

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma / sairaanhoitaja

Maiju Heinä

Noora Seppänen

KOULUTUSPÄIVÄ KYMENLAAKSON POLIISILAITOKSELLE,
PSYKIATRISEN POTILAAN KOHTAAMISESTA

Opinnäytetyö 2009

TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma

HEINÄ, MAIJU

Koulutuspäivä Kymenlaakson poliisilaitokselle, Kouvolan poliisiasemalla psykiatrisen potilaan kohtaamisesta

SEPPÄNEN, NOORA

Opinnäytetyö

31 sivua + 21 liitesivua

Työn ohjaajat

Lehtori Merja Laitoniemi ja

Lehtori Kristiina Mettälä

Toimeksiantaja

Kymenlaakson poliisilaitos, Kouvolan poliisiasema

Syyskuu 2009

Avainsanat

poliisi, psykiatrisen potilas, kohtaaminen, hoitohenkilöstö

Opinnäytetyön tarkoitus oli suunnitella ja toteuttaa koulutuspäivä poliiseille psykiatrisen potilaan kohtaamisesta. Alustavan kyselyn mukaan poliiseilla on hyvin vähäiset tiedot psykiatrisista häiriöistä kärsivistä henkilöistä. Tavoitteena oli myös parantaa poliisien ja hoitohenkilöstön välistä yhteistyötä. Opettaminen tapahtui luentoina, PowerPoint dioja apuna käyttäen. Luennon lopuksi poliisien omaksumaa tietoa testattiin ryhmätyöllä, joka purettiin yhdessä. Päivän päätteeksi poliiseille jaettiin palautelomakkeet, jossa oli viisi (5) monivalintakysymystä ja yksi (1) avoin kohta. Lomakkeita jaettiin 40 kappaletta, joista palautui täytettynä 39.

Koulutuspäivä sisälsi alkuun osion yleisimmistä psykiatrisista häiriöistä ja neuvoja kohtaamistilanteisiin, myös itsemurha ja oikeuspsykiatria olivat osana koulutuspäivän runkoa. Saimme koulutuspäivään kaksi asiantuntijaa, jotka kertoivat omasta työstään ja kohtaamisistaan psykiatrisen potilaan kanssa. Opetustyylinämme käytimme behavioristista ja humanistista tyyliä. Poliisit olivat aktiivisia, joten vuorovaikutustilanteita syntyi paljon.

Palautelomakkeiden perusteella poliisit olivat tyytyväisiä päivään. Vastaajista viisi koki luontopäivän hyödyttömäksi ja 34 hyödylliseksi poliisin työn kannalta. Koulutuspäivän pituutta pidettiin sopivana ja useiden mielestä poliisien ja hoitohenkilöstön yhteistyö on hyvää, ongelmaksi koettiin lääkärit.

ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Health Care (,Kuusankoski)

HEINÄ, MAIJU

Training Day of Encountering a Psychiatric Patient for
Kymenlaakso Police Department at Kouvola Police Station

NOORA, SEPPÄNEN

Bachelor's Thesis

31 pages + 21 appendices

Supervisors

Merja Laitoniemi, MNSc

Kristiina Mettälä, MNSc

Commissioned by

Kymenlaakso Police Department, Kouvola Police Station

September 2009

Keywords

policemen, psychiatric patient, encountering, nursing personnel

The purpose of this research was to arrange a training day for policemen about encountering a psychiatric patient. According to tentative inquiries policemen have very little knowledge of people suffering from psychiatric disorders. In addition, the aim of the research was to improve cooperation between policemen and nursing personnel. The teaching method used was lecturing with PowerPoint slides. The absorbed information by the policemen was tested by working in teams. At the end of the training day the policemen were handed out feedback forms that included five multiple questions and one open question. Forty feedback forms were handed out and 99 per cent of them were returned.

The training day included information of the most common psychiatric disorders and advice on encountering mentally challenged. Suicide and legal psychiatry were part of the days' frame. There were two specialists that lectured about their work and encountering with psychiatric patients. The way of teaching was behaviouristic and humanistic. Due to the policemen's activity and questions, interaction was guaranteed.

According to the feedback given the policemen were satisfied with the training day. Still some of them thought that the policemen did not benefit from it in their work. Some believed that it was not worth organizing a similar training day in the future. The policemen thought that the length of the day was appropriate. Some participants thought that cooperation between the police and nursing personnel was good and they regarded the doctors causing the only problems.

SISÄLLYS	
TIIVISTELMÄ	
ABSTRACT	
1 JOHDANTO	5
2 YLEISIMMÄT PSYKIATRISET HÄIRIÖT	6
2.1 Psykoosi	6
2.2 Skitsofrenia	6
2.3 Maanis- depressiivinen häiriö	7
2.4 Persoonallisuushäiriöt	8
2.5 Päihdehäiriöt	11
2.6 Ikääntyneet, muistihäiriöiset	12
3 PSYKIATRISEN POTILAAN KOHTAAMINEN	12
3.1 Psykiatrisen sairauden erityispiirteitä kohtaamisessa	15
3.2 Psykiatrisen potilaan kohtaamisen erityispiirteitä poliisin työssä	16
4 PROJEKTIN OSAPUOLET	18
5 PROJEKTIN ETENEMINEN	18
5.1 Opetustapahtuman suunnittelu	19
5.2 Luentopäivän kuvaus	21
6 RESURSSIT	22
7 ARVIOINTI	23
7.1 Koulutuspäivän palaute	23
7.2 Riskit ja odotukset	24
LÄHTEET	29

1 JOHDANTO

Poliisi kohtaa päivittäin työssään mielenterveyshäiriöistä kärsiviä ihmisiä. Tilanteet ovat yleensä virka-apupyynnöjä hoitohenkilökunnalta, mutta myös yllätyksellisiä tilanteita syntyy, joissa ei ole tiedossa, minkälainen henkilö on vastassa. Kymenlaaksossa on 180 000 asukasta, joista psykiatrisia palveluja vuosittain tarvitsee 1100 asukasta. (Rekryointiesite 2009.) Poliisien koulutuksessa on hyvin vähän psykiatrisen potilaan kohtaamiseen valmista-vaan opetusta. Päihteidenkäyttäjät ja väkivalta ovat tietävästi myös näkyvä osa poliisin työtä, joten aiheet ovat osana työtämme.

Poliisin työnkuva oletetaan muuttuneen vuosien varrella paljonkin. Nykypäivänä rauhallista ja asiantuntevaa kohtaamista pidetään tärkeänä, voimankäyttöön tulisi ryhtyä vasta äärimmäisen pakon edessä. Psykiatristen potilaiden kanssa on erityisesti oltava rauhallisia ja tiedettävä miten kuuluu toimia. Provosoimista ja provosoitumista tulisi välttää. (Laitoniemi 2008.)

Kartoitimme poliisien omia tarpeita luentopäivän järjestämiselle. Laadimme epävirallisen alkukyselyn, joka välitettiin ryhmänjohtajille, ja he pyysivät alaisiltaan vastauksia kyselyyn. Näin saimme jonkinlaisen käsityksen poliisien tarpeista ja toiveista.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on luentopäivän muodossa harjaannuttaa poliisien osaamista psykiatrisen potilaan kohtaamisessa jokapäiväisessä työssään. Tarkoituksenamme oli kertoa yleisimmistä psykiatrisista häiriöistä, jotta poliisit osaisivat kentällä kohtaamistilanteissa hyödyntää opittua tietoa. Työllä haluttiin myös syventää poliisin ja hoitohenkilökunnan välistä yhteistyötä.

Opinnäytetyöllä halusimme myös syventää omaa osaamistamme psykiatriseen hoitotyöhön. Työn esittämisellä saimme myös ohjaus- ja opetustaitojamme harjaannutettua. Opinnäytetyön prosessin aikana kohderyhmän nimi vaihtui poliisien organisaatiomuutoksen myötä. Kouvolan kihlakunnan poliisilaitoksesta tuli Kymenlaakson poliisilaitos, Kouvolan poliisi-asema. Käytämme työssämme uudempaa nimitystä.

2 YLEISIMMÄT PSYKIATRISET HÄIRIÖT

2.1 Psykoosi

Psykoosilla tarkoitetaan ihmisen todellisuudentajun hämärtymistä. Hänen on vaikea erottaa todellisuutta mielikuvituksesta. Psykoosissa usein taannutaan jollekin aikaisemmalle kehitystasolle. Psykooseihin liittyy harhoja. Aistiharhoissa potilas kuulee puhetta, näkee näkyjä, haistaa olemattomia tai tuntee ihollaan jotakin mitä siinä ei ole. Ääniharhat saattavat olla käskeviä, uhkaavia, tai ääni voi toimia henkilön omanatuntona. Henkilö saattaa esimerkiksi kuvitella radiossa tai televisiossa puhuttavan hänestä tai hän saattaa keskustella äänien kanssa. (Huttunen 2008.)

Psykooseissa on yleistä erilaiset ajatushäiriöt. Ne ilmenevät puheen hajanaisuutena, koska henkilö on kykenemätön pitämään ajatuksiaan kasassa. Poikkeava käyttäytyminen on osa psykoottisuutta. sellaista voi olla puhumattomuus, katatonisuus eli paikalleen jäykistyminen tai jonkin asennon ylläpitäminen. Vastakohtana sille on katatoninen kiihtymystila, jolloin henkilön mahdotonta olla paikallaan tai hiljaa. Psykoottinen henkilö saattaa puhua omalla kielellään, eli hänellä on itse keksittyjä sanoja, joiden merkitys on arkikielessä aivan toinen. (Hakola, Isohanni, Joukamaa, Koponen & Lepola 2005, 56.)

2.2 Skitsofrenia

Skitsofrenia on yksi vaikeimmista mielenterveyden häiriöistä. Se on selvittämätön aivosairaus, jonka seurauksena osa ihmisen henkisistä toiminnoista häiriintyy. Väestötämme 1 % sairastaa skitsofreniaa ja joka sadas sairastuu siihen. Sairaus on yleisempi miehillä kuin naisilla. Se on yksi maamme suurimmista työkyvyttömyyden aiheuttajista. Psykiatrisista sairaansijoista yli puolet täyttyy skitsofreenikoista. (Skitsofrenia 2006.)

Henkilöllä täytyy olla psykoosin oireita yli kuukauden ajan ennen kuin skitsofrenia voidaan diagnosoida. Skitsofreniaa sairastavilla on 2 - 3-kertainen kuolleisuus verrattuna muihin sairauksiin. Oireet voivat alkaa pikkuhiljaa tai hyvinkin nopeasti, ja ne joko pitkäaikaistuvat tai häviävät. oireet jaetaan negatiivisiin ja positiivisiin oireisiin. Negatiivisiin oireisiin kuuluu tunteiden latistuminen, puhumattomuus ja katatonisuus.

Positiivisiin oireisiin luetaan harhaisuus, hallusinaatiot ja ajatushäiriöt. (Hakola ym. 2005, 37.)

Skitsofrenia jaetaan viiteen alaluokkaan. Katatonisessa skitsofreniassa henkilöllä on outoja kasvojen ilmeitä ja kehon asentoja, myös paikalleen jäykistymistä ja olemuksen latistumista. Paranoidiseen skitsofreniaan kuuluu vainoharhaiset ajatukset. Hajanaisessa skitsofreniassa henkilöllä on harkitsematonta käytöstä ja puhetta sekä taantumista. Jäännöstyyppiseen skitsofreniaan kuuluu tunteiden latistuminen ja aloitekyvyttömyys. Jäsentymätöntä skitsofreniaa käytetään diagnoosina, kun mikään edellä mainituista ei henkilölle sovi. (Hakola ym. 2005, 46 – 47.)

Skitsofreniaa sairastavilla henkilöillä on usein vahva lääkitys. Joissain tapauksissa huumeiden käyttö saattaa ennakoida sairauden puhkeamista. Henkilöt saattavat pelätä muita ihmisiä ja sosiaalisia tilanteita ja heillä voi esiintyä vetäytymistä pois ihmissuhteista. Skitsofrenialle ominaista on mielen pirstaleisuus, ahdistus siitä, kun ei tiedä mihin mennä ja mitä tehdä. Sairauteen kuuluu kuuloharhat ja ajatushäiriöt, passiivisuus, ajatusten julkikuuleminen, ajatusten riisto tai siirto ja vaikutuselämykset. (Holopainen, Jokinen & Välimäki 2000, 42 – 43.)

2.3 Maanis- depressiivinen häiriö

Manialla tarkoitetaan itsetunnon ja aktiivisuuden voimakasta kohoamista, kun taas depressiolla tarkoitetaan vakavaa masentuneisuutta. Maanis-depressiivisessä häiriössä nämä kaksi tilaa vuorottelevat. Tauti tunnetaan myös nimillä kaksisuuntainen mielialahäiriö ja bipolaaritauti. Mielialahäiriöt ovat yleisiä ja myös uusiutuvat helposti. Altius sairastua mielialahäiriöön on perinnöllistä ja, sairaus on suuri työkyvyttömyyden aiheuttaja. (Achte & Tamminen 1998, 70 – 71.)

Masennusta esiintyy kaikenikäisillä, yleisintä se kuitenkin on keski-ikäisillä. Esiintyvyys on suurta eronneilla, leskillä ja alempiin sosiaaliluokkiin kuuluvilla henkilöillä. 3 - 6 % sairastaa masennusta, elinikäisenä masennusta esiintyy naisilla 8 - 12 prosentilla ja miehillä 20 - 26 prosentilla. Pitkäaikainen kuormitus, varsinkin perinnöllisiä tekijöitä kantavilla henkilöillä voi olla syy masennukseen. Äideistä 10% sairastuu synnytyksen jälkeiseen masennukseen ja heistä osa synnytyksen jälkeiseen psykoosiin. Masennuksen seurauksena henkilöllä on alentunut itsetunto ja tarve rangaista it-

seään. Sairaala olosuhteissakin useampi henkilö on yrittänyt itsemurhaa ja osa on onnistunut siinä. (Achte & Tamminen 1998, 44 – 45.)

Sairastuminen synnytyksen jälkeiseen masennukseen on altteimmillaan 6 – 8 viikon kuluttua synnytyksestä. Se kuitenkin saattaa alkaa vasta lapsen ollessa muutaman vuoden ikäinen. Oireina ovat; yleinen alavireys, itkuisuus, jatkuva väsymys, pelokkuus, huoli omasta terveydestä, kireys, paniikki, univaikeudet, pakkoajatukset, kuten vauvan vahingoittaminen, ja syyllisyydentunteet sekä heikko itsetunto. (Luhtasaari 2005.)

Masennuksen oireita ovat: mielialan lasku, energian ja mielihyvätunteen häviäminen, väsymys, keskittymiskyvyn huonontuminen, alentunut itsetunto, syyllisyyden tunteet, itsensä vahingoittaminen, vaikeudet päivittäisissä toiminnoissa, huono ruokahalu, laihduttaminen ja unettomuus. Aamut ovat masentuneelle henkilölle erityisen vaikeita, niihin liittyy ahdistuneisuutta ja tuskaisuutta. Alkoholin käyttö saattaa liittyä masentuneen potilaan oirekuvaan. Vaikeassa masennustilassa saattaa esiintyä myös psykoottisia oireita, jolloin sitä kutsutaan psykoottistasoiseksi masennukseksi. Vakavin depression seuraus on itsemurha, johon päättyy noin 5 % sairastuneista. (Turtonen 2006, 15 – 16.)

