

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU  
Hoitotyön koulutusohjelma

Laura Kortelainen  
Sanna Kulppi

SEKAVAN ASIAKKAAN TERVEYDENTILAN ARVIOINTI-  
Opas Itä-Suomen poliisilaitoksen henkilökunnalle

Opinnäytetyö  
Maaliskuu 2016



**OPINNÄYTETYÖ**  
**Tammikuu 2016**  
**Hoitotyön koulutusohjelma**

Tikkarinne 9  
80200 JOENSUU  
0504054816

**Tekijät**  
Laura Kortelainen, Sanna Kulppi

**Nimeke**  
Sekavan asiakkaan terveydentilan arviointi – Opas Itä-Suomen poliisilaitoksen henkilökunnalle  
Toimeksiantaja  
Itä-Suomen poliisilaitos

**Tiivistelmä**

Sekavuuden voivat aiheuttaa esimerkiksi päihteiden käyttö ja somaattiset tai psyykkiset sairaudet. Poliisit sekä poliisiputkan vartijat kohtaavat työssään usein tilanteita, joissa asiakas käyttäytyy sekavasti ja terveydentilan ensiarviointi on haastavaa ilman terveydenhoidon ammattiosaamista.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli vahvistaa poliisien ja putkan vartijoiden osaamista heidän kohdatessaan työssään sekavan henkilön ja olla apuna asiakkaan terveydentilan arvioinnissa. Tehtävänä oli tuottaa opas poliiseille sekä poliisiputkan vartijoille. Opinnäytetyön toimeksiantajana toimi Itä-Suomen poliisilaitos. Työn sisällössä otimme huomioon toimeksiantajan toiveet sekä ensihoitohenkilöstön havainnot. Tarkoituksena oli koota tiivis tietopaketti ja lisäksi opas, joka on tukena poliisien ja vartijoiden päätöksenteossa.

Toteutimme opinnäytetyömme toiminnallisilla menetelmillä. Teimme oppaan, joka jäi toimeksiantajan käyttöön partioautoihin sekä poliisiputkaan. Jatkokehitysideana olisi käytännönläheinen, case-tapauksia käsittelevän koulutustilaisuuden järjestäminen poliiseille ja vartijoille.

**Kieli**  
suomi

**Sivuja** 46  
**Liitteet** 2

**Asiasanat**  
huumeet, alkoholi, sekavuus, poliisi, päänvammat, ensiarviointi



**THESIS**  
**January 2016**  
**Degree Programme in Nursing**

Tikkarinne 9  
FI-80220 JOENSUU  
FINLAND  
Tel. +358 50 405 4816

**Authors**

Laura Kortelainen, Sanna Kulppi

**Title**

Assessing the Health Status in Disorientated Clients – An Information Booklet for the staff of Eastern Finland Police Department

Commissioner

Eastern Finland Police Department

**Abstract**

Disorientation can be caused, for example, by substance abuse or somatic or psychogenic illnesses. Police and police jail wardens often face situations in their work in which clients are disorientated and the initial assessment of their health status without professional competence in health care is challenging.

The purpose of this practice-based thesis, commissioned by the Eastern Finland Police Department, was to enhance the expertise of police and police jail wardens in encountering disorientated clients and to create a tool for assessing the health status of a disorientated client. The assignment was to create an information booklet for police and police jail wardens. The themes included in the information booklet encompass the wishes expressed by the commissioning organisation as well as observations made by emergency care personnel. The main goal was to compile a compact information package and an information booklet to support police and wardens in decision making.

The information booklet is freely at the disposal of police patrols and police jail wardens. An idea for further development would be to arrange police and police jail wardens a practical educational session which includes case studies.

**Language**

Finnish

Pages 46

Appendices 2

**Keywords**

narcotics, alcohol, disorientation, police, head injuries, initial assessment

# Sisältö

Tiivistelmä  
Abstract

1	Johdanto .....	5
2	Yleisimmin sekavuutta aiheuttavat syyt .....	6
2.1	Somaattiset sairaudet .....	6
2.2	Psyykkiset syyt .....	14
2.3	Päihteet .....	15
2.3.1	Alkoholi .....	16
2.3.2	Huumeaineet.....	16
2.4	Myrkytystilat .....	23
3	Asiakkaan kohtaaminen .....	24
4	Poliisin työ.....	27
4.1	Poliisin ja terveydenhoitohenkilöstön yhteistyö .....	31
4.2	Eettisyys poliisin ja sairaanhoitajan työssä .....	32
5	Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävä.....	34
6	Opinnäytetyön menetelmälliset valinnat.....	35
7	Luotettavuus ja eettisyys.....	36
8	Aikataulu ja rahoitus.....	39
9	Pohdinta.....	42
	Lähteet.....	44

## Liitteet

Liite 1	Toimeksiantosopimus
Liite 2	Opas

## 1 Johdanto

Opinnäytetyömme tarkoituksena on vahvistaa poliisien ja putkan vartijoiden osaamista heidän kohdatessaan työssään sekavan henkilön ja olla apuna asiakkaan terveydentilan arvioinnissa. Tehtävänä on tuottaa opas Itä-Suomen poliisilaitoksen poliiseille sekä poliisiputkan vartijoille. Opas tullaan sijoittamaan mahdollisesti partioautoihin sekä poliisiputkaan.

Oppaan tarkoituksena on olla apuna tunnistamassa eri sekavuustilat ja apuna erottamaan päihteiden, mielenterveysongelmien sekä akuuttien sairauskohtauksien aiheuttamat sekavuudet. Toimeksiantajamme on Itä-Suomen poliisilaitos. Selvitimme, ettei vastaavanlaista työtä ole aiemmin tehty ainakaan Itä-Suomen alueelle ja tarve tällaiselle työlle olisi suuri. Poliisit sekä poliisiputkan vartijat kohtaavat työssään usein tilanteita, joissa asiakas käyttäytyy sekavasti ja terveydentilan ensiarviointi on haastavaa. Halusimme koota ohjeen, joka erottelee akuuteista traumaista, fyysisistä sekä psyykkisistä sairauksista ja päihteiden käytöstä aiheutuvat sekavuudet. Paljon mediassakin esillä olleet putkakuolemat innoittivat meidät tukimaan asiaa lisää ja miettimään, kuinka opinnäytetyömme avulla mahdollisesti voisi ehkäistä näitä tapahtumia.

Tampereen yliopiston yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikölle vuonna 2015 tekemässään pro gradu tutkielmassa Annika Tikkanen toteaa putkakuolemien olevan harvinaisia, mutta keskimääräinen putkaan kuolleiden määrä on 20 henkilöä vuodessa. Putkakuolemat ovat tiiviissä yhteydessä päihtyneiden säilöönottoon, ja säilöönnotetut ovat usein päihdeongelmaisia. Tikkanen tutki putkakuolemia vuosien 2007-2013 välillä, jolloin kuolemia sattui yhteensä 55 tapausta. Näistä 60 %:ssa ovat osallisena päihteet, joista taas 18 %:ssa oli syynä akuutti myrkytys ja 5 tapauksessa kuoleman aiheutti päihtymyksestä johtuneen kaatumisen aiheuttanut päänvamma. 91 % putkaan kuolleista oli miehiä ja vain 9 % naisia. (Tikkanen 2015,13.)

Päihtymys puolestaan aiheuttaa lähes poikkeuksetta sekavuutta. Tämän vuoksi keskityimme opinnäytetyössämme sekavan asiakkaan kohtaamiseen, yleisimmin sekavuutta aiheuttaviin syihin ja niiden tunnistamiseen. Rajasimme

aiheen mielestämme tärkeimpiin somaattisiin sekä psyykkisiin syihin, päihteisiin sekä niiden väärinkäyttöön. Aihealuetta rajatessamme suljimme tarkoituksella työstä pois hätäensiavun ohjeistuksen.

## **2 Yleisimmin sekavuutta aiheuttavat syyt**

Sekavan henkilön puhe ja ajatukset voivat olla harhailevia ja järjestäytymättömiä, ja usein henkilö ei pysty keskittymään yhteen asiaan kerrallaan. Hän voi ymmärtää tapahtumia väärin, ja sekavuuteen voi liittyä aistiharhoja, kuten hallusinaatioita ja harhaluuloja. Monesti henkilön uni- ja valverytmi on myös sekaisin ja ajan- ja paikantaju häiriintynyt. (Huttunen 2014.) Sekavuustila eli elimellinen aivo-oireyhtymä, delirium, on tila, jossa henkilön todellisuudentaju on hämärtynyt, keskittymis- ja huomiokyky heikentynyt ja tajunnantaso voi olla alentunut. Sekavuuden syyt voivat olla monenlaiset, esimerkiksi henkilön elimellinen sairaus, päihteitten käyttö tai henkilön psyykkisen tilan järkkäminen. Sekava henkilö on usein levoton, hän voi olla tuskainen ja ahdistunut, motorisesti ylivilkas ja keskittymiskyvytön. Henkilö voi myös olla väkivaltainen tai kokea erilaisia näkö- ja/tai kuuloharhoja. (Castren, Helveranta, Kinnunen, Korte, Laurila, Paakkonen, Pousi & Väisänen, 2012, 241.)

### **2.1 Somaattiset sairaudet**

Tajunnantasolla tarkoitetaan henkilön tietoisuutta itsestään ja ympäristöstään. Tajunnantason häiriöt vaihtelevat suuresti, ja niiden syyt voivat olla monenlaisia. Tajunnantason alentuessa henkilö muuttuu uneliaaksi, hän voi olla sekava, ja hänen voi olla vaikeuksia pitää yllä normaalia vireystilaa. Henkilö on kuitenkin heräteltävissä ärsykkeillä, kuten puheella tai kosketuksella. Henkilön ajattelu voi olla epäjohdonmukaista, puhe hidastunutta ja huomiokyky alentunut. Tajunnantason edelleen alentuessa henkilö on heräteltävissä vain voimakkaalla ärsytyksellä kuten huudolla tai tuottamalla hänelle kipua. Henkilö ei vastaa puhutteluun kuin yksisanaisesti ja suppeasti, ja hänellä voi ilmetä aistiharhoja,

harhaluuloja tai harha-aistimuksia. Tajunnantason tästä edelleen alentuessa, seuraa tajuttomuus, jolloin henkilö ei ole heräteltävissä. Asiakkaan tajunnantason häiriöt on syytä ottaa vakavasti ja huomioida terveydentilaa arvioidessa. (Castren, Aalto, Rantala, Sopanen & Westergård 2008, 367.)

Terveystieteiden ammattilaiset käyttävät tajunnantason arvioimiseen erilaisia pisteytysmalleja, joista yleisin on Glasgow'n kooma-asteikko (GCS). Sen mukaan arvioidaan reagoiko henkilö erilaisiin ulkoisiin ärsykkeisiin. Ärsykkeisiin reagoiminen taas arvioidaan mukaan, saadaanko henkilöön puhe- ja liikevaste tai avaaako hän silmänsä. Tajunnantason arvioimisen pääperiaatteena on ensin selvittää tajunnantaso karkeasti. Ensimmäisenä yritetään herätellä voimakkaalla ravistelulla ja henkilön puhuttelulla kuuluvalla äänellä. Mikäli henkilö vastaa puhutteluun, hän ei ole tajuton. Mikäli henkilö ei vastaa puhutteluun, eikä reagoi ravisteluun, voidaan testata kipuvaste ja koettaa saada henkilö hereille. Kipuvaste voidaan testata esimerkiksi painamalla voimakkaasti kynällä kynnen päältä. Mikäli henkilö ei edelleenkään reagoi tai herää, tarkistetaan ilmatiet, turvataan normaali hengitys ja asetetaan hänet kylkiasentoon. Paikalle kutsutaan viipymättä ensihoitoyksikkö. Asiakkaan tilaa ja hengitystä tarkkaillaan jatkuvasti ennen avun saapumista paikalle. (Castren ym. 2012, 166-167.) Asiakkaan tilan ensiarviota tehdessä on tarkoitus selvittää hänen mahdolliset peruselintoimintojensa häiriöt ja kartoittaa hätäensiavun tarve. Ensiarvion tulee tapahtua mahdollisimman nopeasti, kuitenkin minuutin sisällä. (Castren, Kinnunen, Kurola, Lehtonen, Silfvast & Nurmi 1999, 3-4.)

Tietyt somaattiset sairaudet tai traumaperäiset vammat voivat aiheuttaa sekavuutta. Seuraavassa osiossa käymme läpi yleisimpiä somaattisten sairauksien aiheuttamia sekavuustiloja, niiden oireita ja tunnusmerkkejä. Tämän työn näkökulmasta yleisimpiä sekavuutta aiheuttavia somaattisia sairauksia ovat erilaiset aivoverenkiertohäiriöt, aivoverenvuoto, SAV, TIA, hypo- ja hyperglykemia sekä epilepsia.

Aivoverenkiertohäiriöistä tavallisimmin on toispuolihalvaus. Useimmiten aivoverenkiertohäiriöitä aiheuttavat tukokset aivojen verisuonissa, aivojen

verisuonten repeämät ja siitä johtuva vuoto. Häiriön voi aiheuttaa myös aivokasvain, tulehdus aivoissa tai aivokudoksen vaurioituminen. (Korte & Myllyrinne 2012, 64.) Runsas alkoholin käyttö kasvattaa aivoverenvuodon riskin kaksinkertaiseksi (Partanen, Holmberg, Inkinen, Kurki & Salo-Chydenius 2015, 68). Osittaista toispuolihalvausta kutsutaan nimellä hemipareesi ja täydellistä halvausta hemiplegiaksi. Aivoverenkiertohäiriöpotilaat voidaan luokitella neljään päätyyppiin: TIA-potilas, aivoverenvuotopotilas, aivoinfarktipotilas ja SAV-potilas (Hernesniemi, Kaste, Kotila, Lepäntalo, Lindsberg, Palomäki, Roine & Sivenius 2007, 272). Aivoverenkiertohäiriöihin voi liittyä afasiaa, eli puheen tuoton hankaluutta, ja dysfasiaa, eli puhe ja kirjoituskäytännömyyttä tai näitä molempia (Castren ym. 2008, 379.)

Aivohalvauksessa verenkierto häiriintyy ja sen takia aivokudosta tuhoutuu. Suomessa vuosittain aivohalvauksen saa noin 14 000 ihmistä, joista yksi neljäsosa on työikäisiä. Aivohalvaus seuraa joko aivovaltimon tukkeutumisesta tai vuotamisesta. Jos valtimo tukkeutuu, se aiheuttaa verisuonen suonitusalueelle hapenpuutetta, joka johtaa sen alueen kuolioon eli infarktiin. Aivoverenvuototapauksessa suonen alueella verenkierto vähenee. Kun veri vuotaa aivokudokseen, se lisää painetta ympärillä olevaan alueeseen, mistä seuraa toiminnan häiriintyminen hermokudoksessa. (Mustajoki 2015.) Alkoholistilla on kaksinkertainen riski sairastua aivoverenvuotoon. Voimakas humalatila voi aiheuttaa nuorella ja ennestään terveellä aikuisella aivovaltimon repeämän tai tukoksen ja siten aiheuttaa aivoinfarktin. Humalatila altistaa myös erilaisille päähän kohdistuville iskuille jotka voivat aiheuttaa aivoverenvuotoja. (Havio, Inkinen & Partanen 2009, 71.) Aivohalvauksen aiheuttajana on usein hapenpuute, aivoverenvuoto tai lukinkalvonalainen vuoto. Potilaan selviytyminen aivohalvauksesta määräytyy nopean ensiarvion ja akuuttihoidon perusteella. (Meretoja 2012, 139-145.)

SAV eli lukinkalvonalainen verenvuoto. On hengenvaarallinen tila ja edellyttää nopeaa erikoissairaanhoidtoa. Oireita ovat pahoinvointi ja oksentelu, voimakas päänsärky, silmien valonarkuus ja niskajäykkyys. Henkilöllä voi olla hankaluutta tuottaa puhetta, käsissä puristusheikkoutta ja pupillit voivat olla laajentuneet. Usein henkilö menettää tajuntansa vuodon yhteydessä melko nopeasti.



(Castren ym. 2008, 401.) Yleisin aiheuttaja lukinkalvonalaiselle vuodolle on aneurysma (Meretoja 2012, 139). Kova päänsärky tuntuu varsinkin takaraivolla ja niskassa. Särky koetaan usein kovimmaksi päänsäryksi koskaan, ja henkilö voi olla myös sekava. Usein lukinkalvonalainen verenvuoto ilmaantuu kovan rasituksen ja ponnistuksen yhteydessä, jolloin aivoihin kehittynyt aneurysma eli pullistuma repeää ja veri pääsee vuotamaan aivojen lukinkalvonalaiseen tilaan. Oireet alkavat hyvin äkillisesti. Tapahtuman alkuun voi joissain tapauksissa liittyä epileptinen kohtaus. (Kuisma ym. 2009, 309.)

TIA- kohtaus, eli ohimenevä verenkiertohäiriö, on äkillinen, iskeeminen eli hapenpuutteesta johtuva aivoverenkierron häiriö. Oireet korjaantuvat vuorokauden kuluessa. Oireita ovat yläraajojen toispuoleinen heikkous, toisessa silmässä näön hämärtyminen, huimaus, kaksoiskuvat, nielemisvaikeudet ja puutumisen. Yleensä oireisiin ei liity kipua. (Castren ym. 2008, 382-383.) Kohtaus on usein lyhyt, 2-15 minuuttia. Harvoissa tapauksissa kohtaus voi kestää muutaman tunnin. Aivoinfarkti on kyseessä, jos kohtaus kestää yli 24 tuntia. (Kuisma ym. 2009, 308.) TIA-oireet kannattaa ottaa vakavasti, sillä tutkimusten mukaan yksi kymmenestä TIA-kohtauksen saaneesta henkilöstä saa aivohalvauksen viikon kuluessa TIA-oireista. Hoitoon on syytä hakeutua, vaikka oireet menevät ohi. (Terveyskirjasto, 2015.) TIA-kohtauksen voi sekoittaa oireiden perusteella pyörtymiseen. Pyörtymisen seurauksena henkilö on usein kalpea ja hikinen, ja hänellä voi olla näön sumentumista. (Roine & Roine 2015, 2511-2513.)

