Tuikko, Timo & Rantanen, Teemu 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Pdf-tiedosto.
<https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-44-7732-4>. Viitattu 22.5.2023.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. E-Kirja. Helsinki: Tammi. Viitattu 3.11.2022.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2023. Hyvä tieteellinen käytäntö. Verkkosivu.
<https://tenk.fi/fi/tiedevilppi/hyva-tieteellinen-kaytanto-htk>. Viitattu 24.5.2023.

Vilander, Anniina & Dahl, Sonja 2020. Mielenterveyspotilaiden jatkohoidon kehittäminen. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja. LAB-ammattikorkeakoulu.
<https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2020121427972>. Viitattu 29.1.2023.

Vilkka, Hanna 2021 a. Tutki ja kehitä. E-Kirja. 5. päivitetty painos. Jyväskylä: PS-kustannus. Viitattu 22.5.2023.

Vilkka, Hanna 2021 b. Näin onnistut opinnäytetyössä – Ratkaisut tutkimuksen umpikujiin. Jyväskylä: PS-kustannus. Viitattu 28.8.2023.

Vorma, Helena, Rotko, Tuulia, Larivaara, Meri & Kosloff, Anu 2020. Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030. Sosiaali- ja terveysministeriö. Verkkojulkaisu.
https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162053/STM_2020_6.pdf?sequence=4&isAllowed=y. Viitattu 17.11.2022.

Vuorilehto, Maria, Larri, Tuulevi, Kurki, Marjo & Hätönen, Heli 2014. Uudistuva mielenterveystyö. Helsinki: Fioca Oy. Viitattu 3.5.2023.

Wahlbeck, Kristian, Cresswell-Smith, Johanna & Haaramo, Peija 2019. Potilaan paluu psykiatriseen sairaalahoitoon. Lääkärilehti 74, 120–126.
<https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/potilaan-paluu-psykiatriseen-sairaalahoitoonalueellinen-esiintyvyys-ja-sen-yhteys-avohoitoon/>. Viitattu 17.11.2022.

Waxell, Anni & Wiklund Gustin Lena 2022. "Walking Together Towards Freedom." Patients' Lived Experiences of Participation in Outpatient Forensic Care. Issues in Mental Health Nursing 43 (5), 455-462. <https://doi.org/10.1080/01612840.2021.1998262>. Viitattu 7.7.2024.

WHO 2009. Implementation Manual WHO Surgical Safety Checklist 2009. Verkkojulkaisu.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241598590>. Viitattu 3.5.2023.

LIITE 1: TIEDOTE TUTKIMUKSESTA

POTILAAN TURVALLINEN KOTIUTTAMINEN OIKEUSPSYKIATRISESTA SAIRAALASTA

Tiedote tutkimuksesta

Anna-Karoliina Kiviaho & Iina Väisänen
Niuvanniemen sairaala

TUTKIMUS

Tämä tutkimus on osa tutkimuksellista kehittämistyötä, jonka tutkimuksellinen osuus toteutetaan teemamuotoisena ryhmähaastatteluna.

Tarkoitus

- Tutkia hoitotyön näkökulmasta, millaisia asioita oikeuspsykiatrisessa sairaalahoidossa olevan potilaan kotiuttamisessa on huomioitava, jotta siirtyminen jatkohoitoon tapahtuu turvallisesti.

Tavoite

- Saada tietoa siitä, kuinka kotiuttaminen oikeuspsykiatrisesta sairaalasta toteutuu nyt ja kuinka sitä tulisi hoitotyön näkökulmasta kehittää.
- Kehittämistyön tavoitteena on luoda tarkistuslista, jolla varmistetaan potilaslähtöinen, turvallinen ja laadukas siirtyminen jatkohoitoon.