Mania harvoin esiintyy yksinään, vaan lähes aina siihen liittyy masennusjakso ja tällöin tilaa kutsutaan maanis-depressiiviseksi häiriöksi. Maaninen tila alkaa äkillisesti ja, kesto vaihtelee muutamasta viikosta jopa viiteen kuukauteen, jos henkilö ei hakeudu/pääse hoidon piiriin. (Achte & Tamminen 1998, 70 - 71.)

2.4 Persoonallisuushäiriöt

Persoonallisuushäiriöt ilmenevät poikkeavina persoonallisuuden piirteinä, ja niistä kärsii noin 10 - 14 % väestöstämme. Ne ovat pitkäaikaisia, toimintakykyä heikentäviä ja sosiaalisia suhteita haittaavia. Asianomainen ei välttämättä huomaa itse persoonansa häiriötä, eikä kärsi niistä ja tästä syystä jättää hakeutumatta hoitoon. Käytös saattaa olla eristäytyvää, pakonomaista, huomionhakuista, epävakaata, outoa, riippuvaista, vihamielistä, kontrolloimatonta tai outoa. henkilöt ovat usein jäykkiä, kypsymättömiä, kyvyttömiä empatiaan sekä kykenemättömiä normaaleihin ihmissuhteisiin, ja heillä on useinkin hankaluuksia koulu- ja työelämässä. Persoonallisuushäiriöistä kärsivillä saattaa olla alkoholin ja päihteiden väärinkäyttöä. Erilaiset ahdistuneisuus- ja masennushäiriöt voivat liittyä persoonallisuushäiriöihin. (Joukamaa 1998, 162 - 163.)

Persoonallisuushäiriöiden luokitus:

Epäluuloinen persoonallisuus, eristäytyvä persoonallisuus, psykoosi- ja piirteinen persoonallisuus, epäsosiaalinen persoonallisuus, epävakaa persoonallisuus, huomionhakuinen persoonallisuus, narsistinen persoonallisuus, estynyt persoonallisuus, riippuvainen persoonallisuus ja pakko-oireinen persoonallisuus. (Persoonallisuushäiriöt 2006.) Epäluuloista persoonallisuushäiriötä sairastavalla on taipumus ymmärtää väärin muiden sanomiset ja tekemiset niin, että ne olisivat itseään halventavia, pilkkaavia ja jopa uhkaavia. (Holopainen ym. 2000, 63-64.)

Eristäytyvässä persoonallisuudessa henkilöllä on vähäinen kiinnostus ihmissuhteisiin ja yleensäkin sosiaalisiin suhteisiin. Tällaiset henkilöt eivät piittaa muista henkilöistä, eikä heidän arvostelustaan. He hakeutuvat mielellään työhön, jossa eivät joudu olemaan muiden kanssa tekemisissä. Psykoosi- ja piirteiselle persoonallisuudelle on ominaista skitsofrenia tyyppinen käyttäytyminen, joka saattaa tulla esille vaikeissa, kuten stressaavissa tilanteissa. Eriskummallinen käytös, epäasiallinen puhe ja vainoharhainen ajattelu liittyvät häiriöön. Oudot uskomukset, maaginen ajattelu ja epätavalliset aistikokemukset ovat myös osa tätä persoonallisuushäiriötä. (Holopainen ym. 2000, 63 - 64.)

Epäsosiaaliseen persoonallisuushäiriöön kuuluu eritavoin ilmenevä välinpitämättömyys erilaisista säännöistä ja normeista, mikä pahimmillaan saattaa esiintyä rikollisuutena. Tällaiset henkilöt kykenevät helposti luomaan ihmissuhteita, mutta eivät pysty pitämään niitä. (Holopainen ym. 2000, 63 - 64.)

Epävakaa persoonallisuus jaetaan kahteen alatyypin: impulsiivinen häiriötyyppi ja rajatilatyypin. Impulsiiviseen häiriöön kuuluu uhkaavaa ja jopa väkivaltaista käyttäytymistä, heillä on huono kyky kestää muiden kritiikkiä. Rajatilatyypissä esiintyy oman minäkuvan epävakautta, epävakautta ihmissuhteissa ja kiihkeyttä sekä voimakasta hylkäämisen pelkoa. Itsemurhalla uhkailua saattaa esiintyä. (Persoonallisuushäiriö 2006.)

Huomionhakuisella persoonallisuushäiriöllä tarkoitetaan henkilöä, jolla on ailahteleva tunne-elämä ja pinnalliset ihmissuhteet. Käytöksellään tällainen henkilö pyrkii kiinnittämään itseensä muiden huomion. Henkilö näkee paljon vaivaa omaan ulkoiseen viihdyttämiseen; pukeutuminen, non-verbaalinen viestintä, provosoiva

ja viettelevä puhetyyli. Itsekkyys on korostunut piirre tällaisilla henkilöillä. Äärimäinen keino saada huomio kiinnittymään itseensä on itsemurhalla uhkailu. (Holopainen ym. 2000, 63 - 64.)

Narsistisessa persoonallisuudessa kuva omasta ainutlaatuisuudesta, erinomaisuudesta, menestyksestä ja kauneudesta, voimasta tms. on epärealistinen. Heillä on voimakas ihailuksi tulemisen tarve ja käsitys siitä, että ovat etuoikeutettuja. Tällaiset henkilöt ovat itsekeskeisiä ja ylimieleisiä. (Holopainen ym. 2000, 63 - 64.)

Estynyt (välttelevä) persoonallisuus pitää sisällään jatkuvaa pelkoa ja jännitystä sekä yliherkkyyttä arvostelluksi tulemiselle. Henkilö kokee olevansa sosiaalisesti huonompi, vähemmän viehättävä tai vähempiarvoisempi kuin muut. Henkilö pyrkii välttämään tilanteita joissa on muita ihmisiä ja heillä on huono itsetunto. (Holopainen ym. 2000, 63 - 64.)

Riippuvaisessa persoonallisuushäiriössä on samankaltaisia piirteitä kuin estyneellä persoonallisuudella, mutta vielä korostuneemmin. Henkilö helposti alistaa omat tarpeensa muiden itselleen tärkeiden ihmisten tarpeisiin sopiviksi. Omien toiveiden esittäminen on henkilölle vaikeaa. (Persoonallisuushäiriöt 2006.)

Vaativa (pakko-oireinen) persoonallisuus sisältää tunnollisuutta, pikkutarkkuutta, täydellisyyden tavoittelua ja tunneilmaisujen niukkuutta. Henkilöiden työntekoa leimaa tunnollisuus, täydellisyyden tavoittelu ja perfektionismi eli esimerkiksi työn loppuun saattaminen vaikeaa. Itsepäisyys ja jäykkyys ovat tyypillisiä piirteitä, samoin saituus ja vaikeus luopua tarpeettomiksi jääneistä tavaroista. Konfliktit esimerkiksi työtovereiden kanssa ovat yleisiä, koska henkilö asettaa myös muille korkeita tavoitteita mielessään. (Holopainen ym. 2000, 63 - 64.)

Häiriöt luokitellaan niissä esiintyvien dominoivien käyttäytymismallien mukaisesti. Persoonallisuushäiriöiden on tutkittu olevan erityisesti alempien sosiaaliryhmien ongelma ja se on yleisintä nuorilla aikuisilla. Diagnoosia tehdessä on otettava huomioon henkilön ikä, koska nuoruusiän ahdistuneisuus ja masentuneisuus eivät välttämättä ole merkki persoonallisuushäiriöstä. Antisomiaaliset henkilöt on osattava erottaa persoonallisuushäiriöisistä, koska se ei ole psykiatrinen häiriö. (Holopainen ym. 2000, 63 - 64.)

2.5 Päihdehäiriöt

Yleisimmät päihtymiseen tarkoitetut aineet ovat alkoholi, amfetamiini, kannabis, opi-
aatit ja kokaiinin sekä erilaiset lääkkeet ja liuottimet. Päihdehäiriöitä ovat akuutti in-
toksikaatio, haitallinen käyttö, riippuvuus, vieroitusoireyhtymä, delirium, amnestinen
oireyhtymä ja psykoottiset tilat, jotka johtuvat päihteiden käytöstä. Päihteidenkäyttö
liitetään usein muihin psykiatrisiin häiriöihin ja ne lisäävät tapaturmavaaraa ja itse-
murhariskiä. (Achté & Tamminen 1998, 210 - 211.)

Suomessa 250 000 – 400 000 aikuista on alkoholin suurkuluttajia. Suurkulutuksen ra-
jana naisilla on 16 ravintola-annosta ja miehillä 24 ravintola-annosta viikossa. Alko-
holistit ovat usein miehiä, ja alkoholismi kehittyy yleensä 16 - 30-vuotiaana. Alkoho-
lin juomisen loputtua, alkavat vieroitusoireet noin 12 – 18 tunnin kuluttua. Korkeim-
millaan ne ovat 24 – 48 tunnin kuluttua. Vieroitusoireyhtymä loppuu yleensä 5 – 7
vuorokauden kuluttua. Oireyhtymään kuuluvat kouristuskohtaukset alkavat useimmi-
ten ensimmäisen tai toisen vuorokauden kuluttua alkoholin käytön lopettamisesta ja
voivat ennakoida alkavaa deliriumia. Delirium tremens ”juoppohulluus” voi iskeä pit-
kän juomisputken jälkeen, ja alkaa viimeistään 72 tunnin kuluttua alkoholin käytön
lopettamisesta ja kesto on parista kolmeen päivään. Siihen liittyy unihäiriöitä, ajan- ja
paikantajan häiriöitä, motorista kiihtyneisyyttä ja harhaisuutta. Alkoholin vieroi-
tusoireista kärsivä henkilö tulee hoitaa sairaalassa, koska nestetasapainon ja ravitse-
muksen turvaaminen on näissä tilanteissa tärkeää. Myös mahdollinen lääkitys hoide-
taan sairaalassa. (Havio, Inkinen & Partanen 2008, 145 - 146.)

Huumeiden käyttäjiä arvellaan suomessa olevan noin 20 000 – 30 000. Suurin hoitoon
hakeutumisen syy on huumeiden käytöstä johtuva voimakas fyysinen riippuvuus ja
siihen liittyvät vieroitusoireet. Alkoholiin, bentsodiatsepiineihin ja opioideihin liittyy
voimakas fyysinen ja psyykinen riippuvuus. (Achté & Tamminen 1998, 211.)

Perustuslain (731/1999) mukaan ihmisellä on oikeus terveydentilansa edellyttämään
hoitoon riippumatta päihtymyksen asteesta. Psykiatrisia hoitopaikkoja voidaan käyttää
sellaisille henkilöille, joiden päihteiden käyttöön liittyy psykiatrisia oireita, kuten psy-
koottisten oireiden kehittymisen mahdollisuus. Kaksoisdiagnoosia sairastavia henki-
löitä on maassamme vaikea sijoittaa minnekään, koska oikeanlaista hoitoa tarjoavia
paikkoja on hyvin vähän. Huumeriippuvaiset hoidetaan heille tarkoitetuissa hoitolai-

toksissa, joissa on mahdollista saada korvaushoitoa. Päihteidenkäyttäjien hoitoon ha-
keutuminen ja hoidossa oleminen on aina vapaaehtoista. (Havio ym. 2008, 203.)

2.6 Ikääntyneet, muistihäiriöiset

Dementia tulee latinan kielen sanoista ”de” ja ”mens”, jotka tarkoittavat ”pois” ja ”mieli”. Dementialla tarkoitetaan siis mielen muuttumista. Dementia on oireyhtymä, johon liittyy etenevä muistin ja aivotoimintojen heikentyminen, joka johtaa itsenäisen selviytymisen huononemiseen. Oireyhtymässä on käyttäytymisoireita joita voi olla muun muassa harha-ajatukset, ahdistuneisuus, hallusinaatiot, väärintulkinnat, mieli-alavaihtelut, persoonallisuuden muutokset, väkivaltaisuus sosiaalisesti paheksuttava käytös motorisesti, kielellisesti ja äänellisesti sekä vaeltelu ja harhailu. (Hakola ym. 2005, 201 - 203.)

Edetessään dementia johtaa yhä lisääntyvään hoivan ja avun tarpeeseen. Vaikeasti dementoituneista lähes kaikki ovat laitoshoidon tarpeessa. Aivovamma tai runsas alkoholin käyttö voivat johtaa dementiaan. Alzheimerin tauti on yksi dementiaan johtavista sairauksista, ja se hitaasti rappeuttaa aivoja. Sen oireina ovat oppimisen heikentyminen, unohtelun lisääntyminen, vaikeudet ajan- ja paikantajussa, keskittymiskyvyn ja tarkkaavaisuuden heikentyminen, puheentuottamisen ja ymmärtämisen vaikeudet sekä päättelykyvyn heikentyminen. Vieraassa paikassa suunnat ovat hukassa, eikä henkilö enää selviydy yksin kotonaan. Alzheimerin tautiin liittyy usein vaikeita käytöshäiriöitä; näköharhoja, harhaluuloja, aggressiivisuutta ja unihäiriöitä. Henkilön ymmärryskyky on huono, hänen kykynsä hahmottaa kokonaisuuksia on selkeästi heikentynyt, ja hän saattaa olla usein hämmennyksen vallassa. Henkilön on vaikea ilmaista itseään sanallisesti, jolloin hän ilmaisee itseään käyttäytymisensä kautta, joka voi johtaa levottomuuteen ja tunteenpurkauksiin. Kävely on hidasta ja jäykkää ja lopulta henkilö menettää liikuntakykynsä. Oireet saattavat olla vaaraksi henkilölle itselleen tai muille. (Muistihäiriöt 2003.)

3 PSYKIATRISEN POTILAAN KOHTAAMINEN

Liisa Kiviniemi on tehnyt väitöskirjan aiheesta psykiatrisessa hoidossa olleen nuoren aikuisen kokemuksia elämästään ja elämää eteenpäin vievistä asioista. Tutkimukseen osallistui 12 nuorta aikuista ja se tehtiin yksilohaastatteluina. Haastattelukertoja oli

yhteensä 26. Nuorella aikuisella tarkoitetaan tässä iältään 18 - 35-vuotiaita. (Kiviniemi 2008, 6.)

Tutkittaessa psykiatrisessa hoidossa olleiden nuorten aikuisten kokemuksia elämästään ja elämää eteenpäin vievistä asioista käy ilmi, että mielenterveyspalveluista tuli elämän keskeinen sisältö tilanteessa, jossa työ tai opiskelu eivät täyttäneet arkielämää. Ammattihenkilöstön tuki, muun muassa kuulluksi tuleminen, rohkaiseminen omien voimavarojen käyttämiseen ja mahdollisuuksien näkeminen sekä itsetunnon vahvistaminen olivat psykiatrisessa hoidossa olleiden nuorten aikuisten mielestä tärkeitä asioita. (Kiviniemi 2008, 81.) Kiviniemi korostaa tutkimuksensa tulosten pohdinnassa mielenterveystyön näkökulmasta asiakaslähtöisyyttä.

Mielenterveyslaki antaa hoitoalan ammattilaisille myös apukeinoja psykiatrisen potilaan kohtaamiseen. Sen tarkoituksena on edistää yksilön psyykkistä hyvinvointia, toimintakykyä ja suojata häntä itseltään mutta myös tukea hänen oikeuksiaan yksilönä. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.)