Hypoglykemia tarkoittaa alhaista verensokeria. Verensokeri on liian alhainen, kun veriplasman glukoosiarvo on alle 4 mmol/l. Varsinaisesta hypoglykemiasta puhutaan silloin, kun verensokeritaso on alle 2,9 mmol/l, ja oireet väistyvät, kun verensokeritaso nousee. (Terveyskirjasto, 2015.) Alhaisia verensokereita voi ilmentyä myös ilman diabeteslääkitystä. Jos henkilöllä on alhaisen verensokerin oireita, asia varmistetaan mittaamalla. Nopeasti ilmenevässä hypoglykemissa on seuraavanlaisia oireita: hikoilua, näläntunnetta, käsien tärinää, sydämentykytystä ja ärtyneisyyttä. Jos verensokeri pääsee hyvin matalaksi, henkilön keskushermoston toiminta häiriintyy, koska aivot eivät saa ravinnoksi tarvittavaa rypälesokeria eli glukoosia. Keskushermoston oireita ovat

epätavallinen tai riitaisa käytös, sekavuus, päänsärky, näköharhat, ja pahimmassa tapauksessa ilmenee kouristuksia ja tajuttomuutta. (Mustajoki 2015.) Hypoglykemia voi olla myös insuliinihoidon yleinen sivuvaikutus (Lahtela, Lopes & Saukkonen 2015, 25). Jos asiakkaan tajunnantaso on matalan verensokerin vuoksi niin alhainen, ettei hän pysty itse juomaan, hänet on vietävä välittömästi sairaalahoitoon, siellä hoitona asiakas laitetaan sokeri-infuusioon. (Terveyskirjasto, 2015.) Veren alhainen sokeripitoisuus on vaarallisempi tila kuin vastaava korkea (Castren ym. 2008, 409).

Hyperglykemiassa puolestaan verensokeripitoisuus on korkea, yli 15 mmol/l. Mikäli ihmisen elimistö ei eritä insuliinia riittävästi, maksa alkaa tuottaa liikaa sokeria. Munuaiset poistavat liian sokerin virtsan mukana, ja näin ollen virtsamäärä kasvaa. ( Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2013, 567.) Muita oireita ovat nopea pulssi, jano, tajunnantason häiriöt, ärtyneisyys, sekava käytös, vatsakivut ja pahoinvointi sekä oksentelu. Vakavimmillaan hyperglykemia voi johtaa tajuttomuuteen. Hyperglykeemisen henkilön hengityksestä voi aistia lievän asetonin tuoksun, joka kertoo korkeasta verensokeripitoisuudesta, ja näin ollen asidoosista eli happamien aineiden kertymisestä kehoon. (Castren ym. 2008, 408.) Ketoasidoosi on vakava komplikaatio, joka hoitamattomana johtaa kuolemaan. Diabeettisen ketoasidoosin oireet ovat vaihtelevia lievistä, kuten väsymys ja päänsärky, aina vakavaan, kuten tajuttomuus. Hengitysilmaan erittyy ketoaineita, mikä tekee hengitykseen tyypillisen hajun. ( Nelimarkka & Arola 2012, 33-38.)

Sekavuuden syynä voi olla myös epilepsia, johon voi sairastua iästä riippumatta, ilman ennakko-oireita. Terve ihminen voi myös saada epileptisen kohtauksen, mikäli aivoihin kohdistuu riittävän suuri ärsyke. Epilepsiasta puhutaan kuitenkin vasta silloin, kun kohtaukset ovat olleet toistuvia. Kohtaus on aivoperäinen tahdosta riippumattoman hermoston kohtauksellinen häiriö. Epileptisen kohtauksen oireet voivat olla hyvin erilaisia ja vaihdella suuresti esimerkiksi yksittäisen raajan nykimisestä ja poissaolokohtauksesta suureen grand mal-kohtaukseen. Yleistyvä eli grand mal-kohtaus on epilepsiamuodoista tunnetuin. Kohtauksen aikana henkilö menettää tajuntansa ja kouristelee symmetrisesti. Suusta voi tulla vaahtoa, henkilö voi purra

kieleensä ja virtsanpidätyskyky yleensä pettää. Kohtauksen aikana henkilö ei reagoi ärsykkeisiin ja ihonväri voi olla sinertävä. Kohtauksiin liittyy tapaturman riski, koska potilas kohtauksen alkaessa kaatuu yleensä maahan ja kaatuessaan voi loukata esimerkiksi päätänsä. Usein kohtausta seuraa jälkiuni ja sekavuus, jonka aikana tajunta korjaantuu, mutta henkilö voi olla sekava, väsynyt ja uninen. Lihaskrampeista johtuvia kipuja lihaksissa voi myös ilmetä. (Castren ym. 2008, 389-390.) Epilepsia jaetaan paikallisalkuisiin ja yleistyneisiin kohtauksiin. Syyt ovat joko geneettisiä, rakenteellisesti-aineenvaihdullisia tai tuntemattomia. On tutkittu, että elämänsä aikana 8-10 % väestöstä saa yhden tai useamman epileptisen kohtauksen ja noin 5 % sairastuu epilepsiaan. (Kälviäinen, Ansakorpi, Flander, Immonen, Keränen, Kivistö & Peltola 2014, 748.) Alkoholistin riski sairastua epilepsiaan on kymmenen kertaa suurempi kuin kohtaukseenkäyttäjän (Partanen ym. 2015, 68).

Erilaiset päähän kohdistuvat traumaattiset vammat voivat myös aiheuttaa sekavuutta. Suomessa noin 15 000-20 000 ihmistä saa vuosittain jonkinasteisen aivovamman, ja heistä noin neljännes joutuu sairaalahoitoon. Kuolemaan johtaneista tapaturmista noin tuhannella kuolinsyynä on aivovamma, ja se on 45-vuotiaiden yleisin tapaturmainen kuolinsyy. (Kuisma, Holmström & Porthan 2009, 344.) Esimerkiksi liikenneonnettomuuden tai kaatumisen yhteydessä henkilö on voinut saada kovan, päähän kohdistuneen iskun seurauksena aivovamman, joka aiheuttaa sekavuutta. Yleisimmin aivovamman aiheuttaa liikenneonnettomuus tai pahoinpitely. Aivovamman oireet voivat vaihdella huomattavasti hyvin lievistä vakaviin ja henkeä uhkaaviin. Lievä aivovamma on esimerkiksi aivotärähdys. Tämä voi aiheuttaa henkilölle ohimenevän sekavuuden ja lähimuistin heikkenemisen. (Castren ym. 2008, 396-397.)

Kun päähän kohdistuu voimakas suora isku tai suuri hidastuvuus- kiihtyvyydenenergia, kuten esimerkiksi liikenneonnettomuudesta johtuvassa äkkipysähdyksessä, voi syntyä aivovamma (Rellman 2013, 803). Aivojen vammasta puhutaan, jos päähän kohdistuneen iskun seurauksena ilmenee ainakin joitakin seuraavista oireista: tajunnan menetys (minkä tahansa pituinen), muistin menetys (koskee vammaa välittömästi edeltäviä tai seuraavia

tapahtumia). Sekä ohimenevä tai pysyvä hermoston oire eli tuntopuutos tai halvaus. Keskeisiä seurattavia oireita aivovammaa epäiltäessä ovat tajunnantila ja sen asteet. Myös mahdolliset kouristelut, muistinmenetys sekä oksentelu, huimaus ja päänsärky on huomioitava. Välitöntä sairaalahoitoa asiakas tarvitsee, jos hänellä tapahtuman jälkeen on jokin seuraavista oireista, jota ei mahdollisesti ole ollut ennen vammaa: lyhytkin tajuttomuus tai vaikeuksia pysytellä tajuissaan (pitää silmiä auki), vaikeuksia ymmärtää puhetta tai kirjoitettua tekstiä, tunnon menetys, yleinen heikkous, näön tai kuulon menetys, verenvuoto korvasta ja musta silmä/silmät ilman silmiin kohdistunutta vammaa (Saarelma 2014.) Kuolemaan johtavan aivovamman saaneista noin 50 % menehtyy tapahtumapaikalle ja noin 30 % muutamien tuntien kuluessa vammasta. Tällöin syinä voivat olla esimerkiksi sisäiset verenvuodot ja hengitysvaikeudet. Loput vaikean aivovamman saaneista menehtyvät päivien tai viikkojen kuluttua tapahtumasta komplikaatioihin. 2/3 potilaista, joita hoidetaan sairaalassa aivovamman takia, ovat kaatumis- tai putoamistapaturmien vuoksi hoidossa. (Koskinen, Palomäki & Öhman 2007, 424-425.)

Aivotärähdys voi aiheuttaa lyhyen tajuttomuuskohtauksen, eikä tästä vielä aiheudu aivokudosvauriota. Oireina voi ilmetä päänsärkyä, sekavuutta, huimausta ja pahoinvointia. Neurologisia puutosoireita ei ilmene. Henkilöt, joilla ilmenee voimakkaita oireita tai heillä on käytössä verta ohentava antikoagulanttihoito, esimerkiksi MAREVAN lääkitys, tai he asuvat yksin, ja säännöllistä tajunnantason tarkkailua ei voida järjestää, on hyvä toimittaa sairaalaan tarkastettavaksi. (Kuisma ym. 2009, 344.) Aivotärähdykseen voi liittyä kognitiivisia oireina keskittymis- ja muistivaikeuksia. Emotionaalisina oireina voi esiintyä ärtyneisyyttä, depressiota ja univaikeuksia. Oireet kestävät tyypillisesti noin kymmenen päivää, mutta voivat pisimmillään kestää viikoista jopa kuukausiin. Lapsilla toipumisaika voi olla pitempikin. Aivotärähdyksen jälkeen tulisi välttää fyysistä rasitusta, kuten urheilua ja treenausta. Myös lukemista, television katselemista ja videopelien pelaamista olisi hyvä rajoittaa, kunnes oireet ovat menneet ohi. (Purcell, Kissick & Rizos 2013.) Mikäli todetaan, että päänsä lyöneen asiakkaan vointi ei vaadi sairaalahoitoa, olisi

henkilöä tai hänen omaisiaan hyvä ohjeistaa tarkkailemaan tajunnantaso, myös yöaikaan.

Delirium, eli äkillinen sekavuustila, voi liittyä muuhunkin tekijään kuin lääke- tai alkoholiriippuvuuteen. Häiriö liittyy somaattisiin sairauksiin, ja se on vanhuksilla dementian lisäksi yleisin elimellinen psyyken häiriö. Tilaa ennakoivat usein muutaman vuorokauden kestävät ennakko-oireet, joita voivat olla painajaisunet ja univaikeudet, psykomotorinen levottomuus, ärtyneisyys ja ahdistuneisuus. Tilaan voivat altistaa muutamat lääkeaineet, runsaan ja säännöllisen alkoholin tai lääkkeen käytön lopettaminen äkillisesti, kasvaimet, sydän- ja verisuonitaudit, aineenvaihdunnanhäiriöt, epilepsia tai epileptiset kohtaukset, traumat, rakenteellinen aivosairaus tai vamma, sekä aiemmat delirium-tilat. Oireet kehittyvät nopeasti muutaman tunnin tai vuorokauden kuluessa, vaihtelevat äkillisesti ja ovat lyhytkestoisia. Ne ovat hankalimmillaan usein öisin, ja ihminen kokee ne laaja-alaisesti vaikuttaen huomio- ja käsityskykyyn, muistiin, loogiseen ajatteluun, orientaatioon, uni-valverytmiin sekä psykomotoriseen käyttäytymiseen. Myös aistiharhoja ja harha-ajatuksia voi esiintyä, ja mielentilat voivat vaihdella äkillisesti. Somaattisina oireina henkilöllä voi olla hikoilua, verenpaineen nousua, ihon punoitusta ja takykardiaa eli nopearytmisyyttä. Tilasta toivuttuaan henkilö saavuttaa entisen toimintakykynsä, usein äkillinen sekavuustila kestää noin 1-4 viikkoa. Koska usein deliriumiin sairastuva on monisairas, kuolleisuus on varsin korkea. (Noppi, Kiiltomäki & Pesonen 2007, 108-109.) Delirium on häiriötila, johon kuuluvat kognitiivisten oireiden eli tiedonkäsittelyongelmien lisäksi myös ei-kognitiivisia oireita, kuten esimerkiksi tarkkaavaisuuden häiriöt, muistihäiriöt, uni-valverytmin häiriöt, psykomotoriikan häiriöt, havainnoinhäiriöt, tunne-elämän häiriöt, puheen häiriöt sekä ajan ja paikantajan hämärtyminen (Laurila 2012, 142.) Tilan voi helposti sekoittaa delirium tremens-tilaan, joka johtuu liiallisen alkoholin käytön äkillisestä lopettamisesta. Käsite delirium tremens käsitellään myöhemmin tässä työssä.

Vanhusten yleisin sekavuuden aiheuttaja on tutkitusti delirium. Päivystyspoliklinikoilla yleisin vanhuspotilaiden hoitoon tulossyy on sekavuus. Vanhusten delirium pahenee yleensä iltaisin ja öisin. Henkilöllä voi olla näköharjoja, tarkkaavaisuus voi olla huomattavasti häiriintynyt, ja henkilön

puhe voi olla järjestäytymätöntä, joko hidasta tai nopeaa. Deliriumin aiheuttajina voivat olla myös tietyt lääkkeet ja infektiosta esimerkiksi virtsatieinfektio, munuaisaltaan tulehdus, keuhkokuume, aivokalvontulehdus tai enkefaliitti eli aivokuume. Nämä infektiot voivat usein olla myös kuumeettomia. Aiheuttaja voi olla myös keskushermostoperäinen, esimerkiksi TIA-kohtaus tai aivoinfarkti. Vanhuksen sydäninfarkti ja sydämen vajaatoiminta voivat ilmetä myös sekavuutena. Murtumat ja aivotärähdykset voivat olla myös syy sekavuuteen. Dementia altistaa myös voimakkaasti deliriumille. Sekavilla vanhuksilla kahdella kolmasosalla ilmenee jonkinasteista dementiaa (Pitkälä 2015,6.)

## **2.2 Psyykkiset syyt**

Psykoosiin liittyy olennaisena todellisuudentajun hämärtyminen. Se voi näyttäytyä ajatuksen ja puheen hajanaisuutena tai outona käytöksenä. Aistiharhat, yleisimmin kuuloharhat, ovat selvä merkki hämärtyneestä todellisuudentajusta. Kuuloharhat ovat usein kommentoivia ja syyttäviä, ja niissä esiintyy useampia henkilöitä. Lisäksi voi olla vainotuksi tulemisen tunnetta, myös voimakas ahdistus liittyy psykoosiin, ja henkilö voi olla arvaamaton. Skitsofrenia on psykoosimuodoista yleisin. Muita syitä voivat esimerkiksi olla mania, depressio, aivokasvaimet tai vieroitusoireet. (Perttula 2013.) Psykoottinen henkilö kokee todellisuuden virheellisenä, eikä pysty tiedostamaan omien vääristyneitten mielikuviansa sekä todellisuuden eroa. Psykoottisen henkilön kanssa vuorovaikutus on usein haasteellista, koska hän harvoin kykenee selkeään vuorovaikutteiseen keskusteluun. Usein psykoottisen henkilön suhtautuminen muihin ihmisiin, esimerkiksi pelastus- tai hoitohenkilöstöön on kielteistä. Tästä syystä psykoottista asiakasta kohdatessa on tärkeää olla rauhallinen, asiallinen ja hänen kohtaamiseensa pyritään järjestämään turvallinen ympäristö mahdollisuuksien mukaan. Psykoottista asiakasta ei saa jättää yksin. Vuorovaikutustilanteessa asiakkaalle annetaan selkeät ohjeet ja asiakkaalle pyritään artikuloimaan selkeästi ja rauhallisesti. (Castren ym. 2008, 420.)

Erilaiset lääkeainepsykoosit, esimerkiksi delirium tremens eli juoppohulluus, on alkoholin pitkäaikaiskäytön vakava seuraus. Sille tyypillisiä oireita ovat sekavuus, unettomuus, vapina, harhaisuus ja ärtyisyys, lämpötilan nousu, hikoilu, syketiheyden nousu, ripuli sekä kasvojen punoitus tai kalpeus. Myös levottomuus ja harhojen avoin huomiointi voivat kuulua oireistoon. (Havio ym. 2009, 74.)

Tajuttomuuskouristuskohtaus on kansankielellä kutsuttu viinakramppi. Runsas alkoholinkäyttö altistaa joitakin henkilöitä tajuttomuuskouristuskohtauksiin, jolloin vähintään muutaman päivän runsaan alkoholinkäytön seurauksena ilmaantuu kohtaus henkilön lopettaessa alkoholinkäytön äkillisesti. Kohtaus voi muistuttaa suurta grand mal epilepsiakohtausta tai olla lievempi siten, että pelkästään henkilön raajat tai kämmenet kouristavat. Kohtauksia tulee usein useampi peräkkäin, ja kohtausta seuraa sekava, tokkurainen tila, jonka aikana henkilö ei muista tapahtunutta. Kouristelu voi usein olla merkki alkavasta delirium tremensistä. (Havio ym. 2009, 742.)

Alkoholiaistiharhat, eli alkoholihallusinaatiot, ilmenevät runsaan alkoholin käytön jatkuessa pitkään. Olennaisesti siihen kuuluvat kuulo- tai näköharhat. Näköharhat ovat pelottavia ja vääristyneitä. Kuuloharhat liittyvät usein henkilön ympäristöön ja jokapäiväiseen elämään, naapureihin tai perheeseen. Äänet voivat voimistua ja olla syyttäviä. Tyypillisesti harhat alkavat vuorokauden kuluttua alkoholin käytön lopettamisesta ja kestävät noin viikon. (Havio ym. 2009, 74.)

### **2.3 Päihteet**

Huumeista ja alkoholista käytetään yhteisnimitystä päihteet. Huumeisiin luetaan nikotiini, opiaatit, kannabistuotteet, hallusinogeenit, joukko stimulantteja, kuten amfetamiini, kokaiini ja kofeiini, sekä niin sanotut muuntohuumeet ja huumeina käytetyt lääkkeet, kuten bentsodiatsepiinit ja barbituraatit. (Aalto, Alho, Kiianmaa & Seppä 2012, 8.) Alkoholi on eniten käytetty ongelmia aiheuttava päihde (Koponen & Sillanpää 2005, 380).