Tutkimuksen kulku

- 1 Kutsu haastatteluun
- 2 Ryhmämuotoinen teemahaastattelu
- 3 Induktiivinen sisällönanalyysi
- 4 Tulosten purku työpajassa

Hyödyt

- Lisää tietoa potilaiden kotiutumiseen liittyen
- Potilaiden laadukas ja turvallinen kotiutuminen
- Sujuva tiedonsiirto eri yksiköiden välillä
- Katkeamaton hoitopolku

Haitat

- Tutkimukseen osallistumisesta ei koidu osallistujille haittoja

TIETOJEN KÄSITTELY

Tietojen säilytys

- Haastattelussa kerätään ainoastaan välillisiä tai epäsuoria tunnisteita (esim. ammattinimike)
- Henkilötietoja kerätään vain niiltä osin, kuin tutkimuksen kannalta on tarpeellista
- Henkilötietoja käsittelevät ainoastaan tutkimuksen tekijät
- Haastattelu nauhoitetaan ja puretaan tietokoneelle tekstimuotoon
- Nauhoitteet ja tekstinä olevat tiedot säilytetään kassakaapissa ja salasanoin suojatuilla tietokoneilla

Tietojen luovutus

Haastattelun tietoja ei missään vaiheessa luovuteta eteenpäin. Puretut ja ~~suojatut~~ ~~suojatut~~ haastattelun tulokset ovat näkyvillä valmiissa opinnäytetyössä.

Tietojen hävittäminen

Opinnäytetyön valmistuttua alkuperäiset haastattelut ja niihin liittyvät tiedostot tuhotaan poistamalla ja siippuroimalla ne.

OSALLISTUMINEN

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista

Osallistumisen keskeyttäminen

- Voitte kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen tai peruuttaa siihen osallistumisen missä tahansa tutkimuksen vaiheessa
- Tutkimuksesta kieltäytyminen tai osallistumisen peruuttaminen ei aiheuta teille haittoja

RAHOITUS JA ETURISTIRIIDAT

Tutkimus on osa tutkimuksen tekijöiden ylemmän ammattikorkeakoulun opintoja, eikä tutkimuksen tekijöille tai siihen osallistuville makseta erillistä korvausta. Tutkijat vastaavat itse tutkimuksesta aiheutuneista kustannuksista. Työn tilaaja antaa tutkijoille ja tutkimukseen osallistuville tarvittavan työajan haastattelua varten.

Tutkimukseen osallistuville ei synny kustannuksia tutkimukseen osallistumisesta.

LOPUKSI

Odotamme innolla osallistumistanne tutkimukseemme. Toivomme, että voimme tutkimuksen myötä kehittää aikaisempia toimintatapoja ja näin vaikuttaa potilaiden hoitoon. Mikäli koette tarvetta lisätiedoille tutkimukseen liittyen, ottakaa yhteyttä tutkimuksen tekijöihin.

Ystävällisin terveisin

Anna-Karoliina Kiviaho (anna-karoliina.kiviaho@edu.savonia.fi)

Iina Väisänen (iina.vaisanen@edu.savonia.fi)

LIITE 2: SUOSTUMUS HENKILÖTIETOJEN KÄSITTELYSTÄ

POTILAAN TURVALLINEN KOTIUTTAMINEN OIKEUSPSYKIATRISESTA SAIRAALASTA

Anna-Karoliina Kiviaho & Iina Väisänen

SUOSTUMUS HENKILÖTIETOJEN KÄSITTELYSTÄ

KÄYTTÖTARKOITUS

OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUKSELLINEN OSIO

Ryhmämuotoinen teemahaastattelu

KERÄTTÄVÄT TIEDOT

VAIN TUTKIMUKSEN KANNALTA VÄLTÄMÄTTÖMÄT TIEDOT

Ammattinimike

Äänitiedosto (haastattelun nauhoitus)

TIETOJEN KÄSITTELIJÄT

AINOASTAAN TUTKIMUKSEN TEKIJÄT KÄSITTELEVÄT TUTKIMUKSESSA

ILMENEVIÄ HENKILÖTIETOJA

Tiedot hävitetään asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua

VAPAAEHTOISUUS

TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMINEN ON VAPAAEHTOISTA

Tutkimuksesta on mahdollista myös kieltäytyä

SUOSTUMUKSEN PERUUTTAMINEN

TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISEN VOI PERUUTTA A MILLOIN TAHANSA

Peruutus tapahtuu sähköpostitse tutkimuksen tekijöille eli rekisterin pitäjille

Osallistumisen peruutuksesta ei koidu haitallisia seurauksia

☐ SUOSTUN SIIHEN, ETTÄ TIETOJANI KÄSITELLÄÄN EDELLÄ MAINITUIN TAVOIN JA SILTÄ OSIN KUIN TUTKIMUKSEN KANNALTA ON VÄLTÄMÄTÖNTÄ