Psykoottisen henkilö kohtaamisessa tärkeää on psykoottisuuden tunnistaminen. Kiihrettömän ja rauhallinen kohtaaminen on tärkeää. Turvallisuuden luominen psykoottiselle henkilölle on tärkeää, häntä ei saa päästää satuttamaan itseään tai muita. Henkilön puhetta on syytä selventää yksinkertaisilla yksittäisillä kysymyksillä sekä ajan jäsentämisellä. Psykoottisen henkilön kohtaamisessa tulee muistaa ihmisarvoinen ja yksilöllinen lähestymistapa. Henkilön realiteettitajua voi yrittää parantaa ”vetämällä” häntä pois psykoottisesta kokemuksesta. Hoidon onnistumisen kannalta on tärkeää toimittaa psykoottinen henkilö ensitilassa sairaalahoitoon. (Kiihtynyt psykoottinen potilas; Henriksson & Hietanen 2002.)

Psykiatristen potilaiden kokemuksia ja odotuksia hoitoympäristöstä on tutkinut Sirkka Hutu pro gradu-tutkielmassaan, vuonna 1994. Tutkimus toteutettiin Hattelmalan sairaalassa heinäkuussa 1993. Tutkimukseen osallistui 27 potilasta. (Hutu 1994, 17 - 19.) Tutkimuksesta käy ilmi, että potilaat odottavat sairaalaan tullessa ja sairaalassa olostaan ystävällisyyttä, lämpöä, kiireettömyyden tuntua ja henkilökunnalta turvallisuutta herättävää kohtelua. Oman itsenäisyyden ja päätäntävällän säilyttäminen helpottaa sairaalaan tuloa ja hoitoa. (Hutu 1994, 51.)

Skitsofreniaa sairastava henkilö on usein vastarinnassa ja pelokas. Kohtaamisessa on tärkeää hyväksyä hänet sellaisen kuin hän on. Kiireettömyys, maltti ja kärsivällisyys ovat tärkeitä seikkoja kohtaamistilanteessa. Ei-toivottua on kiistely ja väittely, varsinkin potilaan harhoista. Tässä ja nyt -kohtaaminen olisi toivottavaa. Henkilöä ei saa pommittaa kysymyksillä ja kysymysten olisi hyvä olla suurpiirteisiä ja yleisluontoisia. Pakkotoimenpiteitä tulee välttää viimeiseen asti, mutta jos niihin on pakko ryhtyä, on se tehtävä mahdollisimman suoraviivaisesti ja rehellisesti. (Holopainen ym. 2000, 44 - 45.)

Masentuneen kohtaamisessa tärkeää on toivon ylläpitäminen ja irtautuminen negatiivisesta ajatusmallista, myös asiallinen kielenkäyttö ja varma toiminta hyväksi. Negatiivinen kohtaaminen ja henkilön itsetunnon latistaminen ovat epätoivottavaa. (Isohanni, Larivaara & Winblad 1996, 21 - 22.)

Maniassa henkilön tarmokkuus ja toimeliaisuus lisääntyvät ja henkilö usein näkee itsensä yli-ihmisenä ja hänellä kaikki menee hyvin. Toiminta on hyvin impulsiivista ja suunnittelematonta. Oirekuvaan kuuluu muun muassa omaisuuden ja rahojen tuhlailu, joka poikkeaa hänen normaalista käyttäytymismallista. Maanisen henkilön hoito vaatii pääsääntöisesti sairaalahoitoa ja usein joudutaan turvautumaan tahdosta riippumattomaan hoitoon. (Achte & Tamminen 1998, 70 - 71.)

Hoitoon hakeutuminen tärkeää heti maanisuuden alkuvaiheessa, jotta tasaava lääkitys voidaan heti aloittaa. Kohtaamisessa on otettava huomioon henkilön vauhdikkuus ja kiihtynyt tila. Tilanteessa on oltava päättäväinen ja minimoitava yllykkeet. Puheen tulisi olla rauhallista ja johdonmukaista. (Achte & Tamminen 1998, 72, 77.) On otettava huomioon henkilön mahdollinen outo käytös ja se, että henkilö ei välttämättä pysty itse aina luotettavasti kertomaan tilanteestaan. (Joukamaa 1998, 165 - 168.)

Päihteiden vaikutuksen alaisen henkilön ymmärrys- ja havainnointikyky on heikentynyt sekä puheen ymmärtäminen ja kommunikointi on huonontunut. Vuorovaikutustilanteissa tärkeää on asenne: henkilö on kohdattava vastuullisena aikuisena. Tilanteessa on oltava rauhallinen, johdonmukainen, selkeä, ymmärrettävä ja kärsivällinen. Uhkailua, provosointia, provosoitumista ja alentavaa suhtautumista tulee välttää. Ääntä ei tulisi korottaa, ellei se ole tilanteen kannalta välttämätöntä. Päihteiden käyttäjän kanssa toimiessa ja häntä hoitoon kuljettaessa tulee ottaa huomioon suurentunut riski veriteitse tarttuvista sairauksista, kuten HIV ja hepatiitit. (Havio ym. 2008, 203 - 204.)

Vuorovaikutustilanteet muistihäiriöstä kärsivän ihmisen kanssa ovat hankalia, koska henkilö ei välttämättä ymmärrä tilannetta, puhetta ja saattaa kokea sen ahdistavaksi. Kohtaamistilanteessa on oltava rauhallinen, kiirettä ei saisi pitää. Tärkeää on selkeä puhe ja selkeät lauseet, jotka eivät sisällä liikaa informaatiota. Tilanteessa tulee säilyttää maltti ja olla kärsivällinen. (Dementia 2006.)

3.1 Psykiatrisen sairauden erityispiirteitä

Poliisi saattaa kohdata työssään erityistilanteita, kuten esimerkiksi itsemurhalla uhkaavan tai väkivaltaisesti käyttäytyvän henkilön. Tällaisia tilanteita varten on hyvä tietää erityistilanteissa toimimisesta jotain.

Itsemurha ja itsemurhayritys eivät selity yhdellä syyllä. Itsemurhayrityksen ymmärtää vasta kokonaisuudessaan jos pääsee näkemään ihmisen koko elämänkaaren. Itsemurhaa suunnittelevan ihmisen elämä on usein supistunut ja kutistunut ahtaaksi koloksi, josta ei näy mitään muuta ulospääsyä kuin elämän lopettaminen. Mutta itsemurhaa ei välttämättä aina ole suunniteltu pidempään. Sillä hetkellä kun ihmisestä tuntuu, ettei ahdistuksesta ole muuta ulospääsyä on itsemurha tai itsemurhayritys olleet se ratkaisu. (Heiskanen 2007, 13.)

Itsemurha ei ole rikos, vaan yksilön vapaa valinta. Yhteiskunnan on tarjottava apua jos itsemurhan aikoja on psyykkisesti epävakaa. (Liljeström 2009.). *Ihminen, joka todella haluaa riistää hengen itseltään, tekee sen yksinäisyydessään ja käyttää sellaisia keinoja, että lopputulos on varma.* (Punkanen 2004, 125.)

Väkivaltaisella ihmisellä on tietynlaisia erityispiirteitä, jotka auttavat tunnistamaan tällaisen henkilön kohdattaessa. Näitä erityispiirteitä ovat:

- pelokkuus
- tunteiden ailahtelevaisuus
- arvostelun sietokyvyn puute
- masentuneisuus
- ylimielisyys

- itsetunnon puute
- kärsimättömyys
- itsekkyyys
- lapsenomainen käytös
- huomionhakuisuus
- kyvyttömyys empatiaan
- kateus
- minäkuvan virheellisyys. (Väkivaltaisen ihmisen kohtaaminen 2001.)

Väkivaltaista käyttäytymistä esiintyy erityisesti päihtymystiloissa, impulsiivisessa persoonallisuushäiriössä ja psykoottisissa tiloissa. Henkilö on suurentuneessa riskissä käyttäytyä väkivaltaisesti, jos hän on aikaisemminkin käyttäytynyt väkivaltaisesti, uhkailee, käyttäytyy vihamielisesti tai oudosti, suuttuu kohtuuttomasti tai menettää itsehillintänsä. Väkivaltaa saattaa ennakoida myös henkilön oma pelko mahdollisesta väkivaltaisuudesta tai hänen omasta halustaan päästä eristyksen, lähinnä sairaalaolosuhteissa. Henkilön kiinnostus aseisiin tai väkivaltaiseen ideologiaan on myös otettava huomioon arvioitaessa hänen mahdollista väkivaltaisuuttaan. (Väkivaltaisen ihmisen kohtaaminen 2001.)

3.2 Psykiatrisen potilaan kohtaamisen erityispiirteitä poliisin työssä

Itsemurhalla uhkaava ja väkivaltaisesti käyttäytyvä henkilö on varmasti poliisin työssä tuttu näky. Ennakko-oireita on hyvä osata lukea, jotta osaisi toimia tilanteessa ammattillisesti.

Havainnot henkilön käytöksestä ovat tärkeitä. Muun muassa väkivaltaista käyttäytymistä voidaan ennakoida. Ennusmerkkejä voivat olla solvaava kielenkäyttö (uhkailu, epäluuloinen puhe, syyttely, nimittely, kiroilu ja solvaus), tunnetilan muutokset (kiihtyneisyys, hermostuneisuus, harhaisuus, pelko, epäluuloisuus, tuskaisuus, ahdistuneisuus, kireys, ärtyneisyys, pahantuulisuus, väsymys ja itkuisuus), fyysiset muutokset

(motorinen levottomuus, kalpeus, jäykkä olemus, takertuvaisuus, vetäytyminen, hiljaiseksi muuttuminen, tuijottaminen, puhumattomuus, kontaktien välttely, synkkä ja ilmeetön olemus ja ilme) ja uhkaava käytös, joka voi olla esineiden rikkomista, ovien paukuttelua, äänen korottamista, hampaiden kiristelyä, käsien pitämistä nyrkeissä, riidan haastamista tai vihaisia ilmeitä ja kyräilyä. (Laitoniemi 2008.)

Väkivaltaisen henkilön kohtaamisessa tärkeintä on tilanteen ennaltaehkäisy. Asiallinen ja ammatillinen kohtelu ovat tärkeitä kohtaamistilanteessa. Tärkeää on myös riittävä määrä henkilökuntaa, sekä heidän oikeanlainen koulutus. Uhkaavaan tilanteeseen ei koskaan pitäisi mennä yksin. Tietoyhteys omiin työtovereihin on aina varmistettava, kuten myös omat ja kohdattavan henkilön perääntymisreitit. Tilanteessa tulisi olla rauhallinen, niin puheessa kuin liikkeissään. Kuunteleminen on tärkeää, henkilöä ei tulisi heti keskeyttää. Puheen tulisi olla selkeää ja vähättelyä sekä provosoitumista ja provosointia tulee välttää. Tilanteessa, ongelmasta olisi hyvä tehdä yhteinen, jotta yhdessä voisi miettiä keinoa sen selvittämiseen. Pakkotoimenpiteitä tulisi välttää viimeiseen asti, sitä ennen yritettävä neuvotella ja pyrkiä tekemään sopimuksia. Väkivaltaisesti käyttäytyvää henkilöä tulee kohdella samantarvoisena. Tyhjiä lupauksia ei saa tehdä. Oman sekä henkilön reviiirin säilyttämistä tulee kunnioittaa. (Tiuhonen 1999, 27 - 28.)

Kun kohtaa itsemurhaa harkitsevan potilaan, on varottava ennakkoasenteita. Itsemurhalla uhkaavalle on ensiapuna pystyttävä luomaan turvallinen ja hyvä kontakti. (Punukanen 2004, 126.) Kokemusten ja ajatusten huomaaminen on tärkeää, etteivät itsemurha-ajatukset pääse syvenemään ja ettei ihminen koe olevansa yksin ajatusten kanssa. (Henttinen, Iija & Mattila 2009, 54.)

Tärkeää on myös säilyttää koko ajan asiallinen ja ammattimainen rooli. Kukaan ei ole kaikkivoipainen auttaja. Aina ei onnistuta auttamaan potilasta. Viime kädessä jokainen tekee oman ratkaisunsa. (Punukanen 2004, 126.) Itsemurhalla uhkaava on aina otettava todesta, sillä vaikka potilas olisi uhannut monta kertaa aiemmin jo, ei mikään takaa ettei hän juuri sillä kerralla toteuttaisi uhkansa. (Liljeström 2009.)

4 PROJEKTIN OSAPUOLET

Projektin päätoteuttajina toimivat Kymenlaakson Ammattikorkeakoulun sairaanhoitaja ja opiskelijat Maiju Heinä ja Noora Seppänen. Poliisien yhteyshenkilönä toimi Ylikomisario Ilkka Höysti. Luentopäivään osallistui 40 poliisia. Asiantuntijaluennoitsijoina toimivat sairaanhoitaja Tuukka Viitala (liite 3/1) ja psykiatrinen sairaanhoitaja Niina Isola (liite 2/1). Viitala työskentelee Kymenlaakson Psykiatrisessa sairaalassa ja Isola työskentelee Kouvolan psykiatrian poliklinikalla, Kuusankosken toimipisteessä. Kymenlaakson Ammattikorkeakoulun yhteyshenkilöinä toimivat lehtorit Kristiina Mettälä ja Merja Laitoniemi.

5 PROJEKTIN ETENEMINEN

Aloimme ideoida opinnäytetyön aihetta keväällä 2008. Lähtökohtana opinnäytetyölle oli kiinnostuksemme tehdä työn projektin muodossa ja niin, että se liittyy jollain tavalla mielenterveystyöhön.

Pidimme ideointiseminaarin keväällä 2008. Syksyllä 2008 otimme yhteyttä Vanhemman konstaapeliin Petri Mikkoseen ja kartoitimme poliisien tarpeita ja halukkuutta olla mukana opinnäytetyössämme. Heidän vastaanottonsa oli myönteinen, ja heidän mukaansa psykiatrisen potilaan kohtaamista ei poliisikoulutuksessa ole juuri lainkaan.

Marraskuussa 2008 pidimme suunnitelmaseminaarin, johon osallistui Kymenlaakson poliisilaitoksen, Kouvolan poliisiaseman vastuuhenkilö Ilkka Höysti. Tarpeet ja toiveet tarkentuivat pikkuhiljaa ja koulutuspäivän ajankohta sovittiin joulukuussa 2008. Alkupalven 2009 kirjoitimme työtä, jonka esittäisimme PowerPoint muodossa. Keuhvällä 2009 pidimme koulutuspäivän, johon osallistui 40 poliisia.

Projektin aikana tapasimme Ilkka Höystin ja Petri Mikkosen yhteensä kolme kertaa. Tapaamisissa ideoimme ja suunnittelimme luentopäivän sisältöä, kulkua ja käytännön asioiden järjestämistä. Tapaamiset sijoittuivat syksyn 2008 ja kevään 2009 aikavälille. Lisäksi tapasimme Tuukka Viitalan ja Niina Isolan kaksi kertaa ennen varsinaista luentopäivää. Tapaamisissa käsitelimme heidän osuuttaan luentopäivässä ja allekirjoitimme kirjalliset sopimukset osallistumisesta luentopäivään (liite 5/1).

5.1 Opetustapahtuman suunnittelu

Oppiminen on uusien asioiden ymmärtämisen lisääntymistä, tietämistä, elämyksellistä toimintaa sekä tietojen yhdistämistä ja hyödyntämistä. (Mitä oppiminen on? 2009. Se on elämänikäinen prosessi, joka alkaa varhaisessa lapsuudessa ja jatkuu aina vanhuuteen saakka. Oppiminen on aina yksilöllistä, se tapahtuu jonkin ympäristön ja kulttuurin vaikutuspiirissä. (Peltonen, 2004, 45.)