### 2.3.1 Alkoholi

Alkoholijuomat valmistetaan luonnon omista tuotteista, ja alkoholi on päihteenä laillinen. Alkoholi vaikuttaa hermojärjestelmään monin tavoin. Sillä ei ole erityistä vaikutus- ja sitoutumiskohtaa, kuten monilla muilla pähteillä on, ja se on lamaavaksi aineeksi luokiteltu. Toivottuja vaikutuksia alkoholilla ovat vilkastuttaminen, estojen vähentyminen ja mielialan kohottaminen. Ei toivottuja vaikutuksia puolestaan ovat kömpelyys, puheen sammallus, onnettomuusalttius, reagointikyvyn alentuminen, pahoinvointi sekä arvostelukyvyn lasku. Alkoholi luokitellaan keskivahvaksi pähteeksi riippuvuuden aiheuttamisen suhteen. Alkoholi voi aiheuttaa voimakasta fyysistä ja psyykkistä riippuvuutta. Akuutti päihtymystila heikentää ajattelua ja havainnointia ja voi aiheuttaa muistinmenetyksiä. Suurien alkoholiannosten takia jopa hengityksen säätely voi lamaautua ja päihtymystila voi siksi olla hengenvaarallinen. Suomessa noin 500 ihmistä kuolee vuosittain akuuttiin alkoholimyrkytykseen. (Päihdelinkki, 2010.) Humalatila aiheuttaa hermoston toiminnan lamaanumista, jonka seurauksena ihmisen kävely ja muut liikkeet muuttuvat kömpelöiksi, puhe voi sammaltaa sekä muuttua äänekkäämmäksi kuulon huonontumisen takia. Reagointikyky hidastuu merkittävästi. Yli 2 promillen humalatilassa alkoholi alkaa vaikuttaa ihmisessä nukutuslääkkeen tavoin, jolloin kivun tunne häviää ja tajunnantaso heikkenee. Pitkään jatkunut alkoholinkäyttö kuitenkin aiheuttaa näille toiminnoille toleranssin syntyä. (Havio ym. 2009, 70.)

### 2.3.2 Huumausaineet

Pohjois-Karjalassa suosittuja huumeita tällä hetkellä ovat: metamfetamiini ja muuntohuumeista alfa, PV ja synteettinen kannabis (spice jwh, jvh0, jehova) (Leskinen & Niiranen 2015, 10-20). Huumausaineille on tyypillistä, että sietokyky ja riippuvuus aineeseen kehittyvät nopeasti. Käyttöön liittyy tarve saada ainetta pakonomaisesti ja säännöllisesti. Huumausaineiden



vieroitusoireet ovat voimakkaita. (Havio ym. 2009, 89.) Yleisimpiä Suomessa käytettäviä huumausaineita ovat kannabis, amfetamiini, kokaiini ja heroini sekä muutamat lääkeaineet väärinkäytettyinä, erilaiset hallusinogeenit, tekniset liuottimet, anaboliset steroidit sekä suositaan kasvataneet muuntohuumeet. (Päihdelinkki, 2010.)

Kannabis (hamppu, pilvi) on eniten käytetty huume Suomessa sekä muualla maailmassa. Suomessa kannabista käyttävät erityisesti nuoret ja nuoret aikuiset. Suurin osa on niin sanottuja viihdekäyttäjiä. Kannabis haittaa keskushermoston kehitystä, joten nuorena aloitettu kannabiksen käyttö on erityisen haitallista psykososiaaliselle kehitykselle. Hengitystiet vaurioituvat kannabiksen poltosta, ja riski sairastua suun, kurkunpään ja nielun syöpään kasvaa. Nuorten kannabiskäyttäjien keskuudessa on tavattu kasvaimia, joita ei normaalisti esiinny heidän ikäluokassaan. Kannabis voi runsaasti käytettynä, etenkin syötynä, aiheuttaa psykoottisen häiriötilan, joka häviää muutamassa tunnissa päihtymyksen loputtua. Sekavuuteen liittyy ajattelun ja tajunnan hämärtymistä, itsensä tuntemista epätodeksi, vieraaksi ja motorista epävarmuutta. Sekavuuteen voi liittyä myös muistamattomuutta, näkö- ja kuuloharhoja sekä väkivaltaista käyttäytymistä. (Päihdelinkki, 2010.) Kannabiksen käyttäjän tunnusmerkkejä voivat olla verestävät silmänvalkuaiset, päihtynyt vaikutelma, hössöttävä käytös ja naureskelu sekä poltetulle kannabikselle tyypillinen makea tuoksu vaatteissa (Havio ym. 2009, 85). Synteettinen kannabis kehiteltiin alunperin sairauksien hoitoon. Muihin huumausaineisiin verrattuna synteettistä kannabista on helpompi saada, se on halvempaa, erittäin voimakasta ja vaikutusajaltaan pitkäkestoisempaa. Pitkäaikainen kannabiksen käyttö on suorassa yhteydessä psyykkisiin oireisiin, niiden pahenemiseen, psykoosin puhkemiseen, ja sen käyttö altistaa myös manialle. (Ustundag, Ibis, Yucel & Ozcan 2015.)

Amfetamiini (vauhti, piri, spiidi) on keskushermostoa kiihdyttävä huume. Amfetamiini ja sen johdokset luokitellaan erittäin vaaralliseksi huumeeksi. Sitä on käytetty lääketieteessä muunmuassa väsymyksen ja masennuksen hoitoon ja laihdutuslääkkeenä. Sen käyttö Suomessa lopettiin haittavaikutusten vuoksi. Amfetamiini toimii keskushermostossa dopamiinin, serotoniinin ja

noradrenaliinin vapauttajana, ja näin ollen toimii mielialaa voimakkaasti piristävänä. Amfetamiinia saa jauheina, tabletteina, liuoksina ja kapseleina. Käyttötavat ovat esimerkiksi nuuskaaminen, suonensisäinen käyttö tai nauttiminen juomaan sekoitettuna. (Dahl & Hirschovits, 2002, 31.) Pieninä annoksina käytettynä se aiheuttaa ylienergisyyttä, itsevarmuutta, euforiaa, ruokahaluttomuutta, voimakkuuden ja seksuaalisuuden tunnetta. Pitkäaikaisen käytön seurauksena voi tulla paniikki-, sekavuus- ja vainoharhatiloja, aistiharhoja ja jopa skitsofreniaa. Käytöstä voi aiheutua myös amfetamiinipsykooseja, joiden tunnusmerkkejä ovat voimakas vainoharhaisuus ja aistihavaintojen yliherkkyys. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2014.) Amfetamiinin käyttäjän tunnusmerkkejä ovat sekava, pelokas käytös, levottomuus, hikoilu, kiihtynyt pulssi, pistojäljet sekä laajentuneet pupillit (Havio ym. 2009, 86).

Kokaiini (koka, kokis, kokkeli, coke, lumi, snow, speedball) eli kokaiinihydrokloridi valmistetaan kuivatusta kokaiinipensaan lehdistä uuttamalla tahnaksi. Kilo kokaiinia syntyy noin 500 kg:sta kokalehtiä. Kokaiini stimuloi keskushermostoa, se toimii dopamiinin, noradrenaliinin ja 5-hydroksitryptamiinin takaisinotonestäjänä. Kokaiini lamaannuttaa tuntohermoja, ja sitä on käytetty aikaisemmin myös paikallispuudutteena. Sitä käytetään suonensisäisesti tai polttamalla, nuuskaamalla, ja erikoisominaisuuksiin kuuluu hyvä imeytyminen limakalvoilta (suu, emätin ja peräsuoli). (Dahl & Hirschovits 2002, 51.) Kokaiini aiheuttaa erittäin voimakasta psyykkistä riippuvuutta jo satunnaisestikin käyttäville. Nuuskaamalla kokaiini tuhoaa nenän limakalvoja ja väliseinää, aiheuttaen myös nenäverenvuotoja. Syötynä kokaiini voi aiheuttaa kuolion suolistossa. Sydänkohtaukset, sydämentoimintahäiriöt ja neurologiset häiriöt ovat yleisiä ja voivat johtaa jopa äkkikuolemaan. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014.)

Heroiini (hepo, polle, jarru, smack, bruno) on rasvaliukoinen, puolisynteettinen morfiinijohdannainen, ja se kulkeutuu 10 kertaa voimakkaampana keskushermostoon kuin morfiini. Käyttötavat ovat suun kautta otettuna, polttamalla tai suonensisäisesti käytettynä. Heroiinia löytyy ruskeana ja valkoisena jauheena. (Dahl & Hirschovits 2002, 62.) Vaikutus perustuu siihen,

että se muuttuu elimistössä morfiiniksi ja näin ollen tuottaa mielihyvää. Tunnistettavia vaikutuksia ovat pupillien supistuminen, suoliston toiminnan hidastuminen ja ummetus. Keskushermostovaikutus aiheuttaa pahoinvointia, yskimisrefleksin ja hengitystoiminnan heikkenemistä. Vaikutus alkaa nopeasti ja kestää muutaman tunnin. Heroiinin käyttäjät ovat hyvin usein sekäkäyttäjiä. (Partanen ym. 2015, 77.)

Ekstaasi (MDMA, esso, nipsu, tähti, pupu) kuuluu hallusinogeenisiin amfetamiinijohdannaisiin. Sitä on kokeiltu muunmuassa Parkinsonin taudin hoidossa. Huumetta löytyy pillereinä, joihin on uurrettu kuvioita, esimerkiksi sydämiä ja sarjakuvahahmoja, pulverina, kapseleina ja nestemäisenä. Käyttötavat ovat syöminen, nuuskaaminen ja suonensisäinen käyttö. Ekstaasi voi aiheuttaa hyvänolon- ja voimantunnetta. (Dahl & Hirschovits, 2002, 40-41.) Negatiivisia vaikutuksia voivat olla lihaskrampit, huono ruokahalu, leuan jäykkyys, ahdistuneisuus ja joissakin tapauksissa aggressiivisyys (Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos. 2014).

Hallusinogeenit ovat aistien vääristymiä aiheuttavia huumausaineita. Vaikutukset ilmenevät tunne-elämyksinä, muutoksina ajattelussa, tunteissa ja havaintokyvyssä. Negatiivisia vaikutuksia ovat masennus ja pelkotilat. Hallusinogeenit aiheuttavat myös verenpaineen nousua ja sykkeen tihenemistä. Hallusinogeeniä saadaan luonnosta, esimerkiksi sienistä, mausteista tai kasveista, tai niitä voidaan valmistaa synteettisesti. (Partanen ym. 2015, 78.) Hallusinogeenisiä sieniä Suomessa on suippomadonlakki-lahottajasieni, joka sisältää muunmuassa psilosybiinia ja psilosiinia. Vaikuttava määrä on noin 2 g kuivaa sientä polttamalla tai suun kautta nautittuna. Psilosybiinin vaikutus on samankaltainen kuin LSD:llä, mutta 100 kertaa heikompi vaikutukseltaan. (Kiiänmaa, Salaspuro & Seppä 2003, 171.)

LSD (happo, naksu) on synteettinen aine, jota on 1950-1960-luvuilla kokeiltu psykoterapeuttisessa käytössä. Yleensä aineen jatkuva käyttö on harvinaista ja myös merkki vakavasta psyykkisestä häiriöstä. LSD on erittäin vaarallista sen psyykkisten vaikutusten vuoksi. Se voi tuoda esille piileviä psyykkisiä häiriötiloja ja jopa aiheuttaa tapaturmia hallusinaatioiden vuoksi. LSD:n käyttäjillä voi

esiintyä pelkotiloja, ja ne voivat johtaa paniikkitiloihin, väkivaltaan ja jopa itsemurhaan. LSD:tä käytetään tabletteina, kapseleina ja pieninä paloina tai nesteinä imeytettynä sokeripaloihin. (Havio ym. 2008, 87.) Fyysisiä oireita LSD:n käyttäjillä voivat olla hikoilu, syljenerityksen lisääntyminen, pupillien laajentuminen, vapina, sykkeen tiheneminen, ruumiinlämmön nousu sekä syvä ja tiheä hengitys (Partanen ym. 2015, 79).

Teknisistä liottimista esimerkiksi liimat, lakat, asetoni, tinneri, kynsilakan poistoaine, erilaiset aerosolit, kuten hiuslakka ja spraymaalit sekä tupakansytyttimen polttoaine ovat käytössä päihtymistarkoituksessa ”imppaamalla” eli hengittämällä niistä haihtuvia höyryjä. Hengitettäessä noin 10-20 hengenvetoa saavutetaan alkoholihumalan kaltainen noin 30-60 minuuttia kestävä päihtymys, johon liittyy usein ollennaisesti tokkuraisuutta. Välittömiä vaikutuksia ovat sekavuus, euforia, suuruuskuvitelmat, seksuaaliset mielikuvat, sydämen sykkeen nopeutuminen, pahoinvointi, oksentelu, ripuli, kaksoiskuvat ja päänsärky. Pitkään jatkunut teknisten liuottimien käyttö aiheuttaa passiivisuutta, nuhaa, yskää, ruokahalun heikkenemistä ja jopa keuhkokuudoksen vaurioitumista, aivovaurioita ja maksa- ja munuaisvaurioita. Imppaus on erityisesti nuorten suosiossa liuottimien helpon saatavuuden takia. Teknisiä liuottimia imppaavat käyttäjät voi tunnistaa esimerkiksi rohtuneesta suun ympäristöstä, henkilö voi vaikuttaa nousuhumalaiselta, puhaltaa kuitenkin 0-promillea ja haista liimalle tai liuottimelle. (Havio ym. 2008, 83.)

Anaboliset steroidit ovat kasvattaneet suosiotaan kehonrakentajien ja huippu-urheilijoiden keskuudessa. Ne luetaan doping-aineisiin ja ovat yleistyneet katukaupassa. Pitkäaikaiskäytössä anaboliset steroidit aiheuttavat masentuneisuutta, ahdistuneisuutta, aggressiivisuutta, ärtyisyyttä, vihamielisyyttä, väkivaltaista käytöstä, unihäiriöitä, depressiota, mielialahäiriöitä ja jopa psykoosia. Anabolisten steroidien mahdolliset sivuvaikutukset ovat hyvin monenlaisia ja ilmenevät hieman eri tavoin käyttäjänsä sukupuolesta riippuen. Miehillä haitallisia sivuvaikutuksia voivat olla esimerkiksi kivesten surkastuminen, akne sekä hedelmättömyys ja naisilla rintojen pienentyminen, kaljuuntuminen ja hedelmättömyys. (Havio ym. 2008, 90-91.)

Muuntohuumeet eli desinghuumeet ovat huumaavassa tarkoituksessa käytettyjä aineita, jotka on valmistettu muuttamalla kemiallisesti jonkin tunnetun huumeen rakennekaavaa. Muuntohuumeiden ajatuksena on huumevalvonnan kiertäminen. Muuntohuumeille on ominaista, että ne eivät esiinny luonnossa, niillä ei ole lääkinnällistä käyttöä, niitä ei mainita huumausaineluetteloissa, mutta niillä on huumeiden kaltaisia vaikutuksia. Muuntohuumeet eivät aina näy huumeeseuloissa. (Irti huumeista 2015.) Suomeen muuntohuumeet tulivat laajemmassa mittakaavassa vuosina 2001-2005. Alkuvuonna 2008 erityisesti MDPV- huume tuli kansan tietoisuuteen sen aiheuttamia useita vakavia myrkytystapauksia. Muuntohuumeiden saatavuus on helppoa, sillä aineita saa tilattua internetin välityksellä suoraan kotiovelle. Muuntohuumeiden käyttö on kasvava trendi, ja ongelmat tulevat lisääntymään ja työllistämään poliisia sekä terveydenhoitohenkilökuntaa yhä enemmän. (Rintatalo 2015.)

Alkoholin ja lääkkeitten sekakäyttö voi aiheuttaa sekavaa käytöstä. Yhteisvaikutukset riippuvat lääkkeestä ja lääkkeen ja alkoholin määrästä. Varsinkin trisykliset masennuslääkkeet voivat alkoholin kanssa nautittuna aiheuttaa sekavaa ja poikkeavaa käytöstä. Myös keskushermostoon vaikuttavien lääkkeitten, eli käytännössä rauhoittavien ja unilääkkeitten, esimerkiksi barbituraattien, bentsodiatsepiinien ja antidepressanttien, sekä alkoholin yhdenaikainen käyttö voi olla syy sekavalle käytökselle. Juuri nämä lääkkeet ovat useimmiten väärinkäytettyjä lääkkeitä. Alkoholi lisää näiden lääkeaineiden vaikutusta elimistöön, jolloin lääkkeen vaikutus tehostuu merkittävästi. Näitä lääkkeitä käytetään päihtymistarkoituksessa, koska lääke lamaa keskushermostoa, ne lievittävät jännitystä sekä rentouttavat ja rauhoittavat. Näistä lääkkeistä johtuva päihtymystila ilmenee väsyneenä, raukeana, välinpitämättömänä ja sekavana käytöksenä. Puhe on usein kankeaa, sammaltavaa ja henkilön liikkeet epävarmoja. Käytös voi olla harkitsematonta, sekavaa ja estotonta. Tavallisesti bentsodiatsepiinejä päihtymistarkoituksessa käytettäessä annokset ovat suuria verrattuna ohjeenmukaiseen käyttöön. Lääkkeitä päihdetarkoituksessa käyttävät voivat vaikuttaa päihtyneiltä, vaikka alkoholin hajua ei ole ja henkilö puhaltaa 0 promillea. Asiakkaalta voi löytyä myös lääkeliuskoja tai pulloja. (Havio ym. 2008, 80-82.) Alkoholin ja lääkkeitten sekakäyttöä ilmenee varsinkin nuorten

miesten keskuudessa yhä enemmän. Tavallisesti monipäihteisyys, eli sekakäyttö, on rauhoittavien lääkkeiden ja alkoholin yhteiskäyttöä päihtymistarkoituksessa. Sekakäyttö aiheuttaa usein yliannostuksia. Usein lääkkeen ja alkoholin yhteiskäytön syynä on tavoite voimistaa alkoholin vaikutusta. (Havio ym. 2008, 91-92.)

