

Ensiapu kertaust materiaali poliiseille

Henri Helle

12/2024

Opinnäytetyö / poliisi (AMK)

Tiivistelmä

TEKIJÄ:	Henri Helle
OPINNÄYTETYÖN NIMI:	Ensiapu kertausmateriaali poliiseille
OPINNÄYTETYÖN MUOTO:	toiminnallinen
JULKISUUSASTE:	julkinen
OHJAAJA:	Jussi Majanen, Miia Kinos
TUTKINTO:	poliisi (AMK)
SIVUMÄÄRÄ:	33
TARKASTUSKUUKAUSI JA -VUOSI:	12/2024
AVAINSANAT:	ensiapu, hätäensiapu, sairastuminen, tilanarvio, toiminnallinen

Tämä opinnäytetyö on tarkoitettu Poliisiammattikorkeakoulun poliisiopiskelijoille ja valmistuneille poliiseille. Opinnäytetyö on toteutettu toiminnallisena opinnäytetyönä. Työn tarkoitus on mahdollistaa ensiapukoulutuksen kertaus omatoimisesti liitteenä olevan Power Point produktin avulla.

Ensiapu on kansalaistaito ja poliisi on kansalaiselle näkyvänä viranomaisena monesti ensimmäisenä kohtaamassa sairastuneita ihmisiä. Kansalainen odottaa poliisin osaavan toimia myös ensiaputilanteissa.

Ensiaputaitojen kertaus on tarpeellista ja siksi tämä työ on ajankohtainen. Akuutti sairastuminen voi tapahtua missä ja milloin tahansa, jolloin ensiaputaitojen hallitseminen on erittäin tärkeää.

Poliisin tekemä hyvä ensiarvio ja ensiapu sairastuneen ihmisen kohdalla voi olla ihmishenkiä pelastavaa. Tämä lisää myös kansalaisen luottamusta poliisiin. Ensiavun antaminen voi tuntua haastavalta, mutta pienillä toimenpiteillä voi olla suuri merkitys. Tämän vuoksi ensiaputaitojen omatoiminenkin kertaaminen on hyvästä ja tällä opinnäytetyön produktilla on tarkoitus mahdollistaa se.

Työssä käsitellään potilaan systemaattinen tutkiminen cABCDE protokollaa hyödyntäen, sekä työ sisältää yleisimpiä sairaskohtauksia, joihin poliisi voi työssään törmätä: tajuttomuus, elottomuus, kouristukset, epilepsia, diabetes, vakava allerginen reaktio, alilämpöisyys ja myrkytykset.

Lisäksi materiaalin pohjalta on koottu liitteeksi Microsoft PowerPoint muotoinen produkti, joka on selkeä ja yksinkertainen kertausmateriaali.

Abstract

AUTHOR:	Henri Helle
TITLE OF THESIS:	First aid recap material for Police officers
TYPE OF THESIS:	functional thesis
PUBLICITY:	public
SUPERVISOR:	Jussi Majanen, Miia Kinos
DEGREE:	Bachelor of Police Services
NUMBER OF PAGES:	33
MONTH AND YEAR OF REVIEW:	12/2024
KEYWORDS:	first aid, illness, assessment, functional

This thesis is intended for police students at the Police University College and for police officers who have graduated. The thesis has been carried out as a practical project. The aim of the thesis is to enable a self-guided refresher course in first aid using the accompanying PowerPoint presentation.

First aid is a civic skill and the police as a visible authority is often the first to encounter individuals who are ill or injured. The public expects police officers to be capable of acting in first aid situations as well.

Refresher training in first aid is necessary which makes this thesis relevant. Sudden illness can occur anywhere at any time making it essential to have a solid understanding of first aid skills.

A good initial assessment and first aid by a police officer for an ill person can be lifesaving. This also enhances the public's trust in the police. Providing first aid can seem challenging, but even small actions can have a significant impact. For this reason, being able to refresh first aid skills independently is beneficial and the purpose of this thesis product is to make that possible.

The work discusses the systematic examination of a patient using the cABCDE protocol and includes the most common medical emergencies that police officers may encounter in their work: unconsciousness, cardiac arrest, seizures, epilepsy, diabetes, severe allergic reactions, hypothermia and poisoning.

Additionally a Microsoft PowerPoint presentation has been created as an appendix, which serves as a clear and simple review material.