Oppiessaan yksilö rakentelee kuvaa maailmasta ja muodostaa erilaisista maailmanilmiöistä selitteleviä malleja. Informaatiota valitaan, suhteutetaan, tulkitaan aikaisempien rakenteiden ja kokemusten kautta. Olemassa oleva sisäinen malli ja oppijan aktiivisuus ohjaa hänen tulkintaansa, valintojaan ja havaitsemistaan. (Peltonen, 2004, 47.)

Tietorakenteessa tapahtuva muutos oppimisen yhteydessä ei kuitenkaan tulisi olla pysyvä. Oppimisprosessi edellyttää jatkuvaa muuntautumista ja kehittymistä. Oppimiseen vaikuttavat tahto oppia ja oppimistaidot. Lähiopetuksen muotoja ovat ryhmässä työskentely ja luennot. Opiskelu on muistiin kirjaamista, ryhmätehtäviä, videonkatseiluita, keskusteluja ja kuuntelua. (Peltonen, 2004, 47, 50.)

Muutamia vuosikymmeniä sitten aikuisikäisenä kouluttautumista pidettiin harvinaisena, eikä sitä eroteltu muusta koulutuksesta erityisesti. Nykyisin aikuisten kouluttaminen alkaa kuulua jokaisen aikuisikäisen työelämään, osana ammatillista kehitystä. Siitä on tullut jatkuvaa toimintaa, joko työnantajan järjestämänä tai omaehtoisena haluna kehittää itseään. (Paane-Tiainen, 2000, 5.)

Perinteiset toimintamallit sekä koulutuksessa että työelämässä ovat kyseenalaistuneet. Työnlunne on muuttunut osassa työssä projektiluontoiseksi. Vanhojen koulutusmallien heikko vastauskyky tai toimimattomuus on tuottanut uusia käytäntöjä. (Paane-Tiainen, 2000, 5.)

Aikuisen ihmisen elämään vaikuttavat monet tekijät, joilla on merkitystä elämänselviin ja hallintaan työn lisäksi. (Paane-Tiainen, 2000, 5.) Aikuisopetuksessa oppimisen mahdollisuudet lisääntyvät huomattavasti ja aletaan käyttää monimuotoisempia oppimisen ja opetuksen menetelmiä. Amerikkalainen kasvatustieteilijä Malcolm Konwels on ottanut käyttöön käsitteen andragogiikka, jolla hän kuvaa aikuisten erilaisista tyyliä oppia.

Aikuisilla on voimakas motivaatio ja halu oppimiseen. Heillä on takanaan runsaasti elämäkokemusta, tämä pitäisikin hyödyntää opetustilanteessa. Aikuinen keskustelelee mielellään ja käyttää ongelmienratkaisun tekniikkaa. He ovat hyvin suorituskeskeisiä, ja apuja löytyy helposti omista kokemuksista. Andragogiikassa opettaja on oppimisen auttaja, neuvoja ja tukija. (Peltonen, 2004, 68 - 69.)

Nuoret ihmiset oppivat nopeasti irrallisista tietoaineista, mikä lyhyen aikaa säilyy ns. pintamuistissa. Tämä ei ole aikuisten vahvinta aluetta mutta kokemuksen avulla monimutkaisten asioiden kytkeytymisen ymmärtäminen on aikuisille helpompaa. Kokeneet työntekijät tarvitsevat oppimistilanteita, jotka tekevät asiakokonaisuuksien hallinnan ja opitun tiedon ja sen osaksi työn tekemisen kannalta mielekästä kokonaisuutta. ”Poisoppiminen”, työskentelytapojen muutos on aikuisten kohdalla merkittävä osa-alue. Se on sinällään vaikeaa, mitä ”automatisoituneempia” työskentely- ja kommunikointitavat ovat, sitä vaikeampaa rutiineista poisoppiminen on. Nämä tuovat opetukselle haasteen ja voivat toimia jopa opetuksen esteenä. (Paane-Tiainen, 2000, 15 - 16.)

Käytimme työssämme behavioristista ja humanistista opetustyyliä. Kohderyhmämme oli aikuiset, joten meidän tuli yhdistää kahdenlaista opetustyyliä. Näin saimme opetuksen vastaamaan heidän tarpeitaan.

Behavioristisessa opetustyyliässä opetus lähtee tarkasta ja huolellisesta valmistautumisesta. Opetussuunnitelmasta löytyvät tarkat tavoitekuvaukset. Opettaja kertoo opetettaville opetuksen tavoitteet ja tavoitteiden pohjalta laaditut sisällöt. Opetus on opettajakeskeistä. (Peltonen, 2004, 79.)

Humanistisessa opetustyyliässä on keskeistä vapaus ja yksilöllisyys. Opetus lähtee liikkeelle oppijan motivaatiosta ja tarpeista. Opetuksen yhteissuunnittelulla pohditaan opintosisältöjä ja tavoitteita. Aikaisemmat kokemukset eri ammateista ja koulutuksista antavat paremman pohjan ja orientaatioperustan opiskelulle. Opetustyyliässä korostuu yksilöllisyys ja vapaus. (Peltonen, 2004, 80 - 81.)

Luennointia on pidetty tehokkaana tapana opettaa, koska siihen voi osallistua todella suurikin määrä kuulijoita. Niillä on mahdollista saada ja antaa uusia näkökulmia, esittää uusimpia tutkimustuloksia ja tietoa, joka ei ole vielä ehtinyt kirjoihin. (Paane-Tiainen, 2000, 66.) Valitsimme luennoinnin opetusmenetelmäksi, koska kohderyhmä oli iso ja kyse oli aikuisista. Luennointi oli luontevin tapa lähestyä kohderyhmää, sillä

se antaa mahdollisuuden vuorovaikutustilanteeseen ja näin syventää kohderyhmän oppimista.

Ryhmätyön avulla oppiminen monipuolistuu ja tehostuu. Ryhmässä työskentely kehittää kriittistä ajattelua ja ongelmaratkaisukykyä sekä tehostaa ymmärrystä. Poliisit ovat tottuneet työskentelemään ryhmässä. Ryhmätyön lisääminen luentopäivän loppuun oli luontevaa. (Liite 1/1.)

5.2 Luentopäivän kuvaus

Luentopäiväksi valittiin 31.3.2009 ja se sovittiin yhdessä Ylikomisario Ilkka Höystin kanssa. Tavoitteena oli saada valittua sellainen päivä, että paikalle saataisi mahdollisimman paljon poliiseja, sekä Kouvolan poliisiasemalta että Kotkan poliisiasemalta. (Liite 4/1.)

Luentopäivä aloitettiin klo 9 ja tilaisuuden avasi Ylikomisario Höysti. Tilaisuuden alussa tekniikan kanssa oli pieniä ongelmia, mutta ne saatiin korjattua ja saimme jatkettua, aikataulun pettämättä.

Ensin kerroimme yleisimmistä psykiatrisista häiriöistä PowerPoint-diojen avulla. Sen jälkeen pidimme pienen tauon, keskittymisen ylläpitämiseksi. (Liite 1/1.) Seuraavaksi puhuimme oikeuspsykiatriasta ja toinen asiantuntijoistamme esiintyi kertomalla psykiatrian poliklinikan toiminnasta. Itsemurhasta puhuimme vielä ennen lounasta. Lounaan jälkeen päivä jatkui väkivaltaisesta henkilöstä kertomisesta. Seuraavaksi toinen asiantuntijoistamme kertoi omia kokemuksiaan ambulanssityöstään. Viimeiseksi halusimme hieman selvittää, mitä poliiseilla oli jäänyt päivästä mieleen, ja testasimme sitä ryhmätehtävällä. Annoimme heille aikaa miettiä vastausta, ja sitten se purettiin loppuksi yhdessä. Lopetussanat ja palautelomakkeen täyttäminen päättivät päivän. Aikataulu piti, olimme jopa hieman etujassa. Koimme päivän onnistuneen hyvin ja odotusten mukaisesti.

6 RESURSSIT

Taulukko 1. Toteutunut kulujakauma

Bensakulut	Paperikulut	Puhelinlaskukulut	Työtunnit	Yhteensä
0,45 €/km	0,25 €/A4	0,09 €/min	40 t	460 €

Opinnäytetyö on tuotettu kokonaan Kansaeläkelaitokselta saatujen opinto- ja asumistukien avulla, jotka ovat kuukaudessa 460 €. Tämä sisältää bensakulut, paperikulut, puhelinlaskukulut ja työtunnit. (Taulukko 1.)

Taulukko 2. Luentopäivän ostohinta

Viikkotyötunnit	Työtunnin hinta	Kuluneet työtunnit	Yhteensä
40 tuntia	13€ /tunti	120 tuntia	1560 €/ tekijä

Laskimme koulutuspäivän suunnitteluun, toteutukseen ja raportin kirjoittamiseen kuluneen aikaa yhteensä noin kolme viikkoa. Tulos perustuu viikkotyöaikaan, joka on 40 tuntia, viitenä päivänä viikossa. Joten kokonaistuntimäärä lähenee noin 120 tuntia. Laskimme myös mitä tällaisen projektin tekeminen maksaisi jos olisimme valmistaaneet koulutuspäivän maksullisena työnantajan puolesta. Laskelmassa ei ole huomioitu veroseuraamuksien vaikutuksia. Sairaanhoidajan keskimääräinen tuntipalkka on noin 13€/tunti, joten koulutuspäivä olisi tullut maksamaan 1560 € tekijältä. (Taulukko 2.) Summaan tulee lisätä myös asiantuntijoiden ottamat palkkiot esityksistään, joita ei ollut.

Asiantuntijat Isola ja Viitala tulivat projektiin mukaan vapaaehtoisesti. Kymenlaakson poliisilaitos, Kouvolan poliisiasema tarjosi luentopäivän esiintyjille lounaat. Kymenlaakson poliisilaitoksen Kouvolan poliisiasema kattoi myös PowerPoint-esitysten tulostuskulut sekä tarjosi luentopäivän päätöskahvit.

7 ARVIOINTI

7.1 Koulutuspäivän palaute

Koulutukseen osallistui 40 poliisia ja palautelomakkeita jaettiin 40. Kaikki lomakkeet palautettiin, joista 39:iin oli vastattu. Vastausprosentti oli 99. Kysymyksiä oli yhteensä kuusi, joista monivalintakysymyksiä oli viisi. Yksi kysymys oli avoin. (Liite 6/1.)

Vastaajista 34 piti luentopäivää hyödyllisenä ja viisi oli osittain erimieltä. 32 vastaajista uskoi pystyvänsä soveltamaan saamaansa teoretietoa työssään, ja seitsemän ei kokenut pystyvän hyödyntämään teoriaa työssään.

30:n mielestä luentopäivän pituus oli sopiva, ja yhdeksän oli eri mieltä. 29:n mielestä luentopäivä selkeytti mahdollista yhteistyötä terveydenhuollon hoitohenkilöstön kanssa ja kymmenen ei kokenut näin olevan. Vastaavanlaisia luentopäiviä kannattaa järjestää poliiseille vastaisuudessakin 30:n mielestä, yhdeksän oli erimieltä.

Avoimessa kohdassa pyydettiin terveisiä (risuja ja ruusuja) koulutuspäivän järjestäjille. Avoimeen kohtaan vastasi 19, tyhjäksi sen jätti 20.

19:sta vastauksesta kuusi oli selkeästi sitä mieltä, että luimme liikaa paperista ja liikaa PowerPoint-dioja, enemmän toivottiin vuorovaikutuksellista opettamista. Yksi vastaajista olisi toivonut lisää ”case”-esimerkkejä, kun taas toisen mielestä ambulanssissa työskennelleen vierailijan esimerkit olivat turhia.

Neljän vastaajan mielestä kohderyhmänä poliisit oli väärä. Yhden mielestä väkivaltaisen henkilön kohtaamisesta oli niin paljon kokemusta, että siitä oli turha puhua. Yhden mielestä jotkut ohjeistuksista oli suunnattu selkeästi hoitohenkilökunnalle ja oli huolissaan, että joku poliisi saattaa nyt ottaa niistä toimintamallin.

Kahden vastaajan mielestä hoitoon toimitus tilanteessa ongelmana on lääkäri, eivät hoitajat. Vastaajat kokivat lääkäreiden asenteen negatiiviseksi poliiseja kohtaan. Heidän mielestä poliisien näkökantaa potilaan tilasta ei oteta vakavasti. Neljä vastaajaa kehui esiintyjä, lähetti kevätterveisiä tai kiitti.

Palautteiden perusteella suurin osa oli melko tyytyväisiä koulutuspäivään ja aiheeseen. Avoimissa vastauksissa kävi ilmi, että eniten toiveita esityksen suhteen tuli esittämistyylistä. Vastauksissa toivottiin vuorovaikutuksellisempaa opetusta.

Vierailijoita pidettiin hyvinä, etenkin psykiatrisen poliklinikan hoitajaa. Myös ambulanssiin liittyviä esimerkkejä pidettiin mielenkiintoisina. Yleisesti ottaen poliisit kokivat päivän hyödylliseksi ja olivat sitä mieltä, että vastaavanlaisia koulutuspäiviä kannattaa järjestää vastaisuudessakin.

7.2 Riskit ja odotukset

Meidän opinnäytetyöntekijöiden puolelta toiveena oli onnistunut luentopäivä, jolla saisimme itse syventymistä psykiatriseen hoitotyöhön. Ohjaus ja opetustaitojen karttuminen oli myös yksi tavoite, emme olleet opettaneet näin suurelle yleisölle koskaan aikaisemmin. Yksi tärkeimmistä odotuksista oli työn saaminen siihen kuntoon, että se olisi virallinen opinnäytetyömme. Tavoitteenamme oli myös poliisin ja terveydenhuollon hoitohenkilöstön välisen yhteistyön syventyminen. Poliisien puolelta oli odotuksena heidän tietojensa ja taitojensa karttuminen psykiatrisen potilaan kohtaamisessa. (Liite 6/1.)

Riskejä olimme pohtineet suunnitelmaseminaarissamme. Yksi riskeistä oli, että molemmat eivät pysty tekemään opinnäytetyötä loppuun asti. Molemmat olivat loppuun asti mukana työssä ja jaoimme töitä tasaisesti. Muutamia viikkoja ennen luentopäivän pitämistä meinasimme luovuttaa kokonaan erimielisyyksien takia, mutta saimme erimielisyydet sovittua ja pystyimme jatkamaan työskentelyä yhdessä.

Riskinä pidimme myös sitä, että Kymenlaakson poliisilaitoksen Kouvolan poliisiaseman puolelta tulisi jokin este, jonka vuoksi työtä ei pystyisi esittämään. Estettä ei kuitenkaan ilmennyt. Yhteistyö heidän kanssaan oli sujuvaa.

Toinen riskitekijä oli se, että molemmat tai toinen vierailevista asiantuntijoista peruisi tulonsa. Heidän kanssaan yhteistyö sujui myös ongelmitta. He osallistuivat aikaisemmille tapaamisille joka kerta ja esittivät oman osuutensa aikataulussa pysyen. He tekivät osuutensa veloitusetta.

Riskinä nähtiin myös mahdollinen tekniikan pettäminen, koska työmme oli PowerPoint- muodossa. Koulutuspäivän alussa niin tapahtuikin mutta tekniset ongelmat saatiin heti kuntoon. Päivän aloitus viivästyi viisi minuuttia, sillä aikaa luimme teoriaa papereista, ilman että sitä heijastettiin PowerPoint-diojen kautta.