Huumeiden käytöstä kannattaa ja voi kysyä suoraan asiakkaalta itseltään. Asiallisesti esitetty kysymys tuottaa varmimmin myös asiallisen vastauksen. Huumeiden käyttöä voi tiedustella myös ystäviltä, omaisilta ja muilta paikalla olleilta. On tärkeää käyttäytyä asiallisesti, ei syyllistäen ja näin ollen asiakkaan voi olla helpompi avautua mahdollisesta huumeidenkäytöstä. Usein huumeidenkäyttäjä vähättelee käyttöönsä. (Koponen ym. 2005, 383.) Pitkään jatkunut huumausaineidenkäyttö jättää jälkensä. Ulkoisen olemuksen muutoksia huumeiden käyttäjällä voivat olla esimerkiksi makea, imelä savuntuoksu vaatteissa ja hiuksissa sekä käsivarsissa olevien mustelmien ja pistojälkien peittäminen ja pupillien muutokset. Opiaatit ja rauhoittavat pienentävät pupilleja ja hallusinoenit puolestaan suurentavat niitä. Epäsiisti olemus ja ulkonäkö viestivät henkilön kyvyttömyydestä huolehtia itsestään. (Irti huumeista 2015.)

Talukko 1. Huumeiden käyttäjien tunnusmerkkejä (Mukaellen Aalto ym. 2012,53)

	<b>Amfetamiinit</b>	<b>Kannabis, marihuana</b>	<b>Kokaiini</b>	<b>Heroiini, opiaatit</b>
<b>Aktiivisuus</b>	Kiihtyneisyys, levottomuus, jälkioireena väsymys.	Raukeus, levottomuus, puheliaisuus, hilpeys	Kiihtyneisyys, ärtyisyys, levottomuus, puheliaisuus	Hyvänolontunne, levottomuus, hidasliikkeisyys
<b>Mieliala</b>	Aggressiivisuus	Masentuneisuus	Pelokkuus	Euforia, ahdistuneisuus
<b>Sydän- ja verisuoni- oireet</b>	Nopea pulssi	Normaali syke	Nopea syke, sydänoireet, rintakivut	Hidas syke
<b>Silmät</b>	Laajat pupillit, silmävärve	Punoittavat silmät, normaalit pupillit/laajentuneet	Laajat pupillit, punoittavat valkuaiset	Pistemäiset pupillit
<b>Käyttötapaan liittyvää</b>	Pistosjäljet	Kannabiksen haju	Krooninen nuha, yskä	Pistosjäljet

Huumeriippuvuudelle ei ole mitään erityistä tunnusmerkkiä, eikä voida asettaa huumeenkäyttäjän tunnuskuvaa. Huumeriippuvainen on useimmiten ahdistunut, pelokas, masentunut ja henkisesti rikkinäinen. Henkilöllä voi ilmetä mielenterveyden ongelmia, hänellä todetaan päihtymys ilman alkoholia, pistosjälkiä ja pistopaikkojen infektoita tai vierotusoireita. Huumeidenkäyttäjällä voi olla muita herkemmin infektoita, tapaturmia, vatsavaivoja, verenkierron ongelmia, sekä muita myrkytys- ja vierotusoireitten aiheuttamia somaattisia vaivoja. (Aalto ym. 2012, 53.)

## 2.4 Myrkytystilat

Myrkytys syntyy yleisimmin siten, että henkilö on tahallisesti tai tahattomasti saanut yliannostuksen lääkkeitä, alkoholia tai näitä molempia yhdessä. Ensiarvoisen tärkeää on selvittää, mitä ainetta ja kuinka paljon henkilö on nauttinut. Aineen ottamisesta kulunut aika ja kuinka henkilö on aineen nauttinut on myös tärkeää selvittää. (Castren ym. 2008, 413.) Alkoholimyrkytys aiheuttaa vuosittain lähes 600 kuolemantapausta (Partanen ym. 2015, 68).

Lievän alkoholimyrkytyksen saanut tai kohtalaisesti humaltunut henkilö on heräteltävissä, ja tajunnan taso voidaan tarkistaa kovaäänisellä puhuttelulla ja tarvittaessa kipuärsykkeillä. Hoidoksi riittää tällöin ilmasteiden avaaminen ja kylkiasentoon asettaminen. Tässä vaiheessa on hyvä tarkastaa esimerkiksi kaatumisesta mahdollisesti aiheutuneet ulkoiset vammat. Ellei humaltuneen tila korjaannu muutamassa tunnissa, tai asiakkaan tajunnan taso laskee, on potilas toimitettava terveydenhuollon ammattilaisen arvioon. Voimakas alkoholimyrkytys puolestaan vaatii sairaalahoitoa, mikäli henkilö on nauttinut runsaasti alkoholia, ei ole heräteltävissä tai puhaltaa yli 3 promillea. Jos on syytä epäillä, että asiakas on käyttänyt muita päihteitä tai lääkkeitä, alkometrilukema voi olla epäsuhdassa verrattuna tajunnantason. Sairaalahoitoon asiakas on syytä toimittaa myös, jos on näkyviä merkkejä päänvammasta, on syytä epäillä korvikealkoholien käyttöä, tai jos asiakas on oksentanut ja sen epäillään joutuneen hengitysteihin. Sairaalahoitoon toimitetaan myös, jos kyseessä on

lapsi, syvästi tajuton, tai jos asiakkaalla havaitaan hengitysvaikeuksia. (Seppä, Alho & Kiianmaa 2010, 135-137.)

Päihtyneen asiakkaan putkaseurannassa on syytä kiinnittää erityistä huomiota tajunnantason sekä sen mahdollisiin muutoksiin. Yleisesti korvikealkoholina käytetty aine on metanoli, jota esiintyy muun muassa liuottimena, lasinpuhdistusteissa ja jäänestoaineissa. Laittomasti valmistetut alkoholit voivat myös sisältää metanolia. Noin 30 millilitran annos voi olla hengenvaarallinen, yksilölliset vaihtelut ovat kuitenkin suuria. Pahimmillaan metanolimyrkytys voi johtaa näön menetykseen ja jopa kuolemaan. Mikäli metanolia ja etanolia nautitaan samanaikaisesti, metanolimyrkytyksen oireet sekä oireitten alkamisajankohta voivat muuttua merkityksellisesti. Päänäsäärky, pahoinvointi, vatsakivut ja oksentelu ovat yleisiä. Tavallinen ja yleinen seuraus on myös akuutti haimatulehdus. Myrkytyksen edetessä seuraa voimakas aineenvaihduntahäiriö, eli metabolinen asidoosi, kouristukset, näköhäiriöt, näön menetys ja tajuttomuus. Jopa hengityspysähdys on mahdollinen, mikä johtaa usein kuolemaan. (Seppä ym. 2010, 135-137.)

Alkoholia runsaasti käyttäneen, sammuneen asiakkaan tilaa on syytä tarkkailla. Hengitys ja verenkierto on tarkastettava säännöllisesti, ja hänet on asetettava kylkiasentoon, jotta mahdollinen ylösnouseva vatsansisältö ei joudu hengitysteihin. On huolehdittava, että suuontelo ja nielu ovat vapaat vierasesineistä tai oksennuksesta ja että hengitys kulkee normaalisti. Riittävän hapensaannin kannalta on hyvä tarkastaa ihon ja huulten väri. Syanoottiset eli sinertävät huulet ja iho ovat merkki hapenpuutteesta. (Seppä ym. 2010, 134.) Tummaihoisen henkilön syanoottisuuden merkit voi tarkistaa limakalvoilta.

### **3 Asiakkaan kohtaaminen**

Jokainen ihminen kohtaa elämänsä aikana tilanteita, joista selviytyäkseen ihminen tarvitsee toisen ihmisen apua. Yhteiskunta on näitä erityistilanteita varten järjestänyt ihmiselle perusturvan ja oikeuden saada apua esimerkiksi viranomaisilta, pelastus- ja terveydenhoitoalan ammattilaisilta. Virassaan



toimiva henkilö on vastuussa autettavalle. Pelastus- ja terveydenhoitoviranomaisten työ edellyttää kykyä herättää luottamusta ja vahvaa itsetuntemusta sekä hyviä vuorovaikutustaitoja. Vuorovaikutus on kahden ihmisen välistä viestintää. Sitä on joko tietoista tai tiedostamatonta, ja se voidaan jakaa sanalliseen ja sanattomaan viestintään. Sanallista viestintää ovat puhuminen, äänenpaino ja sen sävyt. Sanatonta viestintää ovat ilmeet, eleet, kehonkieli, koskettaminen, katsominen ja kuunteleminen. Hyvät vuorovaikutustaidot ovat olennainen osa ammattitaitoa. Oma kehonkieli, olemus ja persoona ovat tärkeitä välineitä asiakasta kohdattaessa. Olemuksen täytyy herättää asiakkaassa luottamusta ja rauhoittaa tilannetta. Akuutin tilanteen sattuesssa ihminen voi käyttäytyä sekavasti eikä aina ymmärrä omaa parastaan. Nämä tilanteet ovat yleisiä päihteiden käyttäjien, psyykkisesti sairaiden ja muistisairaiden kanssa toimiessa. Hyvä itsetuntemus on hyvän vuorovaikutuksen perusta. Kun ymmärtää omaa käyttäytymistään, ymmärtää helpommin myös avun tarpeessa olevan ihmisen käyttäytymistä ja reagointia tilanteeseen. Hyvän vuorovaikutuksen edellytyksiä ovat ammatillisuus ja hyvä itsehillintä, pitää olla oma itsensä, ei saa teeskennellä. Hyvää vuorovaikutusta ovat myös voimuus, rehellisyys, kohteliaisuus, ystävällisyys. Ei koskaan ylimielisyys tai halveksiva asenne. Mahdollisuuksien mukaan pyritään rauhoittamaan tilanne. Ammattihenkilön on tilanteesta riippumatta säilytettävä ammattimaisuutensa ja toimintakykynsä, vaikka joskus tilanteet voidaan tuntea hyvinkin tunteellisenä ja henkisesti raskaina. Asiakkaan ollessa toisen kulttuurin edustaja ja kun yhteistä kommunikaatiokieltä ei löydy, sanattoman viestinnän merkitys korostuu erityisesti. Näissä tapauksissa luottamuksen rakentaminen on erityisen tärkeää. (Castren, Kinnunen, Paakkonen, Pousi, Seppälä & Väisänen 2009, 120-127.)

Hyvä kohtaaminen on neutraalia, siinä on sopiva fyysinen ja psyykinen etäisyys, ja asennoituminen asiakasta kohtaan on inhimillisen lämmintä. Sekä sairaanhoitajilla, että poliiseilla tulee olla kyky omien tunnetilojen tunnistamiseen ja niiden työstämiseen. Tunteita täytyy osata säädellä, jotta kohtaamiset ovat ammatillisia. (Partanen ym. 2015, 223.) Jos henkilö on päihteiden vaikutuksen alaisena, hänen havainnointikykynsä ja ymmärryksensä ovat heikentyneet, sekä puheenymmärtäminen ja kommunikointi huonontuneet. Näissä

vuorovaikutustilanteissa on erityisen tärkeää asenne. Henkilö kohdataan vastuullisena itsenäisenä aikuisena ja on pyrittävä itse olemaan rauhallinen, selkeä, johdonmukainen, kärsivällinen sekä ymmärrettävä. On pyrittävä välttämään uhkailua, provosointia ja provosoitumista ja alentavaa ylimielistä suhtautumista. Puheääni tulisi pyrkiä pitämään normaalilla tasolla, eikä sitä tulisi korottaa, ellei se ole välttämätöntä. Päihteidenkäyttäjän kanssa toimiessa on aina muistettava mahdollisuus veriteitse tarttuvan taudin riskistä. (Havio ym. 2008, 203-204.)

Sekavan asiakkaan kohtaaminen perustuu hyvään tilannearvioon. Asiakkaan sekavuus tai mahdollinen päihtymys ei saa vaikuttaa hoidon tarpeen arviointiin, eikä olla esteenä hoidon järjestämisessä. Henkilöllä on laissa määritelty oikeus terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon, riippumatta siitä, onko hän päihtynyt vai ei. Päihtymys todetaan ja varmennetaan aina alkometriin puhalluttamalla ja tarvittaessa huumeepikatestin avulla. Asiakkaan puhaltaessa 0-promillea, on huomioitava mahdolliset hajuhavainnot, pistojäljet, huumeidenkäyttövälineet, ja erotettava mahdolliset somaattiset sairaudet, kuten esimerkiksi epilepsia tai diabetes. Asiakkaan terveydentila tulee arvioida aina huolellisesti ennen mahdollista säilöönottoa, ja erityistä tarkkaavaisuutta tulee noudattaa, kun kyseessä on sekava asiakas. (Castren ym. 2008, 419.)

Konkreettisia ohjeita asiakkaan kohtaamiseen voidaan soveltaa sairaanhoitajien ja ensihoitajien koulutuksesta. Esimmäisen kohtaamisen aikana, pitää tulkita asiakkaan yleisvaikutelma, tarkastella ympäristöä ja aloittaa kontaktin luominen. Kontaktin saaminen asiakkaaseen on tilannearvion edellytys. Yhteyden on oltava sellainen, että asiakas suostuu kuuntelemaan sekä vastaamaan, eli vuorovaikutus onnistuu. Asiakkaan ollessa vainoharhainen, levoton tai muutoin sekava, kontaktin luominen voi olla hankalaa.

Ensin aloitetaan puhekontakti. On parasta aloittaa keskustelu neutraaleilla sanoilla, ja puhuteltava asiakasta: ”Miten voit?” , ”Jaksatko avata silmät?”, ”Nyt ei ole hätää”, ” Ymmärrän, että olosi on huono, mutta jaksatko keskustella hetken? ”. Olisi tärkeää, että asiakas itse ottaisi katsekontaktin. Katsekontakti viestii kommunikaatiolinjan olevan auki, ja katseesta voi havainnoida asiakkaan

mielentilaa. Onko hän pelokas, poissaoleva, vihainen tai mahdollisesti apua pyytävä. Asiakasta on lähestyttävä vasta kun on päästy hyvään puhekontaktiin ja asiakas sallii lähestymisen. Keskustelu on hyvä pitää rauhallisena, lauseet lyhyinä ja helposti ymmärrettävinä ja asiakkaan on annettava puhua mahdollisimman paljon. Ympäristö ja paikka, jossa asiakas on, antaa viitteitä tilanteesta. Esimerkiksi hoitamaton, epäsiisti koti ja asiakkaan olemus voivat viestiä siitä, ettei henkilö ole kykenevä huolehtimaan itsestään eikä ympäristöstään. Tyhjät lääkepakkaukset ja insuliinikynät kotona voivat kertoa asiakkaan perussairauksista, ja niistä voi todeta mahdollisen lääkeyliannostuksen.

Väkivaltaisia ja uhkaavia tilanteita voidaan ennakoida lukemalla ennakko-oireita ja havainnoimalla henkilön käyttäytymistä. Esimerkiksi uhkailu, kiroilu, nimittely, kiihtyneisyys, hermostuneisuus, pelko, harhaisuus, epäluuloisuus, itkuisuus, hikoilu, puheäänien korottaminen, hampaiden kiristely ja käsien nyrkissä pitäminen, ovat ennusmerkkejä väkivaltaisesta käyttäytymisestä. (Heinä & Seppänen 2009, 16-17.)

Psykoosiin tai muuhun psyykkiseen ongelmaan voivat viitata piirroksia tai paperit, joissa on outoja kirjoituksia. Myös tavarat, jotka on poikkeuksellisella tavalla laitettu esille, voivat viitata kyseiseen ongelmaan. Asiakkaan yleinen käytös tulee ottaa huomioon, arvioida ja kirjata. Merkittäviä löydöksiä ovat aggressiivisuus ja uhkaileva käytös, levottomuus, poikkeava ilmeettömyys ja liikkeiden epätarkoituksenmukainen toistaminen. Psykiatriseen diagnoosiin viittaavat myös epäsiisteys ja poikkeaviin asuihin pukeutuminen. On tärkeää kiinnittää huomiota myös asiakkaan ruumiinkieleen. Katseesta ja ryhdistä voi tehdä tärkeitä havaintoja psyyken tilasta. (Castren ym. 2012, 241-242.)

## **4 Poliisin työ**

Ensisijainen kohderyhmämme on poliisit ja poliisiputkan vartijat. Poliisin tehtävät on määritelty poliisilain 1. luvun 1.§:ssä. Sen mukaan poliisin tehtävänä on turvata oikeus- ja yhteiskuntajärjestystä, ylläpitää yleistä järjestystä ja

turvallisuutta, estää ennalta rikoksia, selvittää ja saattaa niitä syyteharkintaan. Poliisi toimii yhteistyössä muiden viranomaisten kanssa.

Poliisi on velvollinen suorittamaan myös sille erikseen määrätty tehtävät ja antamaan virka-apua (Poliisilaki 1/ 2011.) Näitä tehtäviä suorittaessaan on aina otettava huomioon poliisin ammattietiikka. Lainsäädäntö ja siihen perustuvat ohjeet ovat poliisin ammattietiikan perusta. Poliisin vastuu, oikeudet ja velvollisuudet ovat lähtökohtana poliisin ammattietiikalle. Lisäksi kansainväliset viranomaiskäytännöt säätelevät poliisin toimintaa. Poliisin pakkokeinolaista tulevat toimivaltuudet henkilön rikosperusteiseen kiinniottamiseen, pidättämiseen ja vangitsemiseen. Näillä valtuuksilla poliisi voi viedä henkilön riittävin perustein myös säilöön. Säilytystilaan ottamiselle on säädetty tietyt yleiset periaatteet, jotka tulee ottaa huomioon. Kohtelussa ja käsittelyssä on noudatettava poliisin säilyttämien henkilöiden kohtelusta annettuja säädöksiä. Poliisin toimintaa ohjaavat myös perus- ja ihmisoikeudet. Perusoikeudet ovat perustuslaissa yksilölle turvattuja oikeuksia. (Tikkanen 2015, 25.)

Hätäensiavun hallinta kuuluu poliisin perustaitoihin. Usein ensimmäisenä tapahtumapaikalla on poliisi, ja näin ollen hän välittää tärkeää tietoa potilaan tilasta paikalle saapuvalla ensihoitoyksikölle. Työturvallisuuslain perusteella poliisin tilannejohtajan tulisi pyytää hätäkeskusta lähettämään ensihoitoyksikkö mukaan vaativalle tehtävälle. Jos riskinä on, että poliisi joutuu käyttämään äärimmäistä voimakeinoa eli ampuma-asetta, ensihoitoyksikkö tulee pyytää valmiiksi paikalle oikeusturvan vuoksi. (Castren 2012, 111.)