☐ EN SUOSTU TIETOJENI KÄSITTELYYN EDELLÄ MAINITUIN TAVOIN JA SILTÄ OSIN KUIN TUTKIMUKSEN KANNALTA ON VÄLTÄMÄTÖNTÄ

AIKA JA PAIKKA

ALLEKIRJOITUS JA NIMENSELVENNYS

TARVITTAESSA VOITTE OTTAA YHTEYTTÄ TUTKIMUKSEN TEKIJÖIHIN

ANNA-KAROLIINA KIVIAHO (ANNA-KAROLIINA.KIVIAHO@EDU.SAVONIA.FI)

IIINA VÄISÄNEN (IIINA.VAISANEN@EDU.SAVONIA.FI)

LIITE 3: SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA

POTILAAN TURVALLINEN
KOTIUTTAMINEN
OIKEUSPSYKIATRISESTA SAIRAALASTA

Anna-Karoliina Kiviaho & Iina Väisänen

SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA

Minua on pyydetty osallistumaan tutkimukseen Potilaan turvallinen kotiuttaminen oikeuspsykiatrisesta sairaalasta. Olen perehtynyt tiedotteeseen tutkimuksesta ja saanut riittävästi tietoa tutkimuksesta ja sen yhteydessä kerättävistä henkilötiedoista sekä niiden käsittelystä ja luovuttamisesta. Minulla on ollut mahdollisuus esittää kysymyksiä ja olen saanut niihin riittävät vastaukset. Minulla on ollut riittävästi aikaa harkita tutkimukseen osallistumista. Ymmärrän, että tähän tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja minulla on missä tahansa vaiheessa mahdollisuus peruuttaa suostumukseni tutkimukseen. Suostumukseni peruuttamisesta ei koidu minulle kielteisiä seurauksia. Allekirjoituksellani vahvistan, että osallistun tässä asiakirjassa mainittuun tutkimukseen ja suostun vapaaehtoisesti tutkittavaksi.

☐ **SUOSTUN TUTKIMUKSEEN**

☐ EN SUOSTU TUTKIMUKSEEN

AIKA JA PAIKKA

ALLEKIRJOITUS JA NIMENSELVENNYS

TARVITTAESSA VOITTE OTTAA YHTEYTTÄ TUTKIMUKSEN TEKIJÖIHIN

ANNA-KAROLIINA KIVIAHO (ANNA-KAROLIINA.KIVIAHO@EDU.SAVONIA.FI)
IINA VÄISÄNEN (IINA.VAISANEN@EDU.SAVONIA.FI)

LIITE 4: RYHMÄMUOTOISEN TEEMAHAASTATTELUN RUNKO

Turvallinen kotiutuminen

1. Mitä turvallinen kotiutuminen sisältää?
2. Kuinka suunnittelemattomat kotiutukset toteutuvat nyt?
3. Onko mahdollista valmistaa potilasta jo etukäteen kotiutukseen?

Tiedonsiirto

1. Tiedonsiirron haasteet nyt – kuinka tiedonsiirtoa voisi kehittää?
2. Millainen on hyvä hoitotyön yhteenveto?
3. Mikä tieto on olennaista?
4. Tiedon kokoaminen – vastuunjako moniammatillisessa työryhmässä?

Osallisuuden mahdollistaminen

1. Stigman merkitys?
2. Pystytäänkö tarjoamaan riittävästi tietoa jatkohoitopaikasta?
3. Onko mahdollista tutustua jatkohoitopaikkaan etukäteen?
4. Miten potilaan toiveet huomioidaan?
5. Millä menetelmillä potilasta voidaan osallistaa kotiutusprosessiin?
6. Tukiverkoston merkitys?

LIITE 5: TARKISTUSLISTA

TARKISTUSLISTA POTILAAN KOTIUTUMISEENOHJEET

Tämä tarkistuslista on luotu kaikkia potilaan kotiutumisessa mukana olevia ammattilaisia varten. Listan tarkoituksena on varmistaa, että potilaan hoitoon ja arkeen vaikuttavista asioista siirtyy tieto myös seuraavaan hoitopaikkaan. Eri ammattiryhmien edustajat voivat merkata listasta kirjattuja asioita sitä mukaan, kun niitä kirjataan. Potilaan omahoitaja/hoitotiimi vastaa lopulta kotiutumassa olevan potilaan hoidossa mukana olevan moniammatillisen tiimin tuottaman tiedon kokoamisesta. Tätä tarkistuslistaa voi hyödyntää myös tietojen raportoimiseen.