8 POHDINTA

Opinnäytetyömme aiheena oli pitää koulutuspäivä Kymenlaakson poliisilaitoksen, Kouvolan poliisiaseman poliiseille psykiatrisen potilaan kohtaamisesta. Luentopäivällä haluttiin luoda poliiseille varmuutta kohtaamistilanteisiin psykiatristen potilaiden kanssa. Yhtenä tavoitteena oli myös poliisien ja hoitohenkilökunnan yhteistyön parantaminen. Kartoitimme epävirallisella kyselylomakkeella poliisien tietämystä ja tarvetta tämänlaisen koulutuspäivän järjestämiseen. Kysely osoitti, tarpeen tämänlaiselle koulutuspäivälle, koska poliisien peruskoulutuksessa vastaavanlaista opetusta on hyvin vähän.

Taidot psykiatrisen potilaan kohtaamisessa ovat tärkeitä poliiseille, koska he joutuvat lähes päivittäin kentällä tekemisiin psykiatristen potilaiden kanssa, joko virkaavunannon muodossa tai odottamatta. Joissain tilanteissa hoitohenkilökunta on mukana mutta on myös tilanteita, joissa poliisit kohtaavat psykiatrisista häiriöistä kärsivän henkilön yksin. Tämän vuoksi poliisilla olisi hyvä olla perustiedot psykiatrisista häiriöistä ja taidot psykiatrisen potilaan kohtaamisessa.

Pidimme poliiseille luentopäivän, jonka jälkeen pyysimme heiltä palautteen koulutuspäivän tarpeellisuudesta ja onnistumisesta. Poliisit kokivat yhteistyön hoitohenkilökunnan kanssa sujuvaksi mutta edelleen pitivät toimintaa lääkäreiden kanssa hankalana.

Opetustyyliimme perustui behavioristiseen ja humanistiseen opetustyyliin. Behavioristiseen viitta se, että valmistauduimme huolellisesti koulutuspäivän pitämiseen. Pidimme luentotyypin esitelmän kalvoilta, tässä tapauksessa PowerPoint-dioilta. Opetimme näin ollen paljon asiaa, suurelle yleisölle.

Humanistiseen opetustyyliin liittyy vapaus ja yksilöllisyys, opetus lähtee oppijan tarpeista ja tässä tapauksessa siis poliisien tarpeista saada lisätietoa psykiatrisen potilaan kohtaamisesta.

Palautelomakkeissa löytyi avoin kohta vastaajan omille mietinnöille. Avoimiin kohtiin oli vastannut 19 poliisia, joista kuuden mielestä opetustyyliämme olisi ollut parannettavaa. Meiltä toivottiin enemmän vuorovaikutuksellista opettamista, suoraan paperista lukemisen sijaan.

Ideoidessamme luentopäivää laitoimme ylikomisario Ilkka Höystin kautta epävirallisen kyselykaavakkeen. Kyselykaavake toimitettiin ryhmänjohtajille, jotka pyysivät alaisiltaan vastauksia kyselyyn. Kyselyn tulokset jäivät epätarkoiksi. Kyselyn laadinta olisi voinut olla yksityiskohtaisempi, tällöin olisimme todennäköisesti saaneet suorat vastaukset kysymyksiimme. Kyselystä selvisi poliisien vähäinen tietämys psykiatrisista potilaista ja lisätiedon tarve. (Liite 7/1.)

Luentopäivä sujui aikataulun puitteissa. Saimme myös lopetettua ajoissa, sillä sovitut asiakokonaisuudet ehdittiin käsitellä. Poliisien koulutukseen osallistumismotivaatiota olisi voinut kartoittaa palautelomakkeiden avulla. Välillä oli aistittavissa mielenkiinnon puutetta. Meidän esitystyylimme olisi voinut olla vuorovaikutuksellisempi ja luontevampi. Luimme paljon papereista ja tämä antoi joillekin vaikutelman aiheen huonosta hallinnasta. Esiintymistämme olisimme voineet toki harjoitella enemmän ennen varsinaista luentopäivää. Näin ollen olisimme mahdollisesti selvinneet koko esiintymisestämme pelkillä tukisanoilla. Poliiseille luentopäivä oli työpäivä ja ennalta oli sovittu, että päivään osallistuu 40 poliisia.

Johtuen luentopäivän työluonteesta osa poliiseista ei ollut kovin motivoitunutta. Toisaalta tästä työluonteisuudesta johtuen osa poliiseista ei ollut omasta tahdostaan kuuntelemassa luentopäiväämme. Tästä saattoi johtua mielenkiinnon puute aiheitamme kohtaan. Aiheen valintaa uudelleen tarkastellessamme kyseenalaistimme sitä hieman, päädyimme kuitenkin siihen lopputulokseen, että aihe oli tärkeä ja ajankohtainen. Olisimme voineet enemmän painottaa kohtaamista ja jättää teoriaa vähemmälle. Käytännön kokemuksia ja mahdollisia tapausesimerkkejä olisimme voineet hyödyntää enemmän. Näin ollen poliisien hyöty oppimastaan olisi maksimoitunut.

Oma esiintymisemme kaipaa vielä harjoitusta, etenkin noin suuren yleisöjoukon edessä. Molemmat olivat jännittyneitä tilanteessa. Myös yleisöstä ilmenevä mielenkiinnonpuute, haittasi omalta osaltaan esiintymistämme. Meidän olisi siis pitänyt pyrkiä vuorovaikutuksellisempaan opetukseen. Näin olisimme mahdollisesti saaneet poliisit

kiinnostumaan enemmän aiheesta ja keskustelu omista kokemuksista ja ajatuksista olisi ollut luontevampaa.

Luentopäivän rungon olimme jaksottaneet niin, että taukoja tuli sopiviin kohtiin ja näin asiaa ei tulisi kerralla liikaa. Vierailevat asiantuntijamme olimme sijoittaneet ajallisesti erikohtiin, koska uusi esiintyjä nostaa mielenkiintoa taas hieman ylöspäin. Loppuun olimme järjestäneet ryhmätyön, jossa poliisit saivat keskenään miettiä vastausta esitettyyn tapaukseen. Olimme varanneet runsaasti aikaa kysymysten pohtimiseen ja tuotosten purkamiseen. Odotimme runsaampaa keskustelua mutta vain muutama kommentoi ajatuksiaan. Koska keskustelu jäi lyhyeksi, pääsimme lopettamaan noin puoli tuntia suunniteltua aikaisemmin. Mietimme, että olisiko ryhmätyön voinut pitää aikaisemmin, jolloin aktiivisuus olisi ollut vielä korkeammalla kuin päivän lopussa. Tulimme kuitenkin siihen lopputulokseen, että ajankohta ryhmätyölle oli sopiva, sillä se pohjautui luentomateriaaliin.

Aikataulullisesti opinnäytetyömme eteni hyvin ennen kesää 2009, jolloin molemmat opinnäytetyöntekijät asuivat eri paikkakunnilla ja keskittyivät töiden tekoon. Motivaatiopulasta johtuen raportin kirjoittamisen aloitus viivästy. Tämä viivästytti myös koko opinnäytetyöprosessia. Olisimme voineet aloittaa raportin kirjoittamisen jo heti koulutuspäivän jälkeen, joka olisi mahdollistanut opinnäytetyön esittämisen sovittuna ajankohtana, syyskuussa 2009.

Työn jatkokehitys kohdistuisiluentopäivän järjestämiseen poliisien omasta aloitteesta työtä. Näin ollen osallistujat olisivat paikalla vapaaehtoisesti, koska ovat kiinnostuneita aiheesta. Erilainen opetustyyli tukisi luentoa paremmin. Koska poliisien koulutustausta on erilainen ja pohjautuu tietynlaiseen kurinalaisuuteen, on heille esiinnyttäessä oltava itsevarma ja hallittava aihepiiri hyvin tai riskinä on mielenkiinnon laantumisen aiheeseen.

Opinnäytetyöntekijöinä kyseenalaistimme diojen tarpeellisuuden, ilman niitä olisi mahdollisesti voitu luoda vuorovaikutuksellisempi ilmapiiri. Dioja käytettäessä on oltava tarkka niiden sisällöstä suhteessa muuhun materiaaliin. Ryhmätehtävien laajempi käyttö olisi suositeltavampaa, koska poliisit ovat tottuneet toimimaan ryhmissä tai työpareittain. Heillä on työssään aina mahdollisuus miettiä selvitettäviä tapauksia yhdessä tai isommassa ryhmässä. Ryhmätehtävät olisivat tuttu toimintamalli poliiseille.

Luentopäivän pituutta olisi mahdollisesti voinut muokata suppeammaksi tai jakaa useammalle päivälle. Tällöin tiedon omaksuminen olisi ollut helpompaa, koska asiaa ei olisi tullut liikaa yhdellä kertaa. Myös tarkempaan alkukyselyyn tulisi pyrkiä ja kertoittaa oikeasti se, mitä poliisit haluavat luontopäivän aikana kuulla ja oppia.

Sairaanhoitajan työnkuva on muuttunut todella paljon aikojen saatossa. Nykypäivänä sairaanhoitaja ei enää tee pelkästään hoidollista työtä, vaan työnkuvaan voi kuulua myös vastaavanlaisten tapahtumien järjestäminen tai niihin osallistuminen ammatillisenä asiantuntijana. Koulutuspäivän suunnitteleminen ja toteutus antoi meille todella paljon. Sen avulla saimme käsitystä siitä, millaista on järjestää koulutustapahtumia suuremmalle yleisölle. Uskomme meillä olevan tämän myötä paljon varmempi pohja ja enemmän uskallusta lähteä mukaan tällaisten tapahtumien järjestämiseen ja siellä esiintymiseen.

LÄHTEET

Achte, K. & Tamminen, T. (toim.). 1998. Psykiatrian käsikirja. Jyväskylä: Gummeruksen Kirjapaino Oy.

Dementia. Poliklinikan internetsivut. Päivitetty 1.6.2006. Saatavissa:
<http://www.poliklinikka.fi/?page=6929592&id=6517316&>. [Viitattu 2.3.2009]

Hakola P., Isohanni M., Joukamaa M., Koponen H., Leinonen E. & Lepola, L. 2005. Psykiatria. 1 - 2. painos. Helsinki: WSOY.

Havio M., Inkinen M. & Partanen A. (toim.) 2008. Päihdehoitotyö. Jyväskylä: Gummeruksen Kirjapaino Oy.

Heiskanen, T. 2007. Viimeinen ratkaisu. Helsinki: Hämeen kirjapaino.

Henttinen, K., Iija, A. & Mattila, E. 2009. Kuuntele minua: mielenterveystyön käytännön menetelmiä. Hämeenlinna. Tammi.

Henriksson, M. & Hietanen, S. 2002. Kiihtynyt psykoottinen potilas. Duodecim lehdin internetsivut. Päivitetty 2.9.2009. Saatavissa:
http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/etusivu?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo92766&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_auth=. [Viitattu 14.2.2009]

Huttunen, M. Tietoa potilaalle: Psykoosi (mielisairaus). Terveyskirjaston internetsivut. Päivitetty 8.9.2008. Saatavissa:
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00411. [Viitattu 13.2.2009]

Holopainen A., Jokinen M. & Välimäki M. 2000. Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. 1. painos. Juva: WSOY.

Isohanni M., Larivaara P. & Winblad I. (toim.) 1996. Perusterveydenhuollon psykiatria. 1. painos. Jyväskylä: Gummeruksen Kirjapaino Oy.

Jokinen M., Holopainen A. & Välimäki M. 2000. Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. Juva: WSOY.

Kivinen L. 2008. Psykiatrisessa hoidossa olleen nuoren aikuisen kokemuksia elämästään ja elämää eteenpäin vievistä asioista. Väitöskirja. Kuopion yliopisto.

Kymenlaakson sairaanhoitopiirin internetsivut. Rekrytointiesite. Päivitetty 30.8.2009. Saatavissa: <http://www.kymshp.fi/rekry/esite>. [Viitattu 17.9.2009.]

Laitoniemi, M. 2008. Väkivaltaisen henkilön kohtaaminen–kurssi; muistiinpanot. [Viitattu 23.2.2009]

Liljeström, T. 2009. Puhelinhaastattelu 4.3.2009.

Luhtasaari, S. 2005. Synnytyksen jälkeinen masennus. Terveyskirjaston internetsivut. Päivitetty 19.5.2005. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ama00018. [viitattu 27.2.2009]

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116 Päivitetty 4.9.2009. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>. [Viitattu 4.3.2009].

Mitä oppiminen on? Aikuisopiskelu Keski-Suomessa internetsivut. Päivitetty 16.9.2009. Saatavissa: <http://www.aikuisopiskelu.fi/?Deptid=4639>. [Viitattu 4.3.2009].

Muistihäiriöt. Pfizer-yhtiön internetsivut. Muistihäiriöt. Päivitetty 2003. Saatavissa: <http://www.alzheimerintauti.net/index.cfm?cd=21099>. [Viitattu 2.3.2009]

Paane-Tiainen, T. 2000. Oppijaksi aikuisena. Helsinki: Oy Edita Ab.

Peltonen, H. 2004. Kasvattajana sosiaali- ja terveysalan ammateissa. 4. uudistettu painos. Tampere: Tammer- Paino Oy.

Persoonallisuushäiriöt. Poliklinikan internetsivut. Päivitetty 28.11.2006. Saatavissa: <http://www.poliklinikka.fi/?page=7685114&id=9237373>. [Viitattu 24.3.2009]

Punkanen, T. 2004. Mielenterveystyö ammattina. 2.-3. painos. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Psykiatrisen potilaan kokemuksia ja odotuksia hoitoympäristöstään. Pro gradu-tutkielma. Hutu, S. 1994. Tampereen yliopisto.

Turtonen J. 2006. Mielenterveys ongelmat, mistä apua?. Jyväskylä: Gummeruksen Kirjapaino Oy.

Skitsofrenia. Poliklinikan internetsivut. Päivitetty 14.8.2006. Saatavissa: <http://www.poliklinikka.fi/?page=4691144&id=6953677>. [Viitattu 12.3.2009]

Vuonna 2007 alkoholikuolemat jatkoivat kasvuaan. Tilastokeskuksen internetsivut. Päivitetty 4.12.2008. Saatavissa: http://tilastokeskus.fi/til/ksyyt/2007/ksyyt_2007_2008-12-04_tie_001.html. [Viitattu 17.2.2009].