Itä-Suomen poliisin toiminta-alueeseen kuuluvat Etelä-Savon, Pohjois-Karjalan ja Pohjois-Savon alueet. Pääpoliisiasema sijaitsee Kuopiossa. Tämän lisäksi poliisiasemia on 16 eri paikkakunnalla: Juva, Mikkeli, Mäntyharju, Pieksämäki, Savonlinna, Ilomantsi, Joensuu, Kitee, Lieksa, Nurmes, Outokumpu, Iisalmi, Juankoski, Siilinjärvi, Suonenjoki ja Varkaus. (Poliisi 2015.) Kostamon (2015) mukaan Pohjois-Karjalan alueella kenttätöitä tekeviä poliiseja on tällä hetkellä noin 80. Putkanvartijoina työskentelee 14 henkilöä, joista 4 Nurmeksessa. Vartjoilla on vartijan peruskoulutus, joka sisältää ensiapukoulutusta EA1:n verran.

Haastattelussa selvitimme poliisien sekä vartijoiden ensiaputaidot. Molemmilla oli EA1 ja päivitykset 3 vuoden välein. Lisäksi työpaikkakoulutuksena yksikkökohtaisesti hätäensiapu. Mårdin (2015) mukaan aikaisemmassa poliisikoulussa ensiaputaitojen opettaminen oli hyvin vähäistä. Koska poliisit ovat usein paikalla tilanteissa, joissa asiakkaan terveydentilaa joudutaan arvioimaan nopeasti, mielestämme olisi tärkeää, että poliisin koulutus sisältäisi ensiapukoulutusta enemmän. Myös vartijat kohtaavat työssään samankaltaisia tilanteita sekä ovat vastuussa asiakkaitten voinnista kiinnioton ajan, joten heidänkin olisi erittäin tärkeää hallita hyvät EA-taidot.

Poliisilakiin 2, 2§:ään perustuen, poliisilla on oikeus ottaa henkilö kiinni hänen itsensä hengen suojaamiseksi, jos hän ei ole itse kykenevä huolehtimaan itsestään tai on vaaraksi ympäristölle tai itselleen. Säilytyksen enimmäisaika on 24 tuntia kiinniottamisesta, ja henkilön on annettava poistua heti, kun säilöissäpitämisen tarvetta ei enää ole. (Tikkanen 2015, 26.) Mikäli kyseessä on alaikäinen, eikä henkilö tarvitse välitöntä sairaanhoitoa, hänet on viipymättä luovutettava joko huoltajalle, tai huoltajan puuttuessa lastensuojeluviranomaiselle. Päihtyneet henkilöt, jotka eivät aiheuta vaaraa muille käytöksellään, on toimitettava päihtyneiden selviämisasemalle, tai muuhun hoitopaikkaan, ellei päihtyneestä voida huolentia muutoin. Väkivaltaisesti käyttäytyvät tai siinä tapauksessa, että edellämainitun kaltainen hoitopaikka puuttuu, päihtyneet henkilöt on otettava säilöön poliisin säilytystilaan. Jos päihtyneen asiakkaan terveydentila vaatii terveydenhoidon ammattilaisten arviota, hänet on viipymättä toimitettava sairaalahoitoon tai kutsuttava paikalle ensihoitoyksikkö. Jos henkilön päihtymysaste on riittävän matala ja terveydentila hyvä, voi henkilön ottaa säilöön. Päihtynyttä on tarkkailtava säilöissäoloaikana, ja hänelle on tilanteen niin vaatiessa annettava tarpeenmukaista hoitoa. Päihtynyt on osaltaan velvollinen suostumaan tarpeenmukaisiksi todettuihin tutkimuksiin ja hoitoon. (Castren 2012, 159.)

Poliisin tiloissa säilytettävien kohtelua ohjaa säädetty, niin kutsuttu putkalaki. Lain 9 luvun 3 §:n mukaan säilöön otettu saadaan tarkastaa hänen turvallisuutensa takaamisen, järjestyksen turvaamisen sekä omaisuuden

suojelamisen takia. Tarkastuksessa on kiinnitettävä erityistä huomiota säilöön otetun henkilö mahdollisiin sairauksiin tai vammoihin. Vaikka henkilö ei itse toisi mahdollisia vammojaan esille, on poliisin hänet näiden varalta tarkistettava ennen säilöön sijoittamista. Henkilön turvallisuuden kannalta on oleellista, että pystytään erottamaan päihtymyksestä johtuvat oireet sairauksista tai sairauskohtauksista johtuvista oireista. Poliisin tulee aina määrittää ja selvittää henkilön tajunnantaso. Reagoimatonta, tajutonta henkilöä ei saa sijoittaa säilöön, vaan hänet tulee toimittaa asianmukaiseen sairaanhoitoon. Tajunnantason määrittämiseen perehdytään enemmän tämän opinnäytetyön somaattiset sairaudet osion alussa. Mikäli epäillään, että henkilöllä on mahdollisesti myrkytystila tai jostain vakavasta sairaudesta tai sairaskohtauksesta johtuvia oireita, on viipymättä kutsuttava paikalle ensihoitoyksikkö. Myös jos kiinniotettu henkilö vaatii itse hoitoon pääsyä terveydentilansa takia, hänet on sinne toimitettava. Säilöön sijoituksen jälkeen valvojan on tarkastettava säilöön otetun tila säännöllisesti. Erityisesti, mikäli henkilön tiedetään kaatuneen, mutta hänen terveydentilansa sekä tajunnantasonsa on ollut normaali, eikä näin ollen sairaanhoitoon toimittamista ole pidetty tarpeellisena, on kiinnitettävä erityistä huomiota henkilön terveydentilaan ja hänen tajunnantasonsa on tarkastettava useammin. (Tikkanen 2015, 35-37.)

Sosiaali ja terveysministeriö on antanut viralliset ohjeet päihtyneen akuuttihoitoon, ja sen järjestämiseen. Se velvoittaa osaltaan myös terveydenhoitohenkilökuntaa järjestämään päihtyneelle asianmukaisen hoidon tämän päihtymyksestä huolimatta. Ohjeen pääperiaatteissa todetaan, että päihtymys ei saa olla esteenä akuuttihoitoon tarpeen arviointiin tai hoidon järjestämiseen, eikä päihtymys saa estää henkilöä saamasta asianmukaista palvelua, hoitoa ja kohtelua. (Sosiaali ja terveysministeriö 2006.)

Koska poliiseilla ja putkan vartijoilla ei ole terveydenhoidon ammattiosaamista, tulisi panostaa heidän lisäkoulutukseensa. Näin ollen lisättäisiin heidän kykyään arvioida vapautensa menettäneiden terveydentilaa. Eräät sairauden oireet ovat helppo sekoittaa päihtymykseen, koska oireet voivat olla hyvin pitkälti samanlaisia. Koulutuksen avulla poliiseilla ja putkan vartijoilla olisi näinollen

paremmat valmiudet arvioida riskitilanteita, erottaa päihtymys ja sairaskohtaus toisistaan ja tarvittaessa osata toimittaa säilöön otettu terveydenhoidon ammattilaisten tutkittavaksi. (Tikkanen 2015, 25-37.)

#### **4.1 Poliisin ja terveydenhoitohenkilöstön yhteistyö**

Moniammatillisuudella tarkoitetaan eri alojen asiantuntijoiden yhteistyötä. Se on asiakaslähtöistä, ja siinä syntyy kokonaisvaltainen käsitys henkilön tarpeista, tilanteista ja tavoitteista. Henkilön asioista päätetään tasa-arvoisesti, ja vastuu tilanteesta jaetaan eri ammattiryhmien kesken. Hyvä ja moniammatillinen yhteistyö tekee asiakkaan hoidosta laadukasta ja tehokasta. Se on myös kustannustehokasta ja turvaa eri ammattilaisten tiedonsaannin hoidettavan henkilön asioissa. (Partanen ym. 2015, 230.) Jotta moniammatillinen tiimi toimii, jokaisen ryhmän jäsenen tulee arvostaa toisen ammattitaitoa, sekä huolehtia omasta osaamisestaan ja ammattitaidostaan. Hyvän lopputuloksen saavuttamiseksi, jokainen ryhmän jäsen toimii tasa-arvoisesti. Moniammatillisessa yhteistyössä korostuvat hyvät vuorovaikutustaidot. Sairaanhoidajan tulee osata toimia hoitotyön asiantuntijana moniammatillisessa tiimityössä. Hänen tulee osata tarvittaessa konsultoida eri hoitotyön ammattiryhmien asiantuntijoita, sekä kyetä toimimaan tarvittaessa myös itse konsultoitavana asiantuntijana. (Kotro & Parhiala 2015, 1-2.)

Ei ole vain yhtä ammattialaa, joka pystyisi hoitamaan ihmisten terveydelliset ja sosiaaliset odotukset ja tarpeet, tämän vuoksi on hyvä, että eri ammattikuntien asiantuntijat tekevät yhteistyötä. Hyvän moniammatillisen yhteistyön perustana on tehokas viestintä ja kommunikaatio. Mikäli viestinnässä ilmenee puutteita tai katkoksia, asiakkaan hoitoon voi tulla viivästyksiä, ja jopa potilasturvallisuus voi kärsiä. (Øvretveit 1995, 19, 229.) Poliisilla ja terveydenhoitohenkilöstöllä on omat perustehtävänsä, mutta sama toimintaympäristö ja usein samat asiakkaat. On yhteisiä tehtäviä ja virka-apupyynnöitä. Virka-apu on esimerkiksi vastarintaa tekevän henkilön toimittamista hoitoon, tai virka-apua pyytäneen tahon työrauhan turvaamista. Virka-avun antaminen, ja oikeus sen saamiseen perustuu lakiin. Virka-apu on äärimmäinen keino tehtävän suorittamiseen.

Suomessa vuonna 2015, poliisi avusti terveydenhuollon ammattilaista miltei 8000:lla tehtävällä. Poliisin ja terveydenhoitohenkilöstön yhteisillä tehtävillä on hyvin usein osallisena mielenterveysongelmat ja päihteet. (Uskali 2015, 3-4, 16.)

Poliisin ja terveydenhoitohenkilökunnan yhteistyö keskittyy pitkälti sairaalan ulkopuoliseen ensihoitoon ja akuuttityöhön. Törrösen (2015) mukaan yhteistyö on päivittäistä. Vuonna 2015 päihteiden aiheuttamia hälytyksiä ensihoidon puolelle tuli 272 kpl. Uuden hälytysohjeen mukaan kun ilmoitetaan humalaisesta hälytyskeskukseen, eikä asiakasta saada hereille, hälytetään kohteeseen ensin ensihoitoyksikkö ja he pyytävät tarvittaessa poliisin kohteeseen.

Kiinniottotiloissa vartijoilla on asiakkaan terveydentilan seuranta varten käytössään verensokerimittari, alkometri ja hengityspalje. Poliisiputkaan on tulossa myös defibrillaattori, mutta tarkkaa ajankohtaa sen tulosta ei ole vielä kuitenkaan tiedossa. Koulutuksesta ja perehdytyksestä laitteen käyttöön vastaa pelastuslaitos. (Enberg 2015.)

#### **4.2 Eettisyys poliisin ja sairaanhoitajan työssä**

Sekä poliiseille, että sairaanhoitajille on laadittu eettiset ohjeet ja toimintaperiaatteet. Nämä periaatteet ohjaavat heidän työtään ihmisläheisessä ammatissa. Molemmissa ammateissa tulee vastaan tilanteita joissa päätöksenteko on eettisesti haastavaa.

Sairaanhoitajille on laadittu eettiset ohjeet jotka ohjaavat heidän työskentelyään. Ohjeiden tarkoituksena on tukea sairaanhoitajien eettistä päätöksentekoa. Ohjeista tulee ilmi sairaanhoitajan perustehtävä yhteiskunnassa, sekä heidän työnsä periaatteet. Sairaanhoitajan tehtävänä on terveyden edistäminen, sen ylläpitäminen, sekä sairauksien ja kärsimyksien lievittäminen. Sairaanhoitaja on apuna ja tukena kaikenikäisten ihmisten elämäntilanteissa. Hoitaessaan sairaanhoitaja pyrkii tukemaan ja lisäämään ihmisten omia voimavaroja, sekä



mahdollisuuksien mukaan parantamaan elämänlaatua. Sairaanhoidaja on tukena yksilöille, perheille ja yhteisölle.

Sairaanhoidaja on vastuullinen toiminnastaan niille potilaille joita hän hoitaa. Hänen tehtävänä on suojella ihmiselämää, ja edistää yksilöiden hyvinvointia. Sairaanhoidajan tulee kohdata ihmiset arvokkaina yksilöinä ja luoda täten hoitokulttuuri, jossa huomioidaan yksilöllisesti potilaan arvot, tavat ja vakaumus. Sairaanhoidajan tulee kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta, ja tehdä potilaalle mahdolliseksi oikeus osallistua oman hoidon päätöksentekoon. Sairaanhoidaja on aina vaitiolovelvollinen, ja harkitsee milloin asioista voi keskustella muiden hoitoon osallistuvien kanssa. Sairaanhoidaja toimii empaattisesti, kuuntelee potilasta ja myötäelää potilaan tilannetta, ammatillisuutta unohtamatta. Koko hoitosuhteen perustana on avoin vuorovaikutus ja keskinäinen luottamus. Sairaanhoidaja on työssään oikeudenmukainen ja tasapuolinen, riippumatta potilaan kulttuurista, uskonnosta, rodusta, ihonväristä, sukupuolesta, iästä, äidinkielestä, poliittisesta mielipiteestä, yhteiskunnallisesta asemasta tai hoidontarpeesta.

Sairaanhoidaja on henkilökohtaisesti vastuussa tekemästään työstä ja tehtävistä. Hänen tulee arvioida sekä omaa, että muiden pätevyyttä suorittaessaan työtehtäviä, sekä delegoidessaan niitä muille. Sairaanhoidajan velvollisuus on jatkuvasti kehittää omaa ammattitaitoaan. Työyhteisössä sairaanhoitajat vastaavat työnlaadusta yhdessä.

Sairaanhoitajat toimivat kollegiaalisesti ja kunnioittavasti toisiaan kohtaan, ja tukevat toisiaan työssä jaksamisessa ja lisäkouluttautumisessa. He tekevät työtä moniammatillisessa työyhteisössä kunnioittaen sekä omaa, että muiden ammattiryhmien asiantuntemusta. Sairaanhoidajien vastuuseen kuuluu, että potilas saa eettisesti oikeanlaista hoitoa.

Sairaanhoidaja toteuttaa työtään kansallisella, sekä kansainvälisellä tasolla. Hän on tukena omaisten, ja muiden potilaan läheisten osallistuessa hoitoon. Hän ohjaa ja opastaa väestöä terveyttä koskevissa kysymyksissä, ja tekee yhteistyötä useiden eri vapaaehtois-, vammais- ja potilasjärjestöjen kanssa.

Kansainvälisesti työ on ammattitaidon- ja tiedon vaihtamista, sekä yhteistyön tekoa. Sairaanhoidajat edistävät samanarvoisuutta, yhteisvastuullisuutta ja suvaitsevaisuutta. (Sairaanhoidajaliitto 2015.)

Sosiaali- ja terveysalalla työskentelevät toimivat kunnioittavasti potilaitaan ja asiakkaitaan kohtaan. Ihmisarvon ja ihmisen kunnioittaminen ovat sairaanhoidajan työn eettisyyden perusta. Perusoikeudet, ihmisoikeudet, itsemääräämisoikeus sekä valinnanvapaus ovat ihmisarvon ja ihmisen kunnioittamisen perusta. Sairaanhoidajan täytyy työssään kunnioittaa potilaan lisäksi myös hänen omaisiaan ja läheisiään, ja kuunnella myös heidän toiveitaan ja tarpeitaan. Sairaanhoidajan ammattitaitoon kuuluu hyvä eettinen osaaminen. (Etene 2010, 5-6.)

Poliisiylijohtajan vahvistamat yhteiset arvot poliisin työhön ovat oikeudenmukaisuus, ammattitaito, palveluperiaate sekä henkilöstön hyvinvointi. Poliisimiehet antavat kirjallisen vakuutuksen, jonka tarkoituksena on selventää ja auttaa sisäistämään poliisin arvot ja hyvät toimintatavat joita heiltä vaaditaan. Valassa poliisit lupaavat kykyjensä sekä taitojensa mukaan käyttäytyä aina ja kaikissa tilanteissa poliisin arvolle sopivalla tavalla, kunnioittaa ihmisarvoa ja oikeuksia, käyttää valtuuksiaan lainsäädösten mukaan, noudattaa käskyjä ja kohdata ammattiin liittyvät mahdolliset vaaratilanteet, toimia avoimesti ja edistäen sovinnollisuutta, käyttäytyä auttavaisesti, rehdisti ja vahvistaen ammatillista yhteishenkeä. Vakuutus sisältää myös lupauksen olla oikeudenmukainen, sekä toimia työyhteisön parhaaksi. (Poliisi 2015.)

## **5 Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävä**

Opinnäytetyömme tarkoituksena on vahvistaa poliisien ja putkan vartijoiden osaamista heidän kohdatessaan työssään sekavan henkilön ja olla apuna asiakkaan terveydentilan arvioinnissa. Tehtävänä on tuottaa opas Itä-Suomen poliisilaitoksen poliiseille sekä poliisiputkan vartijoille. Opas tullaan sijoittamaan mahdollisesti partioautoihin sekä poliisiputkaan.

## 6 Opinnäytetyön menetelmälliset valinnat

Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on käytännön työssä toimivien opastaminen ja ohjeistaminen. sekä työelämän kehittäminen. ( Vilkka ym. 2003, 9). Tuotoksen kohderyhmänä voi olla joko työyhteisö tai organisaatio. (Kankkunen, Vehviläinen & Julkunen 2013, 44).