SAIRAALAHOITO JA HOITOSUHDE

- ☐ Diagnoosit
- ☐ Lääkitys (ottaako itse, valvottuna, miten asennoituu)
- ☐ Allergiat ja vasta-aiheet lääkityksille
- ☐ Somaattiset sairaudet ja niiden hoito (tulevat kontrollit ja labrakokeet)
- ☐ Päihteiden käyttö (+ käyttö sairaala-aikana)
- ☐ Kuinka kauan ollut osastolla (suljetut, kuntoutus)
- ☐ Voinnin huononemisen varomerkit, miten voinnin vaihtelu näkyy
- ☐ Miten hoito sujunut (esim. osastokäyttäytyminen, luvattomat poistumiset, lääkitys)
- ☐ Mitä kuntoutusmuotoja ollut (tavoitteet, miten on sitoutunut, onko tavoitteet toteutuneet)
- ☐ Mitä asioita käsitelty hoitosuhteissa, mitä tarvitsee vielä työstää, tapaamisten tiheys
- ☐ Mitä keinoja säädellä omaa oloaan (esim. ahdistus), kriisisuunnitelma
- ☐ Mitä ajattelee psyykkisestä sairaudesta + mahdollisesta päihdeongelmasta
- ☐ Luvat ja niiden hallinta (palaako ajoissa, ilmoittaako myöhästymisistä), kaupunkikäynnit, harjoittelujaksot, lomat, asiointi yksin vai hoitajan kanssa
- ☐ Huomioitavat piirteet (autismin kirjo ja muut huomioitavat erityispiirteet)

ARVIOT JA TUTKIMUKSET

- ☐ Tehdyt tutkimukset / arviot (esimerkiksi toimintakyky / psykologi)
- ☐ Potilaan todennäköisimmät ongelmakäyttäytymisen muodot ja niiden riskitekijät (riskiarvio / START) + tunnistaako itse riskit

ARJEN SUJUMINEN JA ASIOINTI

- ☐ Vuorokausirytmä / viikkorytmä / päivien sisältö
- ☐ Mielenkiinnon kohteet, miten käyttää aikaansa, harrastukset, työterapia

- ☐ Ruokailut, hygienia, pyykinhuolto, hampaat, jalkojen hoito, ympäristön siisteys
- ☐ Aktiivisuus / onko taipuvainen vetäytymään, ajanhallinta (tarvitseeko tukea siinä), miten tulee toimeen toisten kanssa
- ☐ Asiointitaidot verkossa / paikan päällä / puhelimitse (omakanta, verkkokaupat, aikojen varaaminen)
- ☐ Apuvälineet

ETUUKSET JA RAHA-ASIAT

- ☐ Onko edunvalvonta / raha-asioiden hallinta (laskujen maksaminen)
- ☐ Onko velkajärjestelyssä
- ☐ Henkilöllisyystodistus, pankkikortti, ajokortti
- ☐ Mihin asti kelan etuudet ovat voimassa
- ☐ Lääkekorvattavuudet
- ☐ Osoitteenmuutos

SOSIAALISET SUHTEET

- ☐ Läheisverkosto, pitääkö yhteyttä, onko ystäviä, omaisyhteistyö
- ☐ Onko lapsia, lastensuojelun asiakkuutta -> yhteystiedot jos on

JATKOHOIDON SUUNNITELMAT

- ☐ Kuntoutuskoti vai sairaala
- ☐ Potilaan toiveet jatkosta (esimerkiksi oma huone)
- ☐ Toiveet ja suunnitelmat jatkosta
- ☐ Opinnot -> kesken, valmistunut (mistä/milloin)

OSASTOLLA HUOMIOITAVAA SIIRTYMISESSÄ

- ☐ Avainten palautus (huoneen kaappi, kahvikeittiö)
- ☐ Sairaalan omaisuuden palautus (vaatteet, mahdollinen puhelin, yms.)
- ☐ Tarkasta vintti, arvotavarat ja kassakaappi
- ☐ Peru varatut ajat ja ilmoita siirrosta työterapiaan
- ☐ Kirjaa HOKE ja siirrä potilaan hoito jatkohoitopaikkaan poissaoloista
- ☐ Ilmoitus johtavan lääkärin sihteerille