Väkivaltaisen ihmisen kohtaaminen. Kolumbusin internetsivut. Päivitetty 14.5.2001. Saatavissa <http://www.kolumbus.fi/jyrki.vartiainen/vakivaltainen.htm>. [Viitattu 14.1.2009]

Psykiatrisen potilaan kohtaaminen

Maiju Heinä

Noora Seppänen

Yleisimmät psykiatriset häiriöt

Psykoosi

- todellisuuden tajun hämärtyminen
- taantumisen jollekin aiemmalle kehitystasolle
- aistiharhat, potilas kuulee puhetta, näkee näkyjä, haistaa olemattomia tai tuntee ihollaan jotakin mitäs siinä ei ole.
- ääniharhat voivat olla käskyttäviä, uhkaavia tai ääni voi toimia potilaan omatuntona. Potilas voi kuvitella esimerkiksi radiossa puhuttavan hänestä tai voi keskustella äänien kanssa
- potilasta ei tule rohkaista ääniharhoista puhuttaessa

- psykooseissa yleistä erilaiset ajatushäiriöt, ilmenee puheen hajanaisuutena, koska potilas on kykenemätön pitämään ajatuksiaan kasassa
- poikkeava käyttäytyminen on osa psykoottisuutta, kuten puhumattomuus, katatonisuus eli paikalleen jäykistyminen tai jonkin asennon ylläpitäminen, vastakohtana katatoninen kiihtymystila, jolloin mahdoton olla paikallaan ja hiljaa
- psykoottinen potilas saattaa puhua omalla kielellään, itse keksittyjä sanoja, sanontoja, joiden merkitys saattaa olla arkikielessä aivan toinen

- kohtaamisessa tärkeää psykoottisuuden tunnistaminen
- rauhallinen kohtaaminen tärkeää, muista kiireettömyys
- turvallisuuden tunteen luominen, potilasta ei tule päästää satuttamaan itseään eikä muita ympärillään
- potilaan puhetta on syytä selventää yksittäisillä kysymyksillä, ajan jäsentäminen
- rauhallinen kontaktin ottaminen

- ihmisarvoinen, yksilöllinen kohtaaminen
- potilaan realiteettitajua voi yrittää parantaa "vetämällä" häntä pois psykoottisesta kokemuksesta
- psykoottinen potilas tulee toimittaa sairaalahoitoon mahdollisimman pian, koska se parantaa ennustetta hoidon onnistumisessa

Skitsofrenia

- yksi vaikeimmista mielenterveys häiriöistä
- selvittämätön aivosairaus, jonka seurauksena osa ihmisen henkisistä toiminnoista häiriintyy
- Väestöstämme 1 % sairastaa, joka sadas sairastuu
- yleisempi ja vaikeampi miehillä kuin naisilla
- erityisesti nuorten aikuisten ja työikäisten sairaus
- yksi maamme suurimmista työkyvyttömyyden aiheuttajista

- yli puolet psykiatrisista sairaansijoista täyttyy skitsofreenikoista
- psykoosin oireita yhden kuukauden ajan, ennen kuin skitsofrenia diagnoosi voidaan antaa
- 2-3 kertainen kuolleisuus verrattuna muihin sairauksiin
- oireet voivat alkaa pikkuhiljaa tai hyvinkin nopeasti
- oireet joko pitkäaikaistuvat tai häviävät

- jaetaan viiteen muotoon:
 - katatoninen skitsofrenia (oudot kasvojen ilmeet ja kehon asennot),
 - paranoidinen skitsofrenia (vainoharhaiset ajatukset)
 - hajanainen skitsofrenia (taantumisen, harkitsematon käytös ja puhe)
 - jäännöstyypinen skitsofrenia (aloitekyvyttömyys, tunteiden latistuminen)
 - jäsentymätön skitsofrenia (yleisin, mikään edellä mainituista ei sovi)

- usein vahva lääkitys
- huumeiden käyttö saattaa ennakoida skitsofrenian puhkeamista
- ihmisten pelkoa
- mielen pirstaleisuus, ahdistus siitä, kun ei tiedä mitä tehdä tai minne mennä
- vetäytyminen pois ihmissuhteista
- ajatusten julkikuuleminen, ajatusten riisto tai siirto
- vaikutuselämykset
- kuuloharhat ja ajatushäiriöt
- passiivisuus

- skitsofrenia potilas yleensä vastarinnassa ja pelokas
- potilaan kohtaamisessa hyväksyttävä hänet sellaisena kuin hän on
- kiireettömyys, maltti ja kärsivällisyys tärkeitä kohtaamis- tilanteissa
- kiistely ja väittely varsinkin potilaan harhoista ei-toivottua, tässä ja nyt kohtaaminen suotavaa
- pakkotoimenpiteitä tulee välttää viimeisen asti, jos niihin on pakko ryhtyä, on se tehtävä mahdollisimman suoraviivaisesti ja rehellisesti

Maanis- depressiivinen häiriö

- mania = itsetunnon ja aktiivisuuden voimakas kohoaminen
- depressio = vakava masentuneisuus
- maanis-depressiivisessä häiriössä, nämä kaksi tilaa vuorottelevat
- kaksisuuntainen mielialahäiriö, bipolaaritauti
- mielialahäiriöt ovat yleisiä ja uusivat helposti
- suuri työkyvyttömyyden aiheuttaja
- alttius sairastua perinnöllistä

- masennusta esiintyy kaikenikäisillä, yleisintä kuitenkin keski-ikäisillä
- suuri esiintyvyys myös eronneilla, leskillä ja alempiin sosiaaliluokkiin kuuluvilla
- pitkäaikainen kuormitus varsinkin perinnöllisiä tekijöitä kantavilla syy masennukseen
- synnytyksen jälkeinen masennus -> 10% äideistä sairastuu
- masennuksen seurauksena alentunut itsetunto ja tarve rangaista itseään

- masennuksen oireita: mielialan lasku, energian väheneminen, mielihyvän tunteen häviäminen, väsymys, keskittymiskyvyn huononeminen, alentunut itsetunto, syyllisyyden tunto, itsetuho ajatukset, itsensä vahingoittaminen, huono ruokahalu ja unettomuus
- aamut erityisen vaikeita, ahdistuneisuutta ja tuskaisuutta
- alkoholin käyttö voi liittyä

- vaikeassa masennustilassa voi olla myös psykoottisia oireita
- vaikeuksia päivittäisissä toiminnoissa
- vakavin depression seuraus on itsemurha, noin joka viidennellä
- esiintyvyys 3-6:lla prosentilla väestöstä, elinikäinen sairastavuus naisilla 8-12 prosenttia ja miehillä 20-26 prosenttia
- toivon ylläpitäminen ja irtautuminen negatiivisesta ajatusmallista
- ei negatiivista kohtaamista tai potilaan itsetunnon latistamista, asiallinen kielenkäyttö, varma toiminta

- mania harvoin esiintyy yksinään, vaan lähes aina siihen liittyy masennusjakso, jolloin tilaa kutsutaan maanis-depressiiviseksi häiriöksi
- alkaa äkillisesti, kesto vaihtelee muutamasta viikosta jopa viiteen kuukauteen, jos potilas ei pääse/hakeudu hoidon piiriin
- maniassa henkilön tarmokkuus ja toimeliaisuus lisääntyvät
- henkilö toimii impulsiivisesti ja suunnittelemattomasti

- henkilö saattaa tuhlailla rahoja ja omaisuuttaan normaalista arkikäyttäytymisestä poiketen
- maanisen henkilö hoito vaatii useimmiten sairaalahoitoa ja usein joudutaan turvautumaan tahdosta riippumattomaan hoitoon
- hoitoon hakeutuminen heti tärkeää, jotta tasaava lääkitys voidaan aloittaa
- kohtaamisessa huomioitava potilaan vauhdikkuus ja kiihtynyt tila
- kohtaamistilanteessa oltava päättäväinen, ei yllykkeitä
- puhe rauhallista ja johdonmukaista

Persoonallisuushäiriöt

- ilmenevät poikkeavina persoonallisuuden piirteinä
- pitkäaikaisia, toimintakykyä heikentäviä ja sosiaalisia suhteita haittaavia
- asianomainen ei välttämättä huomaa itse persoonansa häiriötä eikä kärsi niistä ja tämän vuoksi jättää hakeutumatta hoidon piiriin
- käyttäytyminen saattaa olla eristäytyvää, huomionhakuista, epävakaa, outoa, riippuvaista, vihamielistä, kontrolloimatonta tai pakonomaista

- henkilöt ovat usein jäykkiä, kypsymättömiä, kyvyttömiä empatiaan sekä kykenemättömiä normaaleihin ihmissuhteisiin ja heillä on useinkin hankaluuksia koulu- ja työelämässä.
- alkoholin ja päihteiden väärinkäyttö voi liittyä persoonallisuushäiriöihin
- erilaiset masennus ja ahdistuneisuushäiriöt voivat liittyä persoonallisuushäiriöihin
- häiriötä esiintyy 10 - 14 % väestöstä

- persoonnallisuushäiriöiden luokitus
 - epäluuloinen persoonallisuus
 - eristäytyvä persoonallisuus
 - psyykoosi- ja piirteinen persoonallisuus
 - epäsosiaalinen persoonallisuus
 - epävakaa persoonallisuus
 - huomionhakuinen persoonallisuus
 - narsistinen persoonallisuus
 - estynyt persoonallisuus
 - riippuvainen persoonallisuus
 - pakko-oireinen persoonallisuus

- häiriöt luokitellaan niissä esiintyvien dominoivien käyttäytymismallien mukaan
- alempien sosiaaliryhmien ongelma
- yleisintä nuorilla aikuisilla
- diagnoosia tehdessä otettava huomioon ikä, koska nuoruusiän ahdistuneisuus ja masentuneisuus ei välttämättä ole merkki persoonallisuushäiriöstä

- antisosiaaliset henkilöt osattava erottaa persoonallisuushäiriöisistä, koska ne eivät ole psykiatrisia häiriöitä
- kohtaamisessa huomioitava potilaan mahdollinen erikoinen käytös
- potilas ei pysty aina kertomaan luotettavasti tilanteestaan

Päihdehäiriöt

- yleisimmät päihtymiseen tarkoitettut aineet ovat: alkoholi, amfetamiini, kannabis opiaatit ja kokaiini.
- päihdehäiriötä ovat: akuutti intoksikaatio, haitallinen käyttö, riippuvuus, vieroitusoireyhtymä, delirium, amnestinen oireyhtymä ja psykoottiset tilat, jotka johtuvat päihteiden käytöstä.
- päihteiden käyttö liitetään usein muihin psykiatrisiin häiriöihin ja lisää tapaturmavaaraa, sekä itsemurhariskiä.

- suomessa 250 000-400 000 aikuista on alkoholin suurkuluttajia (suurkulutuksen rajana naisilla 16 ravintola-annosta ja miehillä 24 ravintola-annosta viikossa).
- alkoholistit usein miehiä, alkoholismi kehittyy yleensä 16-30 -vuotiaana
- vieroitusoireet alkavat usein 12-18 tunnin kuluttua juomisen lopettamisesta ja ovat korkeimmillaan 24-48 tunnin kuluttua, vieroitusoireyhtymä loppuu yleensä 5-7 vuorokauden jälkeen.

- alkoholismiin liittyy kouristuskohtaukset, jotka alkavat yleensä ensimmäisen tai toisen vuorokauden kuluttua juomisen lopettamisesta ja voivat ennakoida deliriumin alkamista
- delirium tremens "juoppohulluus" alkaa viimeistään 72 tunnin kuluttua alkoholin käytön lopettamisesta ja kesto on parista kolmeen päivään. Siihen liittyy unihäiriöitä, ajan- ja paikantajun häiriöitä, motorista kiihtyneisyyttä, harhaisuutta.

- alkoholin vieroitusoireista kärsivä henkilö tulee hoitaa sairaalassa, koska nestetasapainon ja ravitsemuksen turvaaminen on näissä tilanteissa tärkeää, myös mahdollinen lääkitys hoidetaan sairaalassa.
- huumeiden käyttäjiä arvellaan Suomessa olevan 20 000-30 000.
- suurin hoitoon hakeutumisen syy ovat voimakkaat fyysiset vieroitusoireet
- alkoholiin, bentsodiatsepiineihin ja opioideihin liittyy voimakas fyysinen ja psyykinen riippuvuus.

- perustuslain (731/1999) mukaan ihmisellä on oikeus terveydentilansa edellyttämään hoitoon riippumatta päihtymyksen asteesta.
- psykiatrisia hoitopaikkoja voidaan käyttää sellaisille henkilöille, joiden päihteiden käyttöön liittyy psykiatrisia oireita, kuten psykoottisten oireiden kehittymisen mahdollisuus.
- kaksoisdiagnoosin omaavia henkilöitä on vaikea sijoittaa mihinkään hoitolaitokseen, eikä niitä ole juurikaan tarjolla.
- huumeriippuvaiset hoidetaan heille tarkoitetuissa hoitolaitoksissa, jossa on mahdollista saada korvaushoitoa.
- päihteiden vaikutuksen alaisena ihmisen ymmärrys- ja havainnointikyky on usein heikentynyt.
- puheen ymmärtäminen ja kommunikointi on madaltunut.

- vuorovaikutustilanteissa tärkeää on asenne, ihminen on kohdattava vastuullisena aikuisena.
- kohtaamisessa oltava rauhallinen, johdonmukainen, selkeä, ymmärrettävä ja kärsivällinen.
- uhkailua, provosointia tai provosoitumista ja alentavaa suhtautumista tulee välttää
- ääntään ei tule korottaa ellei se ole välttämätöntä
- päihteitä käyttävän henkilön kanssa toimiessa ja häntä hoitoon kuljettaessa tulee ottaa huomioon kasvanut riski veriteitse tarttuvista sairauksista, kuten HIV ja hepatiitit.

Ikääntyneen muistihäiriöstä kärsivän kohtaaminen

- dementia tulee latinan kielen sanoista "de" ja "mens", jotka tarkoittavat pois ja mieli, dementialla tarkoitetaan siis mielen muuttumista
- oireyhtymä, johon liittyy etenevä muistin ja aivotoimintojen heikentyminen, joka johtaa itsenäisen selviytymisen
- käyttäytymisoireita, joita voi olla muun muassa harhaajatukset, ahdistuneisuus, hallusinaatiot, väärintulkinnat, mielialavaihtelut, persoonallisuuden muutokset, sosiaalisesti paheksuttava käytös motorisesti, kielellisesti ja äänellisesti, vaeltelu ja harhailu

- edetessään dementia johtaa yhä lisääntyvään hoivan ja avun tarpeeseen
- vaikeasti dementoituneista miltei kaikki ovat laitoshoidon tarpeessa
- yksi dementiaa johtavista sairauksista on Alzheimerin tauti, joka on hitaasti etenevä aivoja rappeuttava sairaus
- oireina oppimisen heikentyminen, unohtelun lisääntyminen, vaikeudet ajan- ja paikantajussa, keskittymiskyvyn ja tarkkaavaisuuden heikentyminen, puheen tuottamisen ja ymmärtämisen vaikeudet sekä päättelykyvyn heikentyminen

- vieraassa ympäristössä suunnat ovat hukassa
- vaikeita käytöshäiriöitä; näköharhoja, harhaluuloja, levottomuutta, aggressiivisuutta, unihäiriöitä

- ymmärryskyky huono, potilaan kyky hahmottaa kokonaisuuksia selkeästi heikentynyt ja hän on usein hämmennyksen vallassa
- potilaan vaikea ilmaista itseään enää sanallisesti, jolloin hän ilmaisee itseään käyttäytymisensä kautta, joka voi johtaa tunteenpurkauksiin ja levottomuuteen
- kävely hidasta ja jäykkää ja lopulta potilas menettää liikuntakykynsä
- oireet saattavat olla vaaraksi potilaalle itselleen tai muille

- vuorovaikutustilanteet hankalia, koska potilas ei välttämättä ymmärrä tilannetta, puhetta ja voi saattaa kokea sen ahdistavaksi
- kohtaamistilanteen oltava rauhallinen, kiirettä ei saa pitää
- selkeä puhe, selkeät lauseet, ei liikaa informaatiota

Oikeuspsykiatria

Mielenterveyslaki

- mielenterveyslaki määrittelee mielenterveystyön käsitteen. Samalla se antaa raamit toiminnoille, jotka mielenterveystyöhön kuuluvat.
- mielenterveystyöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveydenhäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä.

- mielenterveystyöhön kuuluvat mielisairauksia ja muita mielenterveydenhäiriöitä poteville henkilöille heidän lääketieteellisin perustein arvioitavan sairautensa tai häiriönsä vuoksi annettavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut (mielenterveyspalvelut)

- mielenterveystyöhön kuuluu myös väestön elinolosuhteiden kehittäminen siten, että elinolosuhteet ehkäisevät ennalta mielenterveydenhäiriöiden syntyä, edistävät mielenterveystyötä ja tukevat mielenterveyspalvelujen järjestämistä.