Opinnäytetyömme toteutustavaksi valitsimme toiminnallisen opinnäytetyön. Toimeksiantajamme Itä-Suomen poliisilaitos toivoi A5 kokoista opasta, joka mahdollisesti sijoitetaisiin poliisiputkaan ja partioautoihin. Oppaan toteuttaminen sopi suunnitelmiimme hyvin.

Toiminnallinen opinnäytetyö on vaihtoehto tutkimukselliselle opinnäytetyölle ammattikorkeakouluopinnoissa. Se voi olla käytännön työhön suunnattu ohje, opastus tai ohjeistus, kuten esimerkiksi perehdyttämisopas. Se on kuitenkin aina konkreettinen tuote, joka on tuloksena toiminnallisesta opinnäytetyöstä. Toteutustapana voi käyttää esimerkiksi opaslehtistä, tapahtumaa tai koulutusta. Myös toiminnallisen opinnäytetyön tulisi olla riittävällä tasolla tutkimuksellisella asenteella toteutettu. Toimeksiantajan merkitys toiminnallisessa opinnäytetyössä on suuri, tällöin opinnäytetyö palvelee työelämää. (Vilkka & Airaksinen 2003, 9-16.)

Aineistohaun luotettavuuden varmistamiseksi käytimme apuna Karelia ammattikorkeakoulun kirjastopalveluiden informaattikko Kirsi Monosta, näin varmistimme oikeiden ja luotettavien tietokantojen käytön. Aineistohaussa käytimme tietokantoja kuten Cinahl, Ebsco, Theseus, Nelliportaali, Joel, Medic, Melinda ja Terveysportti.

Opinnäytetyössämme sovelsimme muunmuassa Duodecimin julkaisua ”Millainen on hyvä potilasohje”, koska selkeän oppaan sekä potilasohjeen pääperiaatteet ovat samat.

Ohjeet ja neuvot tulevat olla perusteltuja, ja oppaan ulkoasu tulee olla helposti luettava ja selkeä. Opas on hyvä jakaa otsikoin selkeäksi. Pääotsikko kertoo

tekstin sisällön ja väliotsikko tarkentaa asian. Tärkeintä on, että ohje on kirjoitettu kohderyhmän tarpeisiin ja heidän tietotaito tasonsa huomioonottaen. Jos opas on tarkoitettu maallikoille, se on kirjoitettu maallikkokielellä, eikä sisällä vaikeita lääketieteen termejä. Jos ohjeessa on kuitenkin välttämätön käyttää lääketieteen termejä, ne on hyvä suomentaa. (Hyvärinen 2005, 1769-1772.) Työelämässä tulee tilanteita, jolloin tarvitaan avuksi ohjeistavia tekstejä. Useinkaan opastava ja suullinen perehdyttäminen eivät riitä, vaan saatavilla on hyvä olla ohje tai opas, josta voi tarvittaessa tarkistaa tietoja. (Mattila, Ruusunen & Uola 2006, 185). Opas pyritään kirjoittamaan mahdollisimman lyhyesti ja kirjoituskielen on oltava selkeää. Oppaassa käytettävien termien on oltava yksiselitteisiä, ymmärrettäviä tai niiden tarkoitus on avattava lukijalle. Tarvittaessa havainnollistavat kuvat on sijoitettava selkeästi tekstin lomaan. Oppaan ulkoasussa on hyvä kiinnittää huomiota tekstinasetteluun. Tekstin on oltava riittävän isoa ja selkeästi jäsenneltyä. Tärkeät kohdat korostetaan, ja otsikoissa käytetään tarvittaessa numerointia ja tekstissä väliotsikoita. (Mattila ym. 2006, 187.)

## **7 Luotettavuus ja eettisyys**

Laadullisen opinnäytetyön kriteereitä ovat uskottavuus, vahvistettavuus, reflektiivisyys ja siirrettävyys. (Kylmä & Juvakka 2007, 127). Prosessiin kuuluu myös luotettavuuden ja eettisyyden arviointi. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 73).

Uskottavuus tarkoittaa tutkimuksen ja tutkimustulosten oikeiksi ja luotettaviksi, eli uskottaviksi osoittamista. Työn uskottavuutta voidaan lisätä keskustelemalla aiheesta asiantuntijoiden kanssa. (Kylmä ym. 2007, 128.) Opinnäytetyössämme uskottavuutta osoittaa se, että olemme keskustelleet aiheesta alan asiantuntijoiden kanssa. Opinnäytetyön prosessin aikana tapasimme toimeksiantajapuolen ohjaajaa, ja pyysimme häneltä palautetta työllemme. Ylikomisario Vesa Kostamo tarkisti työmme asiasisällön oikeellisuuden poliisin näkökulmasta. Oppaan sisällön suunnittelimme toimeksiantajan kanssa yhdessä, ja otimme huomioon erityisesti toimeksiantajien tarpeet ja toiveet. Toiveita liittyen oppaan sisältöön, kysyimme prosessin aikana sekä putkan, että

partiopoliisien puolelta. Aluksi suunnitelmissamme oli tehdä palautekysely toimeksiantajalle työn jälkeen, se olisi nostanut työn arvoa huomattavasti, mutta aikataulullisesti huomasimme sen toteutuksen olevan mahdotonta. Kysyimme palautetta toimeksiantajalta säännöllisesti prosessin aikana, ja muokkasimme työtämme palautteen mukaan. Valmiin oppaan asiasisällön tarkisti ensihoidon vastuuopettaja, Lehtori Sami Arola.

Vahvistettavuus liittyy olennaisesti koko prosessiin. Se edellyttää prosessin kirjaamista siten, että prosessin kulkua voidaan seurata kokonaisuudessaan. Muistiinpanot haastattelutilanteista, menetelmällisistä ratkaisuista, sekä omista ajatuksista ovat tukena kirjoituksen ajan. (Kylmä ym. 2007, 129.) Olemme kirjoittaneet koko opinnäytetyön prosessin ajan päiväkirjaa, johon olemme merkinneet haastatteluajankohdat, aikataulun, omat tapaamisemme, opinnäytetyön ohjaustapaamiset ja haastattelujen sisällöt.

Reflektiivisyys osoittaa, että työn tekijä on tietoinen omasta tietotaidostaan ja työstään. Työstä on tultava ilmi tekijöiden kiinnostus aiheeseen. (Kylmä ym. 2007, 129). Pohtiessamme putkakuolemia, aihe lähti liikkeelle. Mietimme kuinka voisimme työstää selkeän oppaan, joka voisi olla apuna poliisien sekä poliisiputkan vartijoiden kohdatessaan työssään sekavan asiakkaan, joiden tila ei aina johdu päihteistä. Oma mielenkiintomme kohdistuu akuutti- sekä mielenterveystyöhön, ja nämä osaltaan tukevat hyvin opinnäytetyön kirjoittamista. Aihe koettiin toimeksiantajan puolelta mielenkiintoisena ja tärkeänä, koska poliisi kohtaa työssään näitä tilanteita usein. Prosessin aikana tuli ilmi, että nämä tilanteet ovat vielä yleisempiä putkan vartijoille, jotka usein tarkkailevat asiakkaan tilaa kauemmin. Poliisi ja terveydenhoitohenkilökunta tekevät usein yhteistyötä näissä tilanteissa, joten selkeät ohjeet ovat avuksi.

Siirrettävyys puolestaan tarkoittaa sitä, että työssä saadut tulokset ovat siirrettävissä ja käytettävissä muissa tilanteissa. Työssä kohderyhmä, ja sen ympäristö on kuvattava riittävän yksityiskohtaisesti, jotta työn lukija voi arvioida sen tulosten siirrettävyyttä. (Kylmä ym. 2007, 129.) Työssämme kuvaamme kohderyhmän ja ympäristön tarkasti sekä yksityiskohtaisesti. Siirrettävyys työllämme tarkoittaa oppaan käytettyvyyttä sekä putkassa että partioautoissa.

Toiminnallisessa opinnäytetyössä arvo ei määrity lähteiden määrän perusteella, vaan tärkeämpää on lähteiden soveltuvuus ja laatu. (Vilkkä ym. 2003, 76).

Luotettavuus, eli reliaabelius tarkoittaa tulosten tarkkuutta antaa mahdollisimman tasalaatuisia tuloksia. (Vilkkä 2015, 194).

Primäärilähteiden, eli alkuperäisten julkaisujen ensisijainen käyttö on suositeltavaa. Koska sekundääri- eli toissijaisen tiedonlähteen käyttö on alkuperäisen tiedon omakohtaista tulkintaa. Se lisää riskiä alkuperäisen tiedon muuttumiseksi. (Vilkkä ym. 2003, 73.) Luotettavuutta opinnäytetyössämme osoittaa, että lähteet on valittu lähdekriittisesti ja ne on osoitettu luotettaviksi. Tavoitteenamme oli käyttää primäärilähteitä, sekä näyttöön perustuvia julkaisuja mahdollisimman paljon. Luotettavuuden kannalta tiedonhaussa emme käyttäneet montaa ennen vuotta 2000 julkaistua teosta tai muuta lähdeä. Tiedonhaussa hakusanoina käytimme muun muassa: alkoholi, huumeet, päihteet, poliisin työ, sekavuus, ensiarviointi, päänvammat, somaattiset sairaudet, ensihoito ja lait. Tietoa etsimme alan kirjallisuudesta, terveystieteistä, opinnäytetöistä sekä pro gradu tutkielmista. Lisäksi teimme asiantuntijahaastatteluja.

Tutkimuksen eettisyys on myös opinnäytetyön ydin. Opinnäytetyössä tutkimusetiikka luetaan normatiiviseksi etiikaksi. Se vastaa kysymykseen mitkä ovat oikeat eettiset säännöt. Kahdeksan eettisen vaatimuksen avulla työn tekijä saa hyvän pohdintaperustan aiheelle. Vaatimuksia ovat älyllisen kiinnostuksen vaatimus, joka osoittaa että tekijän on oltava valmis ja kiinnostunut hankkimaan uutta informaatiota. Tunnollisuuden vaatimus, tekijä paneutuu tunnollisesti työhönsä, jotta hankittu informaatio olisi mahdollisimman luotettavaa. Rehellisyyden vaatimus, tekijä ei saa syyllistyä vilppiin eikä käyttää plagiointia. Vaaran eliminoiminen, mikäli riskinä on kohtuuttoman vaaran tai vahingon aiheutuminen, sen tekemisestä tulee pidättäytyä. Ihmisarvon kunnioittaminen, työn tulee kunnioittaa ihmisarvoa yleisesti, eikä saa loukata kenenkään moraalista arvoa. Sosiaalisen vastuun vaatimus, tekijän tulee huolehti että tietoa käytetään eettisesti oikein. Ammatin harjoituksen edistäminen, tekijän on toimittava siten, että edistää tutkimuksen tekemisen mahdollisuuksia. Sekä viimeisenä kollegiaalinen arvostus, joka osoittaa, että tekijöiden tulee suhtautua

toisiinsa arvostavasti, ja kunnioittaa toisen osaamista. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2013, 211-212.)

Oleellinen seikka eettisyyden kannalta on plagioinnin välttäminen. Plagioinnilla tarkoitetaan toisen kirjoittaman tekstin siirtämistä sellaisenaan omaan työhön. Myös lähdemerkintöjen on oltava merkittynä viitteisiin ja lähdeluotteloon. (Vilka ym. 2003, 73, 78.) Plagiointi voi olla myös puutteellista ja epämääräistä viittaamista lähteeseen, se on myös laitonta. (Hirsjärvi, remes & Sajavaara 2009, 122). Olemme noudattaneet näitä kahdeksaa kohtaa prosessin aikana hyvin. Lähteiden merkitsemiseen olemme käyttäneet Karelia Amk opinnäytetyön ohjetta, ja tietoperustaa olemme kirjoittaneet omin sanoin, plagiointia välttäen.

## **8 Aikataulu ja rahoitus**

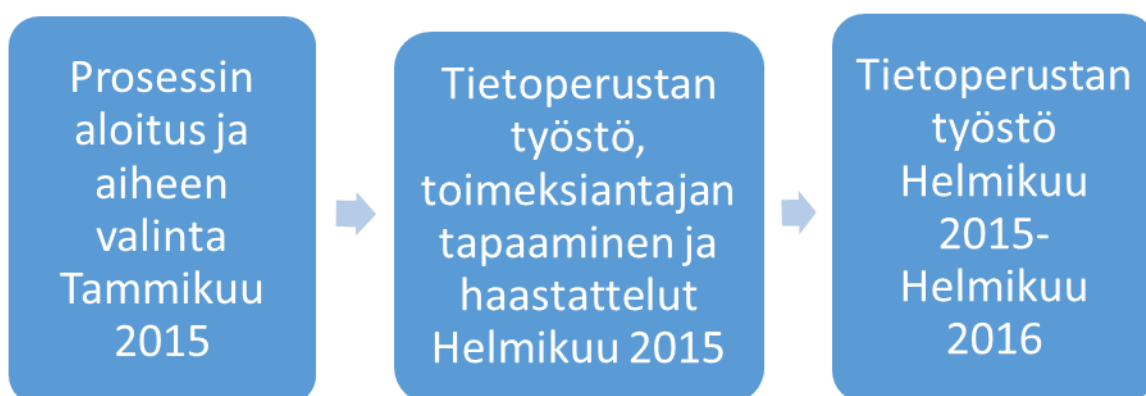
Aloitimme opinnäytetyömme aihevalinnalla ja suunnitelmalla tammikuussa 2015. Otimme yhteyttä mahdolliseen toimeksiantajaan eli Itä-Suomen poliisilaitokseen, josta saimme yhteyshenkilöksi ylikomisario Vesa Kostamon. Vesa Kostamon tapasimme 11.2.2015 poliisilaitoksella, ja mukana tapaamisessa oli vartija Harri Enberg. Teimme tapaamisessa toimeksiantosopimuksen.

Lähdimme työstämään tietoperustaa ja työn viitekehystä helmikuussa 2015, jonka jälkeen olemme tavanneet säännöllisesti, ja työstäneet tietoperustaa välillä helmikuu-elokuu. Elokuussa 2015 lähetimme sähköpostia ensihoidon kenttäjohtajalle Kari Törröselle ja sovimme hänen kanssaan haastatteluajan. Samana päivänä, 16.8.2015, lähetimme sähköpostia myös Vesa Kostamolle ja kysyimme sopivaa haastattelu-aikaa poliisipartiolle ja putkan vartijoille. 4.9.2015 lähetimme kysymyksiä aiheesta ja ensihoidon näkökulmaa Kari Törröselle. 16.9.2015 haastattelimme jälleen ylikomisario Vesa Kostamaa, vartija Harri Enbergia ja vanhempaa konstaapelia Kari Mårdia. Tuolloin toimitimme myös ensimmäisen raakaversioiden työstämme toimeksiantajapuolen ohjaajalle ja putkan vartijoille luettavaksi. He lupasivat lukea työn, tehdä siihen mahdollisia

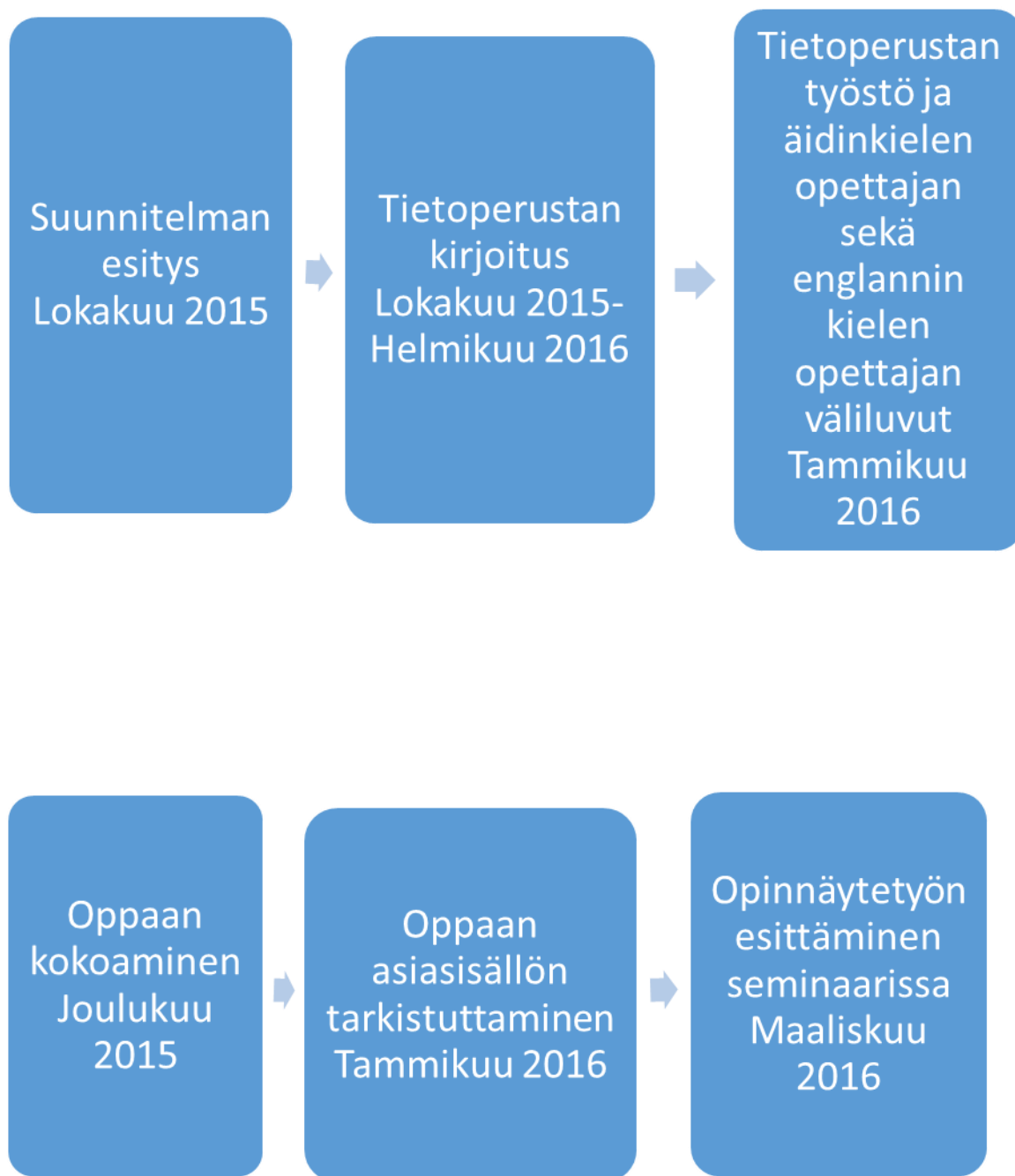
korjausehdotuksia ja lähettää työn takaisin meille. Ohjaajamme tarkisti työn sisällön oikeellisuuden poliisien näkökulmasta. 12.10.2015 saimme sähköpostiin toimeksiantajapuolen muutosehdotukset, jotka koskivat poliisia ohjaavien lakien pykälää. 29.10.2015 esitimme opinnäytetyön suunnitelman ja saimme sen hyväksytysti läpi. Loppuvuodesta työ ei edistynyt suunnitelmien mukaan, koska yhteistä aikaa verottivat työt ja työharjoittelut. Joulukuussa 2015 aloitimme oppaan hahmottelun ja teimme oppaalle pohjan.