Tahdosta riippumattoman hoidon kriteerit

- henkilö voidaan määrätä tahdostaan riippumatta psykiatriseen sairaalahoitoon vain:
 - 1) jos hänen todetaan olevan mielisairas;
 - 2) jos hän mielisairautensa vuoksi on hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan taikka muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta; ja

3) jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäväksi tai ovat riittämättömiä.

- alaikäinen voidaan määrätä tahdostaan riippumatta psykiatriseen sairaalahoitoon myös, jos hän on vakavan mielenterveydenhäiriön vuoksi hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen sairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan taikka muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta ja jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäväksi.

Itsemurha

"En nähnyt enää muuta
ulospääsyä"

- vuonna 2007 tehtiin Suomessa yhteensä 995 itsemurhaa
- työikäisillä (15- 64 -vuotiaat) miehillä itsemurha oli 4:ksi yleisin kuolinsyy
- työikäisillä(15- 64 -vuotiaat) naisilla itsemurha oli 5:ksi yleisin kuolinsyy
- 175 eläkeläistä (- 64 -vuotiaat) teki itsemurhan

- 3 alle 15 -vuotiasta teki itsemurhan
- kolme neljästä itsemurhan tehneistä oli miehiä

- itsemurha ja itsemurhayritys eivät selity yhdellä syyllä.
- itsemurhayrityksen ymmärtää vasta kokonaisuudessaan jos pääsee näkemään ihmisen koko elämänkaaren.
- mutta itsemurhaa ei välttämättä aina ole suunniteltu pidempään.
- itsemurha ei ole rikos, vaan yksilön vapaa valinta.
- yhteiskunnan on tarjottava apua jos itsemurhan aikoja on psyykkisesti epävakaa.

- itsemurha yritys on kymmenen kertaa tavallisempi kuin itsemurha.
- itsemurhayritys on hätähuuto läheisille.
- ihminen, joka todella haluaa riistää hengen itseltään, tekee sen yksinäisyydessään ja käyttää sellaisia keinoja, että lopputulos on varma

Itsemurhasta elää edelleen harhaluuloja

- kerran itsemurhaa yrittänyt ei yritä toista kertaa.
- itsemurhasta puhuminen lisää itsemurhia.
- se, joka puhuu itsemurhasta, ei tee itsemurhaa.
- kun masennus helpottuu, itsemurhavaara vähenee.
- itsetuntoisella ihmisellä on voimakas kuolemanhalu.

- itsemurha on pysyvä ja pitkäaikainen tavoite.
- itsemurhia ei voi estää.
- itsemurha on läheisten syy.

Itsemurhavaaraisen henkilön kohtaaminen

- ennakkoasenteiden varominen on todella tärkeää.
- itsemurhalla uhkaavalle on ensiapuna pystyttävä luomaan turvallinen, hyvä kontakti.
- säilytä ammatillinen ja asiallinen roolisi.
- itsemurhalla uhkaava henkilö on aina otettava todesta.

- toimi rauhallisesti ja varmasti.
- ole aidosti kiinnostunut, kaikki meistä vaistoa jos toinen osapuoli näyttelee.
- puhumisella pääsee pitkälle, aina kannattaa yrittää löytää ratkaisu tilanteeseen puhumalla.
- tulee muistaa, ettei kukaan ole kaikkivoipainen auttaja.
- kaikkia ei voida pelastaa.
- viime kädessä jokainen meistä tekee ratkaisunsa itse.

Väkivaltaisen henkilön kohtaaminen

Hoitohenkilöstön voimankäytön mahdollisuudet ja rajoitteet

- potilaan itsemääräämisoikeutta ja muita perusoikeuksia saa säännösten nojalla rajoittaa vain siinä määrin kuin sairauden hoito, hänen turvallisuutensa tai toisen henkilön turvallisuus taikka muun säädetyt edun turvaaminen välttämättä vaatii.
- toimenpiteet on suoritettava mahdollisimman turvallisesti ja potilaan ihmisarvoa kunnioittaen.

- itsemääräämisoikeuden rajoitusta valittaessa ja mitoitettaessa on erityistä huomiota kiinnitettävä potilaan sairaalassa olon perusteeseen.

Liikkumisvapauden rajoittaminen

- potilasta saadaan kieltää poistumasta sairaalan alueelta tai tietyn hoitoyksikön tiloista.
- jos potilas poistuu sairaalasta ilman lupaa tai luvan saatuaan jää palaamatta sinne, hänet voidaan noutaa sairaalaan.
- potilaan poistumisen estämiseksi tai hänen siirtämiseksi saa toimintayksikön hoitohenkilökunta käyttää sellaisia tarpeellisia voimakeinoja, joita voidaan pitää puolustettavina.

- potilaan liikkumisvapauden rajoittamisesta hoitoyksikössä päättää häntä hoitava lääkäri.
- voimakeinojen puolustettavuutta arvioitaessa on otettava huomioon potilaan sairaalassa olon syy, hänen poistumisestaan aiheutuva vaara hänen tai muiden terveydelle tai turvallisuudelle, käytettävissä olevat voimavarat sekä muut tilanteen kokonaisarvosteluun vaikuttavat seikat.

Erityiset rajoitukset

- potilas saadaan vastoin tahtoaan eristää muista potilaista:
 - 1) jos hän käyttäytymisensä tai uhkauksensa perusteella todennäköisesti vahingoittaisi itseään tai muita,
 - 2) jos hän käyttäytymisellään vakavasti vaikeuttaa muiden potilaiden hoitoa tai vakavasti vaarantaa omaa turvallisuuttaan tai todennäköisesti vahingoittaa omaisuutta merkittävästi, taikka
 - 3) jos potilaan eristäminen on välttämätöntä muusta erittäin painavasta hoidollisesta syystä.

- potilasta voidaan pitää kiinni muissakin kuin 1 ja 2 kohdassa mainituissa tilanteissa, jos se hoidollisista syistä on välttämätöntä.
- 1 kohdassa tarkoitettussa tilanteessa potilas saadaan myös sitoa vyöllä tai muulla vastaavalla tavalla, jolleivät muut toimenpiteet ole riittäviä.

Erityisten rajoitusten kesto ja niiden täytäntöönpanon valvonta

- potilaan kiinnipitäminen, eristäminen tai sidottuna pitäminen on lopetettava heti, kun se ei enää ole välttämätöntä.
- potilasta hoitavan lääkärin on arvioitava eristetyn tai sidotun potilaan tila niin usein kuin tämän terveydentila edellyttää ja päätettävä toimenpiteen jatkamisesta tai lopettamisesta.

- kun potilas on määrätty eristettäväksi tai sidottavaksi, on hänelle samalla määrättävä vastuuhoitaja, jonka tulee huolehtia siitä, että potilas saa toimenpiteen aikana riittävän hoidon ja huolenpidon ja mahdollisuuden keskustella hoitohenkilökunnan kanssa.
- sidotun tai alaikäisen potilaan tilaa on jatkuvasti seurattava siten, että hoitohenkilökunta on näkö- ja kuuloyhteydessä potilaaseen.

Väkivaltaisen henkilön kohtaaminen

- väkivaltaisen ihmisen erityispiirteitä:
 - - pelokkuus
 - - tunteiden ailahtelu
 - - arvostelun sietokyvyn puute
 - - masentuneisuus
 - - ylimielisyys, vihamielisyys
 - - itsetunnon puute
 - - kärsimättömyys
 - - itsekkyyys
 - - lapsenomainen käytös
 - - huomionhakuisuus
 - - kyvyttömyys empatiaan
 - - kateus
 - - minäkuvan virheellisyys

- väkivaltaista käyttäytymistä esiintyy erityisesti:
 - päihtymystiloissa
 - impulsiivisessa persoonallisuushäiriössä
 - psykoottisissa tiloissa
- potilas on suurentuneessa riskissä käyttäytyä väkivaltaisesti, jos
 - hän on aikaisemmin käyttäytynyt väkivaltaisesti
 - hän uhkailee, käyttäytyy vihamielisesti tai oudosti, suuttuu kohtuuttomasti tai menettää itsehillintänsä
 - pelkää käyttäytyvänsä väkivaltaisesti, haluaa eristyksiin
 - on kiinnostunut aseista, pitää niitä mukanaan, on kiinnostunut väkivaltaisista ideologioista

- havainnot henkilön käyttäytymisessä ja sen muutoksissa hyvin tärkeitä, jotta väkivaltaista käytöstä pystyttäisi ennakoimaan
- ennusmerkkejä:
- solvaava kielenkäyttö:
 - uhkailu, epäluuloinen puhe, syyttely, nimittely, kiroilu ja solvaus
- tunnetilan muutokset:
 - kiihtyneisyys, hermostuneisuus, harhaisuus, pelko, epäluuloisuus, tuskaisuus, ahdistuneisuus, kireys, ärtyneisyys, pahantuulisuus, väsymys ja itkuisuus

- fyysiset muutokset:
 - motorinen levottomuus, kalpeus, jäykkä olemus, takertuvaisuus, vetäytyminen, muuttuminen hiljaiseksi, tuijottaminen, puhumattomuus, kontaktin välttely, synkkä ja ilmeetön olemus ja ilme
- uhkaava käytös:
 - esineiden rikkominen, ovien paukuttelu, uhkaava käyttäytyminen, äänen korottaminen, hampaiden kiristely, käsien pitäminen nyrkissä, riidan haastaminen, vihaiset ilmeet ja kyräily

- väkivaltaisen potilaan kohtaamisessa tärkeintä uhkatilanteiden ennaltaehkäisy
- asiallinen ja ammatillinen kohtelu
- riittävä koulutus ja määrä henkilöitä
- älä mene yksin uhkaavaan tilanteeseen
- varmista tietoyhteys työtovereihin
- oma ja potilaan perääntymisreitit pidettävä avoimina
- liiku rauhallisesti
- pidä omat kätesi näkyvillä

- kuuntele, älä heti keskeytä potilasta
- puhu rauhallisesti, selkeästi
- älä vähättele, älä provosoidu vastauhkailuun
- keskity käytännön ongelmiin, tee ongelmasta "yhteinen"
- pyri tekemään sopimuksia, pakkotoimenpiteitä vasta kun on pakko
- kohdellaan samanarvoisena
- ei tyhjiä lupauksia
- oman reviirin säilyttäminen

Ryhmätyö

Ahventie 7 :ssä asuu nuorehko naishenkilö.

Samassa talossa asuva naapuri Vieno

Markkanen oli huolissaan naapurista ja soitti hätäkeskukseen, joka ilmoitti partiolle:

- Vieno tiesi, että naapurissa asuva nainen oli saanut lapsen muutamia viikkoja sitten ja oli usein kuullut lapsen itkua asunnosta. Nyt asunnosta ei ole kuitenkaan kuulunut useaan päivään mitään ja Vieno huolestui.

- Partio vastaanottaa tehtävän ja saapuu paikalle, soittaa ovikelloa.
- Usean soiton jälkeen oven tulee avaamaan itkuinen, tyhjäkatseinen, hidas liikkeinen, pelokas mutta rauhallinen nuori nainen.
- Asunto on todella epäsiisti ja siellä haisee todella pahalle.

- Partio kiertelee asunnossa ja toinen poliiseista saapuu kylpyhuoneeseen, jossa kiinnittää huomiota ammeeseen joka on täynnä vettä.
- Tarkempi katselu paljastaa ammeessa kelluvan vauvan ruumiin.

- Miten tilannetta lähdetään selvittämään? (ei rikostutkinnan kannalta)
- Mihin psyykkisiin asioihin partio kiinnittää huomiota, ennen vauvan löytämistä?
- Millaisen ensivaikutelman naisesta pystyy tekemään? Voiko hänestä jo päätellä tapahtumien kulun?
- Miten kohdata nainen?

Lähteet

Haarakangas, K., Seikkula, J. 1999. Psykoosi- uuteen hoitokäytäntöön. Tampere: Tammer- Paino Oy.

Heiskanen, T. 2007. Viimeinen ratkaisu. Helsinki: Hämeen kirjapaino.

Laitoniemi, M. 2008. Väkivaltaisen asiakkaan kohtaaminen: luentomateriaali.

Lepola, U., Koponen, H., Leinonen, E., Joukamaa, M., Isohanni, M., Hakola, P. 2005. Psykiatria. Helsinki: WSOY

Punkanen, T. 2004. Mielenterveystyö ammattina. 2-3., uudistettu painos. Tampere: Tammer- Paino Oy.

- www.finlex.fi [luettu 1.1.2009]
- www.tilastokeskus.fi/til/ksyyt/2007 [luettu 1.1.2009]

- keskity käytännön ongelmiin, tee ongelmasta ”yhteinen”
- pyri tekemään sopimuksia, pakkotoimenpiteitä vasta kun on pakko
- kohdellaan samanarvoisena
- ei tyhjiä lupauksia
- oman reviirin säilyttäminen

Psykiatrian poliklinikka

Kuuluu perusturvan toimialaan Kouvolan kaupungissa. Erikoissairaanhoidon, eli lääkärin läheteellä hoitoon. Aikuisväestölle. Hoito on avohoitoa, eli vapaaehtoista.

Mitä meillä käytännössä tehdään?

Akuuttityöryhmät 1 ja 2 Kouvolassa ovat tutkimustyöryhmiä, joissa hoitajakset max. 1v. Alkuhaastattelu, BDI II, MADRS, SCID II, MDQ, BBI 15 jne...

Hoitotyöryhmät Kouvolassa, Kuusankoskella ja Anjalankoskella hoitavat potilaita joiden hoidon tarve pidempi, tai takana sairaalajakso

Kotipartio kiertää pitkäaikaispotilaiden kotona, tavoitteena ehkäistä sairaalahoitoja

Konsultoivat sairaanhoitajat terveystasemilla

Muodostettavat ryhmätoiminnot kehityksessä



Henkilökunta

- Palvelupäällikkö, ylilääkäri Paavo Itkonen
- Erikoislääkäreitä seitsemän, suurin osa osa-aikaisia
- Osastonhoitaja
- 6 Psykologia
- 35 Sairaanhoitajaa
- 1 Mielenterveyshoitaja
- 2 Sosiaalityöntekijää
- 1 Toimintaterapeutti
- 5 toimistosihteeriä
- Laitosapulaiset

Esimerkki persoonallisuuskyselystä

- Epävakaata persoonallisuutta:
- Oletteko usein mennyt pois tolaltanne ajatellessanne, että joku josta todella välitätte on aikeissa jättää teidät?
- Ovatko suhteenne ihmisiin, joista todella välitätte täynnä äärimmäisiä nousuja ja laskuja?
- Oletteko yhtäkkiä muuttanut tunnettanne siitä kuka olette ja minne olette suuntaamassa?
- Muuttuuko tunteenne siitä kuka olette usein äkillisesti?
- Oletteko erilainen eri ihmisten seurassa tai eri tilanteissa, niin että ette joskus tiedä kuka todella olette?
- Oletteko usein tehnyt asioita mielijohteesta, impulsiivisesti?
- Oletteko yrittänyt vahingoittaa tai tappaa itseänne, tai uhannut tehdä niin?
- Oletteko koskaan viiltänyt, polttanut tai naarmuttanut itseänne tarkoituksella?
- Onko teillä paljon äkillisiä mielialan vaihteluita?
- Tunnetteko itsenne usein tyhjäksi sisältä?
- Saatteko usein kiukunpuuskia tai tuletteko niin vihaiseksi, että ,menetätte itsehillintänne?
- Lyöttekö toisia tai heitättekö esineitä ollessanne vihainen?
- Tuletteko hyvin vihaiseksi jopa pikkuasioista? jne..