Tammikuussa 2016 työstimme opasta ja lisäsimme tietoperustaa työhön. Lähetimme oppaan toimeksiantajallemme luettavaksi ja kommentoitavaksi, josta saadut kommentit lisäsimme pohdintaan. Tämän jälkeen oppaan asiasisällön tarkisti Lehtori Sami Arola. Esitämme työme opinnäytetyön seminaarissa 4.3.2016.

Rahoitusta opinnäytetyömme ei tarvitse, koska toimeksiantajalle ei tule työstä kustannuksia. Meille opinnäytetyön tekijöille, kustannuksia kertyi muun muassa matkakulut haastatteluihin ja tulostuspaperit. Ohessa kuvio opinnäytetyöprosessin etenemisestä.







Kuvio 1. Opinnäytetyöprosessin eteneminen.

## 9 Pohdinta

Opinnäytetyömme tarkoituksena on vahvistaa poliisien ja putkan vartioiden osaamista heidän kohdatessaan työssään sekavan henkilön ja olla apuna asiakkaan terveydentilan arvioinnissa. Tehtävänä oli tuottaa opas Itä-Suomen poliisilaitoksen poliiseille sekä poliisiputkan vartijoille. Opas sijoitetaan mahdollisesti partioautoihin sekä poliisiputkaan.

Kirjoitamme molemmat ammattikorkeakoulutasoista opinnäytetyötä ensimmäistä kertaa. Kirjoittamisen olemme kokeneet haasteellisena, koska emme kumpikaan koe olevamme omimmillamme kirjallisten töiden parissa. Haasteena on myös ollut yhteisen työskentelyajan löytyminen. Muut koulutehtävät ja harjoittelut ovat myös vieneet aikaa. Koska kuitenkin molemmat koimme aiheen erittäin mielenkiintoisena, työtä on ollut mukava viedä eteenpäin. Yhteistyömme on sujunut myös moitteettomasti.

Toimeksiantajan puolelta on noussut esille, että suurena puutteena Pohjois-Karjalan alueella on selviämisaseman puute. Kostamon (2015) mukaan noin puolet 3000:sta päihtyneenä putkaan toimitetusta kuuluisi vointinsa ja käyttöksensä puolesta putkan sijasta selviämisasemalle. Joensuun putkatiloista on varsinkin viikonloppujen aikana kova puute, kiinniottotiloja on 28 kpl. Kuormituksen vuoksi kiinniotettuja joudutaan sijoittamaan jopa 2-3 henkilöä samaan yhdelle hengelle mitoitettuun putkaan. Tämä puolestaan voi olla turvallisuusriski, koska kiinniotettujen välille voi syntyä erimielisyyksiä, mikä äärimmissydessään voi johtaa jopa pahoinpitelyihin. Jatkokehittelyideana työllemme olisi koulutuspäivä defibrillaattorin käyttöön, koska laite on tulossa putkaan lähiaikoina. Putkakuolemista voisi tehdä tilastollista tutkimusta, ja tutkia niihin johtaneita syitä. Tutkimus poliisien ja putkan vartioiden ensiaputaitojen ja tietojen riittävydestä olisi myös mielenkiintoinen, ja sitä voisi tarvittaessa jatkokehittää eteenpäin.

Poliisi ja terveydenhoitohenkilökunta tekevät paljon yhteistyötä, mutta tieteellistä näkökulmaa siitä löytyy melko vähän. Tästä asiasta lähteiden etsiminen oli

haastavaa, ja sovelsimme työssämme paljon poliisin, ensihoidon ja pelastustoimen yhteistyötä.

Oppaan kokoaminen ja muotoilu osoittautui hankalammaksi kuin alunperin ajattelimme. Apuna oppaan asetusten laatimisessa käytimme ystävää ja osaajia koulun puolelta, koska kummankaan atk-aidot eivät olleet luotettavia.

## Lähteet

- Aalto, M., Alho, H., Kiianmaa, K. & Seppä, K. 2012. Huume- ja lääkeriippuvuudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2013. Kliininen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Castren, M., Aalto, S., Rantala, E., Sopanen, P. & Westergård, A. 2008. Ensihoidosta päivystyspoliklinikalle. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy.
- Castren, M., Helveranta, K., Kinnunen, A., Korte, H., Laurila, K., Paakkonen, H., Pousi, J. & Väisänen, O. 2012. Ensihoidon perusteet. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- Castren, M., Kinnunen, A., Paakkonen, H., Pousi, J., Seppälä, J & Väisänen, O. 2009. Ensihoidon perusteet. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- Castren, M., Kinnunen, A., Kurola, J., Lehtonen, J., Silfvast, T. & Nurmi, L. 1999. Ensivaste: Hätäensiapu ja ensiarvio. Helsinki: Oy Edita Ab.
- Dahl, P. & Hirschovits, T. 2002. Tästä on kyse-tietoa päihteistä. Helsinki: YAD Youth Against Drugs ry.
- Enberg, H. Vartija. Itä-Suomen poliisilaitos. Haastattelu 16.9.2015.
- Etene. 2010. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. <http://etene.fi/documents/1429646/1559058/ETENE-julkaisu+32+Sosiaali-+ja+terveysalan+eettinen+perusta.pdf/13c517e8-6644-4fa5-8c5f-193cfdce9841>. 18.1.2016.
- Havio, M., Inkinen, M. & Partanen, A. 2008. Päihdehoitotyö. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Heinä, M. & Seppänen, N. 2009. Koulutuspäivä Kymenlaakson poliisilaitokselle psykiatrisen potilaan kohtaamisesta. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/5182/SeppanenHeina\\_NooraMaiju.pdf?sequence=1](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/5182/SeppanenHeina_NooraMaiju.pdf?sequence=1). 20.1.2016.
- Hernesniemi, J., Kaste, M., Kotila, M., Lepäntalo, M., Lindsberg, P., Palomäki, H., Roine, R. & Sivenius, J. 2007. Neurologia. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Huttunen, M. 2014. Sekavuustila (delirium). Terveysportti. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00357&p\\_haku=delirium](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00357&p_haku=delirium) .15.4. 2015.
- Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. Duodecim. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo95167.pdf>. 20.4.2015.
- Irtihuumeista.fi. Mistä tunnistan kokeilun ja käytön. [http://www.irtihuumeista.fi/tietoa\\_ja\\_tukea/tunnista\\_ja\\_toimi/kokeilun\\_ja\\_kayton\\_merkkeja/ulkoisen\\_olemuksen\\_muutoksia](http://www.irtihuumeista.fi/tietoa_ja_tukea/tunnista_ja_toimi/kokeilun_ja_kayton_merkkeja/ulkoisen_olemuksen_muutoksia). 17.5.2015.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen- Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kiianmaa, K., Salaspuro, M. & Seppä, K. 2003. Päihdelääketiede. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

- Koponen, L. & Sillanpää K. 2005. Potilaan hoito päivystyksessä. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Korte, H. & Myllyrinne, K. 2012. Ensiapu. Espoo: Wellprint.
- Kostamo, V. Ylikomisario. Itä-Suomen poliisilaitos. Haastattelu 16.9.2015.
- Kotro, I. & Parhiala, E. 2015. Moniammatillinen yhteistyö hoitotyössä. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/99253/Kotro\\_lina\\_ja\\_Parhiala\\_Emmi.pdf?sequence=1](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/99253/Kotro_lina_ja_Parhiala_Emmi.pdf?sequence=1). 20.1.2016.
- Kuisma, M., Holmström, P. & Porthan, K. 2009. Ensihoito. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Kälviäinen, R., Ansakorpi, H., Flander, S., Immonen, A., Keränen, T., Kivistö, J. & Peltola, J. 2014. Epilepsiat (aikuiset). Duodecim 130,748-749. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo11569.pdf>. 13.11.2015.
- Lahtela, J., Lopes, S. & Saukkonen, T. 2015. Diabetes, insuliinihoito ja lievät hypoglykemiat. Suomen yleislääkärit . 5,25. <https://www.lukusali.fi/#/reader/4dcbd936-5072-11e5-b3eb-00155d64030a>. 13.11.2015.
- Laurila, J. 2012. Delirium. Duodecim 128, 642-647. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo10163.pdf>. 13.11.2015.
- Leskinen, E. & Niiranen, E. 2015. Huumeiden käyttäjän ensihoito. Karelia-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/97693/Oppparipdf.pdf?sequence=1>. 20.1.2016.
- Mattila, H., Ruusunen, T. & Uola, K. 2006. Viestinnän työkaluja AMK-opiskelijalle. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Meretoja, A. 2012. Aivohalvaus-kallis kansansairautemme. Duodecim 128,139-146. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo10040.pdf>. 13.11.2015.
- Mustajoki, P. 2015. Aivohalvaus(aivoinfarkti ja aivoverenvuoto). Duodecim. [www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00001&p\\_haku=aivoverenkierto](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00001&p_haku=aivoverenkierto). 18.1.2016.
- Mustajärvi, P. 2015. Alhainen verensokeri (hypoglykemia). Terveysportti. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00886](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00886). 15.4.2015.
- Mård, K. Vanhempi konstaapeli. Itä-Suomen poliisilaitos. Haastattelu 16.9.2015.
- Nelimarkka, L. & Arola, O. 2012. Ketoasidoosin hoito. Lääkärilehti 1, 33-38. [www.fimnet.fi/tietopalvelu.karelia.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000036882](http://www.fimnet.fi/tietopalvelu.karelia.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000036882). 8.1.2016.
- Noppiari, E., Kiiltomäki, A. & Pesonen, A. 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.
- Partanen, A., Holmberg, J., Inkinen, M., Kurki, M. & Salo-Chydenius, S. 2015. Päihdehoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Perttula, M. 2013. Tunnista psykoosi. Tehy-lehti. <http://www.tehy.fi/tehy-lehti/2013/9-2013/tunnista-psykoosi/>. 20.4.2015.
- Pitkälä, K. 2015. Vanhuksen sekavuustila-alidiagnosoitu ja huono ennusteinen oireyhtymä. Duodecim 112,6. [http://duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p\\_p\\_id=Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet&viewType=viewArticle&tunnus=duo60108&dlehtihaiku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku\\_p\\_auth=](http://duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&viewType=viewArticle&tunnus=duo60108&dlehtihaiku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_auth=). 15.11.2015.

- Poliisi. 2015. Poliisin eettinen vala.  
[https://www.poliisi.fi/tietoa\\_poliisista/poliisin\\_eettinen\\_vala](https://www.poliisi.fi/tietoa_poliisista/poliisin_eettinen_vala).  
27.9.2015.
- Poliisilaki. 1/2011. 24.8.2015
- Purcell, L., Kissick, J. & Rizos, J. 2013. 185.11. Canadian medical association journal. Concussion.  
[www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3735747/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3735747/). 21.1.2016.
- Päihdelinkki. 2010. Kannabis.  
<http://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/pikatieto/kannabis>.  
20.4.2015.
- Päihdelinkki. 2010. Alkoholi.  
<http://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/pikatieto/alkoholi>. 17.5.2015.
- Rintatalo, J. 2015. Muuntohuumeiden lyhyt historia Suomessa. Haaste-lehti  
3.11.2015.
- Rellman, J. 2013. "Rajuja aivotärähdyksiä" ei ole olemassakaan. Lääkärilehti  
11. [www.fimnet.fi/tietopalvelu.karelia.fi/cgi-cug-brs/artikkeli.cgi?docn=000039085](http://www.fimnet.fi/tietopalvelu.karelia.fi/cgi-cug-brs/artikkeli.cgi?docn=000039085). 11.1.2016.
- Roine, S. & Roine, R. 2015. TIA-milloin hoitoon? Lääkärilehti 39.  
[www.fimnet.fi/tietopalvelu.karelia.fi/cgi-cug-brs/artikkeli.cgi?docn=000043458](http://www.fimnet.fi/tietopalvelu.karelia.fi/cgi-cug-brs/artikkeli.cgi?docn=000043458). 8.1.2016.
- Saarelma, O. 2014. Aivovamma ja pään vammat (aikuiset).  
Terveysportti.[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_a  
rtikkeli=dlk00641&p\\_haku=aivovamma](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00641&p_haku=aivovamma). 15.4.2015.
- Sairaanhoitajaliitto. 2014. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet.  
[https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-  
kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/](https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/). 27.9.2015.
- Seppä, K., Alho, H. & Kiianmaa, K. 2010. Alkoholiriippuvuus. Hämeenlinna:  
Kariston kirjapaino Oy.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Päihtyneen henkilön akuuttihoito.  
[https://julkari.fi/bitstream/handle/10024/113845/URN%3aNBN%3afi  
-fe201504226779.pdf?sequence=1](https://julkari.fi/bitstream/handle/10024/113845/URN%3aNBN%3afi-fe201504226779.pdf?sequence=1) 31.8.2015.
- Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Tietoa eri huumeista.  
[https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/tyokalut/time-out-  
aikalisa-elama-raiteilleen/aikalisaohjaajien-  
materiaalipaketti/paihteet-ja-peliriippuvuus/huumeet/tietoa-eri-  
huumeista](https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/tyokalut/time-out-aikalisa-elama-raiteilleen/aikalisaohjaajien-materiaalipaketti/paihteet-ja-peliriippuvuus/huumeet/tietoa-eri-huumeista). 20.4.2015.
- Terveyskirjasto. 2015. Alhainen verensokeri (hypoglykemia).  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_a  
rtikkeli=dlk00886](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00886). Duodecim. 14.9.2015.
- Terveyskirjasto. 2015. Ohimenevä aivoverenkiertohäiriö (TIA).  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_a  
rtikkeli=dlk00591](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00591). Duodecim. 14.9.2015.
- Tikkanen, A. 2015. Putkakuolemat Suomessa. Tampereen yliopisto.  
Yhteiskunta- kulttuuritieteiden yksikkö. Pro gradu- tutkielma.  
[https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/97699/GRADU-  
1436189476.pdf?sequence=1](https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/97699/GRADU-1436189476.pdf?sequence=1) 24.8.2015.
- Törrönen, K. 2015. Ensihoidon kenttäjohtaja. Pohjois-Karjalan pelastuslaitos.  
Kysymyksiä ensihoidolle. [Laura.e.kortelainen@edu.karelia.fi](mailto:Laura.e.kortelainen@edu.karelia.fi).  
25.9.2015.

- Uskali, N. 2015. Terveystenhuollon ja poliisin yhteistyö.  
[www.hyksin.com/koulutus/HYKSin\\_vaarallinen\\_potilas\\_Uskali.pdf](http://www.hyksin.com/koulutus/HYKSin_vaarallinen_potilas_Uskali.pdf).  
18.1.2016.
- Ustundag, M.-H., Ibis, E-O., Yucel, A. & Ozcan, H. 2015. 310930. Case reports  
in psychiatry. Synthetic cannabis-induced mania.  
[www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4369931/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4369931/). 20.1.2016.
- Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. Juva: Bookwell Oy.
- Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.
- Øvretveit, J. 1995. Moniammatillisen yhteistyön opas. Helsinki: Hakapaino.



## OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

<b>Toimeksiantaja</b>	
Organisaation nimi:	ITÄ-SUOMEN POLYTEKNINEN
Toimeksiantajan edustaja:	JOHANNES POLYTEKNINEN / NESTA KOS
Osoite:	PL 95 B0101 JOHANNES
Puhelinnumero:	0215456200
Sähköposti:	

<b>Opiskelijan/opiskelijoiden tiedot</b>	
Koulutusohjelma:	Hoitotyön koulutusohjelma
Opiskelijanumero(t) ja nimi(et):	Laura Kortelainen 1300105, Sanna Kulppi 1300125
Puhelinnumero:	0504010218, 040-5680517
Sähköposti:	laura.e.kortelainen@edu.karelia.fi, sanna.h.kulppi@edu.karelia.fi



<b>Toimeksiannon kuvaus</b>	
Aihe	Asiakkaan kerv. tilan arvioiminen
Toteutusmuoto	Toiminnallinen opinnäytetyö
Aikataulu	kevät/syysk. 2015
Kustannusarvio ja kustannusvastuu	-

<b>Toimeksiantajan sitoumukset</b>	
Toimeksiantaja sitoutuu antamaan työlle ohjaajan	

<b>Opiskelijan sitoumukset</b>	
Vaihtolo, sitoutuu tekemään työn toimeksiantajalle	

<b>Opinnäytetyön ohjaus Karelia-amk:ssa</b>	
Ohjaaja(t):	Mikko Häkkinen

<b>Opinnäytetyön julkisuus</b>	
Opinnäytetyö on julkinen asiakirja ja se voidaan julkaista Theseus-verkkokirjastossa.	

<b>Allekirjoitukset</b>	
Päiväys 11.2.2015	Opiskelijan allekirjoitus ja nimenselvennys Laura Kortelainen LAURA KORTELAINEN Sanna Kulppi SANNA KULPPI
Päiväys 11.2.2015	Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus ja nimenselvennys 
Päiväys 11.3.2015	Opinnäytetyön ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys  Mikko Häkkinen



# **SEKAVAN ASIAKKAAN TERVEYDENTILAN ARVIOIMINEN**

**Opas poliiseille ja  
poliisiputkan vartijoille**

## Sisällysluettelo

Johdanto .....	3
Tajunnantaso .....	4
Yleisimmin sekavuutta aiheuttavat syyt .....	6
Somaattiset sairaudet.....	7
Aivoverenkiertohäiriöt.....	7
TIA kohtaus, eli ohimenevä verenkiertohäiriö .....	7
Aivohalvaus.....	8
SAV eli lukinkalvonalainen verenvuoto .....	8
Hypoglykemia eli alhainen verensokeri .....	11
Hyperglykemia eli korkea verensokeri.....	14
Epilepsia.....	16
Pään vammat/ aivotärähdys .....	18
Vanhusten sekavuus .....	22
Psyykkiset syyt.....	23
Päihteet (alkoholi ja huumausaineet).....	25
Delirium tremens eli juoppohulluus.....	27
Tajuttomuuskouristuskohtaus eli ns. viinakramppi	28
Alkoholiaistiharhat, eli alkoholihallusinaatiot.....	28
Myrkytystilat .....	29

## Johdanto

Opas on toteutettu sairaanhoitajaopiskelijoiden opinnäytetyönä Karelia-ammattikorkeakoulussa. Kokonaisuudessaan opinnäytetyö on luettavissa Theseus-julkaisuarkistossa ([www.theseus.fi](http://www.theseus.fi)). Opas on tarkoitettu poliiseille ja vartijoille, auttamaan heitä sekavan asiakkaan kohtaamisessa, ja tunnistamaan eri sekavuustiloja, sekä erottamaan akuutit sairaskohtaukset esimerkiksi päihteidenkäyttäjistä. Toimeksiantajanamme toimii Itä-Suomen poliisilaitos. Poliisit, sekä poliisiputkan vartijat kohtaavat työssään usein tilanteita, joissa asiakas käyttäytyy sekavasti ja terveydentilan ensiarviointi on haastavaa. Kokosimme oppaan, joka erotelee akuuteista traumoista, fyysisistä - sekä psyykkisistä sairauksista, ja päihteiden käytöstä aiheutuvat sekavuustilat. Oppaan käyttöoikeudet kuuluvat Itä-Suomen poliisilaitokselle.

## Tajunnantaso

Tajunnantasolla tarkoitetaan ihmisen tietoisuutta omasta itsestään ja ympäristöstään. Tajunnantason alentuessa merkittävästi henkilö on heräteltävissä vain voimakkaalla ärsytyksellä, kuten huudolla tai tuottamalla hänelle kipua. Henkilö ei vastaa puhutteluun kuin yksisanaisesti ja suppeasti ja hänellä voi ilmetä aistiharhoja, harhaluuloja tai harha-aistimuksia. Tajunnantason tästä edelleen alentuessa, seuraa tajuttomuus, jolloin henkilö ei ole heräteltävissä. Tajunnantason häiriöt on syytä ottaa vakavasti ja huomioida terveydentilaa arvioidessa.

**Tajunnan tasoa voit arvioida ja seurata seuraavilla keinoilla;**

- Jututa jokapäiväisistä asioista
- Kysy yksinkertaisia kysymyksiä, kuten: Missä ollaan/mikä päivä/mitä on tapahtunut
- Kysy perussairauksista ja mahdollisista lääkityksistä, sairastaako henkilö esimerkiksi diabetestä
- Huomioi, vastaako asiallisesti, onko puhe selvää
- Testaa, noudattaako henkilö yksinkertaisia käskyjä, esimerkiksi "kosketa nenääsi"
- Tarkentavia kysymyksiä voi esittää kuukaudesta/ presidentistä/ paikkakunnasta
- Ikäihmisen ollessa kyseessä, on otettava huomioon mahdolliset muistisairaudet

## Yleisimmin sekavuutta aiheuttavat syyt

Sekavuuden syyt voivat olla monenlaiset, esimerkiksi henkilön elimellinen sairaus, päihteiden käyttö, tai henkilön psyykkisen tilan järkkäminen. Sekava henkilö on usein levoton, hän voi olla tuskainen, ahdistunut, motorisesti ylivilkas ja keskittymiskyvytön. Henkilö voi myös olla väkivaltainen tai kokea erilaisia näkö- ja/tai kuuloharhoja. Yleisimmin sekavuuden aiheuttavat seuraavat sairaudet; Aivoverenkiertohäiriöt, aivotärähdys, verensokeritasapainon häiriöt, epilepsia, päänvammat, vanhusten sekavuus, juoppohulluus (delirium tremens), tajuttomuuskouristuskohtaus, alkoholiaistiharhat, päihteet ja myrkytystilat.

## Somaattiset sairaudet

### Aivoverenkiertohäiriöt

Yleisin häiriö on toispuolihalvaus, jonka yleisimmin aiheuttaa aivojen verisuonten tukos tai vuoto. Aivoverenkiertohäiriöpotilaat voidaan luokitella neljään päätyyppiin; TIA -potilas, aivoverenvuotopotilas, aivoinfarktipotilas ja SAV -potilas.

### TIA kohtaus, eli ohimenevä verenkiertohäiriö

Yleisiä oireita ovat;

- Yläraajojen toispuoleinen heikkous
- Toisen silmän näön hämärtyminen/ kaksoiskuvat
- Huimaus
- Nielemisvaikeudet
- Puutuminen
- Kohtaus on lyhyt, yleensä 2-15 minuuttia

## **Aivohalvaus**

**Oireina voivat olla;**

- Toispuoleinen käden tai jalan voimattomuus/ tunnottomuus
- Puheen puuroutuminen/ suupielen roikkuminen
- Vaikeutunut puhe- ja näkökyky
- Pahoinvointi
- Huimaus/ tajunnantason muutokset
- Nielemisvaikeudet
- Päänsärky

## **SAV eli lukinkalvonalainen verenvuoto**

**Oireita ovat;**

- Pahoinvointi ja oksentelu
- Voimakas päänsärky (kipu etenkin takaraivolla ja niskassa)
- Silmien valonarkuus ja niskajäykkyys



- Käsien puristusheikkous
- Mahdollisesti hankaluutta tuottaa puhetta
- Pupillit voivat olla laajentuneet
- Mahdollinen sekavuus

**Usein henkilö menettää tajuntansa vuoden yhteydessä melko nopeasti. Tila on hengenvaarallinen ja edellyttää nopeaa pääsyä erikoissairaanhoidon.**

**Aivoperäisissä tapahtumissa, tai niitä epäiltäessä on syytä hälyttää ensihoitohenkilöstö herkästi paikalle. Henkilö on asetettava koho-asentoon, ja hänen peruselintoimintojansa on tarkkailtava avun saapumiseen asti. Mikäli henkilö menettää tajuntansa, tarkistetaan hengitys ja sen ollessa kunnossa, laitetaan hänet kylkiasentoon, ja sen jälkeen tarkistetaan vielä että hengitys kulkee. Jos henkilö menee elottomaksi, aloitetaan peruselvytys, ohjeella 30:2.**

## **Hypoglykemia eli alhainen verensokeri**

Verensokeri on liian alhainen kun arvo on alle 4. Varsinaisesta hypoglykemiasta puhutaan silloin, kun verensokeritaso on alle 2,9.

### **Tyypillisiä alhaisen verensokerin oireita ovat**

- Hikoilu/ kalpeus/ vapina
- Ärtynisyys/ levottomuus/ äkkipikaisuus
- Puheen epäselvyys
- Huimaus/ päänsärky/ pahoinvointi/ näläntunne
- Sydämen tykytys/ näköhäiriöt

**Verensokerin laskiessa liian alas, seurauksena on kouristuksia, tajuttomuus, kooma ja pahimmassa tapauksessa kuolema.**

**Anna välittömästi sokeripitoista syötävää tai juotavaa, mikäli henkilö on tajuisaan ja pystyy itse syömään tai juomaan. Tajuttomalle henkilölle ei saa antaa mitään suuhun!**

**Mikäli henkilön tila ei kohennu noin 10  
minuutissa tai hän menee tajutto-  
maksi, kutsutaan ambulanssi paikalle.  
Tajuton henkilö käännetään kylkiasen-  
toon, tarkistetaan hengitys ja hänen ti-  
laansa tarkkaillaan.**



## Hyperglykemia eli korkea verensokeri

Tällöin vs. on yli 15.

### Oireita ovat

- Ärtynisyys/ sekava käytös
- Nopea pulssi
- Janon tunne
- Tajunnantason häiriöt
- Pahoinvointi/ oksentelu/ vatsakivut
- Hengityksessä lievä asetonin tuoksu

**Vakavimmillaan tila voi johtaa tajuttomuuteen, koomaan ja jopa kuolemaan. Ihmiset sietävät verensokeriarvoja yksilöllisesti, ja näin ollen hoitoon toimittaminen määräytyy henkilön tajunnantason mukaan.**

**Verensokeriarvojen ollessa huomattavan matalat/ korkeat, henkilön käytös voi muistuttaa erehdyttävästi humalatilaa!**

## **Epilepsia**

**Kohtauksen oireet voivat vaihdella suuresti;**

- Kouristelukohtaus kestää yleensä 1-2 min
- Yksittäisen raajan nykimistä
- Poissaolokohtaus
- Suusta voi tulla vaahtoa ja henkilö voi purra kielenensä
- Virtsanpidätyskyky yleensä pettää
- Ei reagoi ärsykkeisiin
- Ihonväri voi olla sinertävä



**Kouristusliikkeitä ei saa yrittää estää, mutta on huolehdittava siitä, että henkilö ei kolhi päätään tai muuten vahingoita itseään. Varmistetaan esteetön hengitys.**

**Kun kouristukset vähenevät, asetetaan henkilö kylkiasentoon. Jos kouristelu pitkittyy, tai jos kohtausta uusiutuu, kutsutaan lisäapua.**



## **Pään vammat/ aivotärähdys**

Yleisimmin aivovamman aiheuttaa liikenneonnettomuus tai pahoinpitely. Aivovamman oireet voivat vaihdella huomattavasti, hyvin lievistä vakaviin ja henkeä uhkaaviin. Lievä aivovamma on esimerkiksi aivotärähdys, tämä voi aiheuttaa henkilölle ohimenevän sekavuuden ja lähimuistin heikkenemisen.

### **Mahdollisia aivovamman oireita ovat;**

- tajunnan menetys (minkä tahansa pituinen)
- muistin menetys (koskee vammaa välittömästi edeltäviä tai seuraavia tapahtumia).
- ohimenevä tuntepuutos tai halvaus
- sekavuus
- näköhäiriöt
- puheen vaikeutuminen

**Henkilön tila on syytä tarkistuttaa terveydenhoito-  
henkilökunnan toimesta, mikäli;**

- ilmenee voimakkaita oireita, oksentelua
- on käytössä verta ohentava lääkitys, esim. Marevan
- henkilö asuu yksin, ja säännöllistä tajunnantason tarkkailua ei voida järjestää

**Päähän kohdistunut isku voi joskus  
aiheuttaa vuodon kallon sisällä. On  
tärkeää tietää, että oireet voivat ke-  
hittyä ja ilmetä viiveellä, muuta-  
masta tunnista viikkoihin.**

**Asiakkaan tilaa arvioidessa on aina  
tarkistettava mahdolliset ulkoiset  
vamman merkit!**

**Aivotärähdyksen yleisiä oireita ovat;**

- Tajunnan häiriöt
- Tasapaino- ja näköhäiriöt
- Mahdolliset muistihäiriöt
- Päänsärky
- Huimaus
- Sekavuus
- Pahoinvointi

**Aivotärähdyksen ollessa kyseessä, ei henkilöllä ilmene neurologisia puutosoireita.**

**Päänsä lyöneen henkilön omaisia on hyvä ohjeistaa tajunnantason tarkkailuun, myös yöaikaan!**

**Aivotärähdys voi aiheuttaa lyhyen tajuttomuuskohtauksen, eikä tästä vielä aiheudu aivokudosvauriota tai pysyviä vammoja.**

## **Vanhusten sekavuus**

Vanhusten sekavuuden aiheuttaa yleisimmin infektio, jokin lääkeaine tai lääkkeiden yhteisvaikutukset. Sekavuusoireet pahentuvat yleisimmin iltaa ja yötä kohti. Myös murtumat ja aivotärähdys voivat aiheuttaa sekavuutta ikäihmisillä. Heidän kanssaan toimiessa on otettava huomioon mahdolliset muistisairaudet, jotka voivat oireilla sekavana/ aggressiivisena käytöksenä.

**Vanhusten erinäisistä syistä johtuva sekavuus voi oireilla esimerkiksi;**

- näköharhoina
- tarkkaavaisuuden häiriöinä
- yleistilan laskuna
- puheen sekavuutena

## Psyykkiset syyt

Ihminen voi käyttäytyä sekavasti myös jostain psyykkisestä sairaudesta johtuen. Psyykinen sairaus ja siitä johtuva sekavuus näyttäytyy usein ajatuksen ja puheen hajanaisuutena, tai outona käytöksenä. Henkilöllä voi olla aistiharhoja, yleisimmin kuuloharhoja, ne ovat usein kommentoivia ja syyttäviä ja niissä esiintyy useampia henkilöitä. Lisäksi voi olla vainotuksi tulemisen tunnetta ja voimakasta ahdistusta. Skitsofrenia on psykoosimuodoista yleisin, muita syitä voivat esimerkiksi olla mania, depressio, aivokasvaimet tai vieroitusoireet.

**Psykoottista asiakasta kohdatessa omalla käytöksellä on suuri merkitys. On tärkeää olla rauhallinen, asiallinen ja pyrkiä järjestämään kohtaamiselle turvallinen ympäristö mahdollisuuksien mukaan. Psykoottista asiakasta ei saa jättää yksin.**



## **Päihteet (alkoholi ja huumausaineet)**

Päihteiden käytöstä johtuvat moninaiset oireet ja mahdollinen sekavuus voivat olla hyvin yksilöllisiä. Yli 2 promillen humalatilassa alkoholi alkaa vaikuttaa ihmisessä nukutuslääkkeen tavoin, jolloin kivun tunne häviää ja tajunnantaso heikkenee.

<b>Yleisimpien huumausaineiden käyttäjien tunnusmerkkejä</b>						
Huonot hampaat	Pisto jäljet	Nopea pulssi	Kiihtynyt/aggressiivinen käytös	Laajentuneet pupillit	Amfetamiini	
Euforia, ruokahalun lisääntyminen	Kannabiksen makea ominaishaju	Normaali syke	Raukeus/levottomuus/hilpeys/puheellisuus	Punoittavat silmät. Pupillit normaali tai laajentuneet, lasittunut katse	Kannabis	
Mahdolliset sydänoireet rintakivulla	Voi ilmetä pelokkuutta, pisto jäljet	Nopea syke	Kiihtyneisyys/ärtyneisyys/levottomuus/puheellisuus	Laajentuneet pupillit ja punoittavat valkuaiset	Kokaiini	
Mieliala voi vaihdella euforian ja ahdistuneisuuden välillä	Pisto jäljet	Hidas syke	Hyvänolon tunne/hidasliikkeys/levottomuus	Pistemäiset pupillit	Heroiini/opiaatit	
Kehon voimakas ylikuumeneminen	Hikoilu/vahvoina/pahoinvointi	Nopea syke	Hallusinaatioit/paaniikkitiilat	Laajentuneet pupillit	LSD	
Nestehukka	Pisto jäljet	Nopea syke	Ahdistuneisuus/aggressiivisuus/euforian tunne	Laajentuneet pupillit	Ekstaasi	

Pitkäaikainen alkoholin liikkakäyttö altistaa erilaisille vieroitusoireille, esimerkiksi:

### **Delirium tremens eli juoppohulluus**

**Tyypillisiä oireita ovat;**

- Sekavuus/ unettomuus
- Vapina/ sykkeen nousu
- Harhaisuus/ ärtyneisyys
- Lämpötilan nousu/ hikoilu/ kasvojen punoitus/ kalpeus
- Ripuli
- Levottomuus/ harhat

## **Tajuttomuuskouristuskohtaus eli ns. viinakramppi**

Kohtaus voi muistuttaa suurta epilepsiakohtausta tai olla lievempi siten, että pelkästään henkilön raajat tai kämmenet kouristavat. Kohtauksia tulee usein useampi peräkkäin ja kohtausta seuraa sekava, tokkurainen tila, jonka aikana henkilö ei muista tapahtunutta.

## **Alkoholiaistiharhat, eli alkoholihallusinaatiot**

Tyypillistä ovat kuulo- tai näköharhat. Näköharhat ovat usein pelottavia ja vääristyneitä, kuuloharhat liittyvät usein henkilön ympäristöön ja jokapäiväiseen elämään, naapureihin tai perheeseen. Äänet voivat voimistua ja olla syyttäviä. Tyypillisesti harhat alkavat vuorokauden kuluttua runsaan alkoholinkäytön lopettamiseen seurauksena ja kestävät noin viikon.

## Myrkytystilat

Tahallisesti tai tahattomasti nautittu liian iso annos lääkkeitä, alkoholia tai näitä molempia yhdessä voi aiheuttaa vakavan myrkytystilan. Alkoholimyrkytys vaatii sairaalahoitoa, mikäli henkilö ei ole heräteltävissä tai puhaltaa yli 3 %. Jos on syytä epäillä että henkilö on käyttänyt muita päihteitä tai lääkkeitä, alkometrilukema voi olla epäsuhdassa verrattuna tajunnantason.

**Myrkytystä epäiltäessä on tärkeää sel-**

**vittää mitä, kuinka paljon ja millä ta-**

**valla henkilö on aineen nauttinut.**

**Myös aineen ottamisesta kulunut aika**

**on oleellinen tieto.**

Sairaalahoitoon asiakas on syytä toimittaa, jos hänellä on näkyviä merkkejä päänvammasta, hänen epäillään käyttäneen korvikealkoholia, tai jos asiakas on oksentanut ja epäillään sen joutuneen hengitysteihin. Jos kyseessä on alaikäinen, syvästi tajuton, tai jos asiakkaalla havaitaan hengitysvaikeuksia, hänet toimitetaan viipymättä hoitoon.

**Mikäli on päädytty kutsumaan ensihoitohenkilöstö paikalle, asiakkaan tilaa tarkkaillaan jatkuvasti, jos henkilö menee tajuttomaksi, turvataan avoin hengitystie kääntämällä kylkiasentoon.**

**Jos henkilö menee elottomaksi, aloitetaan peruselvytys 30:2.**

Oppaan tekijät Laura Kortelainen ja Sanna Kulppi,  
Karelia-ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma.

Kuvat Clipartista