Päihteestä johtuvat häiriötilat

- ◆ Eivät kuulu psykiatrian poliklinikalle, vaan ohjataan a-klinikalle
- ◆ Poikkeuksena mielisairaat, jotka kuuluvat psykiatrisen hoidon piiriin (skitsofrenia, maanis-depressiiviset)
- ◆ Tällöin yhteistyötä a-klinikan kanssa

Esille tullut erityistilanne

- Case: Potilas hakenut apua tk-lääkäriltä
- Humalatilan vuoksi putkaan
- Poliisi huomaa, ettei kaikki ole kunnossa
- Miten viesti menee perille lääkärille?
- Palaute oikeusasiamieheltä

Mikä ratkaisuksi?

- Humalatilalla ei riittävä peruste putkaan, eli ihmisen täytyy olla jollain tavoin itselleen tai ympäristölle haitaksi tai vaaraksi, tai hänen kotiin päästäminen arvioidaan liian riskialttiiksi
- Mahdollisen putkareissun jälkeen takaisin lääkärin arvioitavaksi ja kerrotaan havainnot?
- Onko voimassa olevaa hoitokontaktia?
- Voiko omainen auttaa?
- Auttaako juttutuokio, voisiko pyytää lupauksen, että menee uudelleen lääkäriin selvin päin?

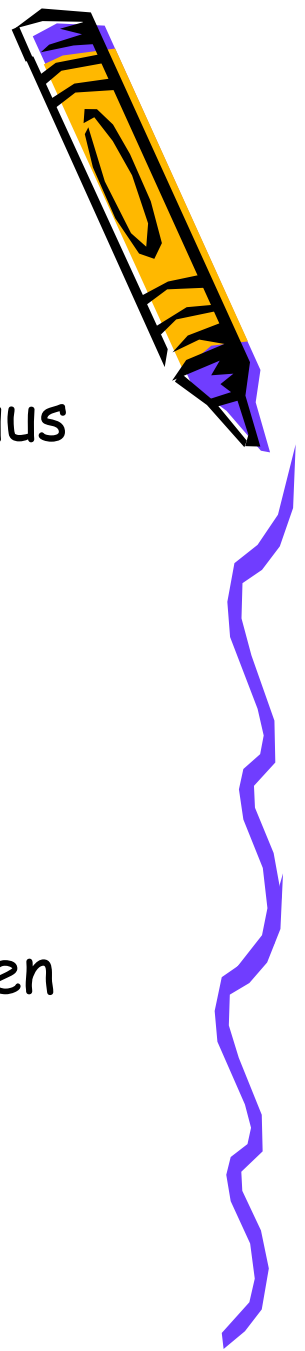
Tarpeellista rajanvetoa

Psykiatrinen potilas vs. asosiaalinen persoonallisuus
Kuka on psykiatrinen potilas, kuka muuten vain rikollinen?

Päihdepsykoosi ja muu psykoosi

Psykiatrinen potilas ei ole lähtökohtaisesti ihmisvihaaja

Jos psykiatrinen potilas on väkivaltainen, hän on yleensä hädissään ja katsoo tarpeelliseksi puolustaa itseään. Tällöin turvallisuuden tunteen luominen ensisijaista.



Puhumalla pärjäämme pitkälle

- Teetä ja sympatiaa vai metrin halkoa?



Dialektinen työote

- ◆ VAHVISTETATAAN rakentavaa käyttäytymistä ja SAMMUTETATAAN haitallista
- ◆ Kielellinen vahvistaa- älä jää liikaa juttelemaan
- ◆ Sammuttaminen- reaktioiden vähentäminen
- ◆ Niukkuus usein parasta kiihtyneissä tilanteissa

Puhejudo ja validointi

- ◆ Validointi rauhoittaa psykoottistakin ihmistä
- ◆ Normalisointi
- ◆ Nonverbaalinen viestintä

Käytännössä tarkoittaa:

- ◆ Kuuntelua
- ◆ Ymmärtämistä
- ◆ Heijastamista
- ◆ Myötäsukaisuus alkuun
- ◆ Ristiriidan siedättäminen ja kelluttaminen

Arvioitava

- ◆ Kuinka pitkälle puheella voi rauhoittaa?
- ◆ Sairaanhoidajan arkipäivää Ivalossa "Lapin hullujen" hoitajana

Puhejudo

- ◆ Hankaliin asiakas- ja konfliktitilanteisiin kehitetty rauhoittelumuoto
- ◆ Niin kauan kuin saadaan ihminen puhumaan, hän ei todennäköisesti hyökkää (kahta asiaa vaikea tehdä samanaikaisesti)

Puhejudo

- ◆ Olennaista, ettei tehdä teräviä kysymyksiä
- ◆ Ennemmin tähän tyyliin: "Haluatko vielä sanoa/kertoa jotain?"
- ◆ Älä kysy esim. "Kuka tämän (tappelun yms.) aloitti? Tai muuta sellaista.
- ◆ Puhu itse vähemmän, tavoitteena saada asiakas puhumaan
- ◆ Nonverballiikalla suuri osuus!
- ◆ Äänen painot hurjan tärkeitä

Puhejudo

- ◆ Riehuajat ovat invalidoituja ihmisiä, joten he ovat erityisen herkkiä katseille ja äänenpainoille
- ◆ Aikalisän ottaminen usein toimii
- ◆ Mitä vakaampi itse – sitä vakaampi toinen
- ◆ Liikkeellä mallinnetaan liikettä vrt. "Vakaa kuin vuori"

Puhejudo

- ◆ Jähmettyminen "valekuolleisuus" hyvä, tämä on tuttu eläinkunnastakin
- ◆ Pieni poissaolo kohta
- ◆ Silmän liikkeen pysäyttäminen
- ◆ Silloin ei ärsytä, kun ei tee mitään!
- ◆ Vastareaktioita luo autoritäärisyys, eli "vartija/punttisalilook" ei tässä filosofiassa toimi, pitää olla uhoamaton. Ole mieluummin nöyrempi ja hiljaisempi
- ◆ Muutoin voi käydä kuin luonnossa, eli tulee uros vs. uros- haastetappelu

Entä kuinka jaksamme itse?

- Työmme on antoisaa, haasteellista ja myös myrkyllistä
- Kun on ammattina epäillä, tai havainnoida kielteisiä asioita, nämä puolet vahvistuvat
- Vastapaino tärkeää; jos on yksi oikein kielteinen asia- hanki viisi hyvää tasapainottamaan
- Avainsana: Tietoisuus



Sairaankuljetus perustaso, Toiminta-alue Anjalankoski, Ambulanssi A791

Tapaus 1.

19.09.2007 Klo: 12.21 Tehtäväkoodi: D785 (Mielenterveyspotilas)
Kuljetuskoodi: C785 (Poliisit lisäapuna)

Tapahtumatiedot: 30v mies, näkee harhoja ja kuulee ääniä

Tila tavattaessa: Makaa sängyllä, muutaman sanan sanoo => puhumaton. Omaisten mukaan ½ vuotta vointi ollut huono. Risperdal määrätty lääkärin toimesta. Potilas itse ei tietoinen asiasta???

Potilasta puhuttamalla yritetty saada mukaan. Arvaamaton ja hiljainen. Katseli ympärilleen, kävi istumaan sängyn laidalle. Hyökkäsi yllättäen päälle => Painiksi meni, 3 hoitajan voimin kammettu maahan => Poliisit kutsuttu.

Hoito (toimenpiteet, lääkitys): KVL tk EA (M1-lähetä), josta siirto KYPS:n vastaanotto-osastolle. Potilas kuljetusten ajan rauhallinen. Puheet psykoottisia. Kulj.asento maaten, lepositeet.

Toiminta: Painiottelun jälkeen potilaan rauhoittelu ja lääkitseminen rauhoittavilla (Stesolid). Partion odottaminen, jonka jälkeen potilaan kiinnittäminen lepositeilla paareihin ja siirtyminen ambulanssiin. Liikenteessä partio ajoi ambulanssin takana ja yhteydenpito Virvessä omalla puhekanavalla. Kävimme tilanteen läpi KVL tk:n EA:ssa partion kanssa.

Tapaus 2.

10.10.2007 klo: 12.35 Tehtäväkoodi: D774 (Sairaus; heikentynyt yleistila)
Kuljetuskoodi: D774

Tapahtumatiedot: 61v mies, asuu kotonaan ilman mukavuuksia. Pitempään alkon käyttöä. Jalat ei kannaa => ei pärjää kotona. Veli soitti 112 (omaiset huolissaan).

Tila tavattaessa: Makaa sängyllä, eritteet alla ei pääse omin voimin pystyyn. Ei pärjää kotona. Ei suostu lähtemään lääkäriin => Poliisit paikalle.

Sairaudet: Noin 2 vk:a jalat olleet kantamattomat, B-vitamiinia saanut runsaan alkon käytön vuoksi

Seuranta: Rad + pulssi 100, rytmi tas., Hengitystaajuus norm., GCS 15, VS 6.4, Alko 0,31 %

Hoito: Kulj.asento istuen
Kuljetus KVL tk EA

Toiminta: Lääkärin konsultaatio virka-apu pyynnöstä. Partion odotus n.60min, tiedustelun jälkeen lähdetty kuljettamaan ilman lisäapua. Lääkäri ei ollut ymmärtänyt asian kiireellisyyttä, ja virka-apupyynnö oli määritelty 24h kuluttua. Kyselimme jälkeenpäin poliisilta toiminnan

oikeutusta.

Sairaankuljetus hoitotaso, Toiminta-alue Lappeenranta, Ambulanssi L190

Tapaus 3.

20.04.2008 klo 05.39 Tehtäväkoodi: 480 (Meripelastustehtävä - Muu meripelastustehtävä)

Kuljetuskoodi: C785 (Mielenterveyspotilas)

Tapahtumatiedot: Mieshenkilö (28v) seisoo sillankaiteella (Luukkansalmen silta), uhannut hypätä.

Tila tavattaessa: Poliisin neuvotteluyhteydellä potilas saatu kyytiin. Pt rauhallinen ja nyt vastailee kysymyksiin asiallisesti.

Sairaudet: Perusterve

Seuranta: GCS 15, Alko 0,76 %

Hoito: Kuljetus EKKS lääkärin arvioon. Poliisi saattamassa.
Kuljetus H21

Toiminta: Kohteessa 05.44 => (Neuvottelu) Potilaan luona 06.41.

Tapaus 4.

27.04.2008 klo 16.17 Tehtäväkoodi: B752 (Myrkytys)
Kuljetuskoodi: X-2 (Terveystila määritelty, ohjattu poliisin suojaan)

Tapahtumatiedot: 27v mies, Soitti itse 112. Kertonut pistäneensä suoneen jotain ainetta.

Tila tavattaessa: Istuu penkillä. Kertoo pistäneensä suoneen vettä ja ilmaa. Haluaisi päästä sairaalaan ja saada lääkettä, jotta nukkuisi vrk:n. Masentuneisuutta sanonut olevan.

Hoito: Nyt ei tarvetta sairaankuljetukselle. Menee poliisin kyydissä sairaalaan. Alko 0.0 %

Toiminta: Yhteistoiminta poliisipartion kanssa, partio mennyt edeltä kohteeseen. Poliisi tarkistanut henkilön taskut ja sairaankuljetuksen tehtävänä oli katsoa peruselintoiminnot sekä arvioida potilaan kunto. Normaalisti kuljetus kuuluu ambulanssille, mutta partion kanssa sovittu että kun tuntevat entuudestaan ko. narkkarin he voivat viedä hänet ensiapuun.

Psykiatrisen potilaan kohtaaminen,
Koulutuspäivä

Ajankohta: 31.3.2009, klo.9.00- 15.00

Paikka: Kouvolan kihlakunnan poliisilaitos

Kohderyhmä: Kentällä työskentelevät poliisit (30) ja tutkinnassa työskentelevät (20)

Luennoitsijat: Maiju Heinä, Noora Seppänen sh- opiskelijat, Kymenlaakson Ammattikorkeakoulu

Vierailija: Tuukka Viitala, ensihoitaja AMK, Niina Isola, sairaanhoitaja

Ohjelma

9.00 Päivän avaus; alkusanat

9.15- Yleisimpien psykiatristen häiriöiden taudinkuvan kartoittaminen:

- psykoosit
- maanis- depressiiviset häiriöt
- persoonallisuushäiriöt
- päihdehäiriöt
- ikääntynyt väestö (dementiaa sairastava)

9.45- Oikeuspsykiatria

- M1 kriteerit
- Mielenterveyslaki
- Virka- avunanto

10.15- Asiantuntija: Niina Isola

10.45 Itsemurha

- suicydaalinen potilas

11.30- LOUNAS

12.30 Väkivaltainen potilas

- poliisien voimankäytön rajoitteet ja mahdollisuudet
- hoitohenkilöstön voimankäytön rajoitteet ja mahdollisuudet

13.15 Ensihoitajan omia kokemuksia psykiatrisen potilaan kohtaamisesta: Tuukka Viitala

- 13.45 Esimerkkitapaus; ryhmätehtävä+ purku
- 14.30 Päätös, palautelomakkeet ja kahvit

PALAUTELOMAKE

Ympyröi mielipidettäsi vastaava vaihtoehto ja kirjoita lomakkeessa olevaan avoimeen kysymykseen vastaus sille varattuun tilaan.

1 = täysin erimieltä, 2 = osittain erimieltä, 3 = osittain samaa mieltä, 4 = täysin samaa mieltä.

Työmme kannalta on tärkeää, että vastaat jokaiseen kysymykseen.

1. Oliko koulutuspäivä poliisin työn kannalta hyödyllinen?

1 2 3 4

2. Pystyn soveltamaan saamaani teoratietoa työssäni.

1 2 3 4

3. Koulutuspäivän pituus oli sopiva.

1 2 3 4

4. Koulutuspäivä selkeytti mahdollista yhteistyötä terveydenhuollon hoitohenkilöstön kanssa?

1 2 3 4

5. Vastaavanlaisia koulutuspäiviä kannattaa järjestää poliiseille vastaisuudessakin?

1 2 3 4

6. Terveiset koulutuspäivän järjestäjille (risut ja ruusut).

KIITOS VASTAUKSISTASI !

SOPIMUS

Sitoudun tulemaan asiantuntija avuksi Maiju Heinän ja Noora Seppäsen järjestämään koulutuspäivään. Koulutuspäivä on Maijun ja Nooran opinnäytetyö ja käsittelee psykiatrisen potilaan kohtaamista. Kohderyhmänä on Kouvolan kihlakunnan poliisilaitos.

Ajankohta: 31.3.2009

Paikka ja Aika _____

Niina Isola

paikka ja aika _____

Maiju Heinä

paikka ja aika _____

Noora Seppänen

Kysymyksiä koulutuspäivän tarpeista

1. Millaisissa tilanteissa olette kohdanneet mielenterveyshäiriöisiä ihmisiä, työtehtävissänne?
2. Millaisella asenteella olette lähteneet näihin tilanteisiin?
3. Onko tilanteessa ollut seikkoja jotka ovat jääneet painamaan mieltänne?
4. Onko ammatillisessa koulutuksessa käydyistä psykiatrian tiedoista ollut hyötyä työssänne?
5. Haluaisitteko vaikuttaa koulutuspäivän runkoon?