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Aiheenvalinta ja suunnittelutyö	8
2.1	Toiminnallinen opinnäytetyö	8
3	Käsitteistö.....	11
3.1	Ensiapu.....	11
3.2	Hätäensiapu.....	11
3.3	Elvytys	11
4	Ensiarvio	13
4.1	c, catastrophic haemorrhage, massiivinen verenvuoto.....	13
4.2	A, airway, ilmatiet	13
4.3	B, breathing, hengitys	13
4.4	C, circulation, verenkierto.....	14
4.5	D, disability, tajunta	14
4.6	E, exposure, paljastaminen	14
5	Yleisimpiä sairaskohtauksia.....	16
6	Tajuttomuus.....	17
6.1	Tunnistaminen ja toimenpiteet.....	17
6.2	Huomioita.....	17
7	Elottomuus	18
7.1	Tunnistaminen ja toimenpiteet.....	18
7.2	Huomioita.....	19
8	Kouristukset.....	20
8.1	Tunnistaminen ja toimenpiteet.....	20
8.2	Huomioita.....	20
9	Epilepsia.....	21
9.1	Tunnistaminen ja toimenpiteet.....	21
9.2	Huomioita.....	21
10	Diabetes	22
10.1	Tunnistaminen ja toimenpiteet.....	22
10.2	Huomioita.....	23
11	Vakava allerginen reaktio eli anafylaksia.....	24
11.1	Tunnistaminen ja toimenpiteet.....	24
11.2	Huomioita.....	24
12	Alilämpöisyys eli hypotermia	25
12.1	Tunnistaminen ja toimenpiteet.....	25
12.2	Huomioita.....	26
13	Myrkytykset.....	27
13.1	Tunnistaminen ja toimenpiteet.....	27
13.2	Huomioita.....	28

14	Pohdinta	29
	Lähteet	31
	Liitteet.....	33

1 Johdanto

Ensiapu on jokaisen kansalaisen perustaito. Hätäensiavulla tarkoitetaan potilaan hengenpelastamiseksi annettavaa välitöntä ensiapua (Duodecim terveyskirjasto 2016). Nämä välittömät toimenpiteet pitävät sisällään potilaan hengityksen ja verenkierron turvaamista. Poliisi viranomaisena kohtaa ihmisiä niin kenttätyössä, kuin tutkinnassakin. Poliisina voi joutua monesti tilanteisiin, joissa on tarpeen osata antaa hätäensiapua ennen ensihoidon paikalle saapumista. Taito on tärkeä ja sitä on hyvä ylläpitää ja kerrata riittävin väliajoin. Poliisihallituksen antaman ohjeen (POL-2014-16909) mukaan poliisin voimankäyttövälineitä kantavan henkilöstön ensiapukoulutuksen vähimmäisvaatimus on Suomen Punaisen Ristin (SPR) EA1 taso, sekä Tactical Combat Casualty Care (TCCC) -valmennus (Poliisihallitus 2014). Jatkossa poliisin ensiapukoulutuksessa tullaan käyttämään Poliisihallituksen tekemää määräystä, jonka on tarkoitus tulla voimaan vuoden 2025 aikana. Se muuttaa nykyistä poliiseille suunnattua ensiapukoulutusta sisällöltään, mutta tämän opinnäytetyön tekemisen aikana määräys ei ollut vielä astunut voimaan.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa helppo ja selkeä kertauspaketti eli produkti ensiavun antamisesta ja erilaisten sairauskohtauksien tunnistamisesta. Keskustelin Itä-Suomen poliisilaitoksen Kuopion pääpoliisiaseman turvallisuuspäällikkö Mikko Turusen kanssa poliisilaitosten järjestämistä ensiapukoulutuksista. Turusen mukaan Itä-Suomessa ensiapukoulutukset järjestetään ulkoisen kouluttajan toimesta noin kolmen vuoden välein. Lisäksi kerran vuodessa järjestettävillä ryhmäkoulutuspäivillä kerrataan aina vuosittain jonkin tilanteen ensiapua. (Turunen 2024.) Tämän vuoksi produktin olisi tarkoitus olla helposti kerrattavissa omatoimisesti näiden välissä. Produkti tulee olemaan sähköisessä muodossa Microsoft Power Point- versiona. Aihe on käytännössä aina ajankohtainen. Sairastuminen ei katso aikaa, eikä paikkaa. Yhtä lailla kollega voi saada sairauskohtauksen kuin poliisin asiakaskin.

Aihe on mielenkiintoinen ja aiempi ammattini ensihoitajana ohjasi ajatusmallia opinnäytetyön aiheesta. Ehdin työskennellä ensihoitaja amk koulutuksella hoitotason ensihoitajana reilu kahdeksan vuotta. Noiden työvuosien aikana on ehtinyt kohdata useamman tuhatta potilasta erilaisilla ongelmilla ja sairauksilla. Itselle sairauskohtauksen saanut ihminen ja tämän kohtaaminen ja tilanarvio on aiemman koulutuksen ja kokemuksen kautta rutiininomaista, mutta poliisina ilman taustakoulutusta tilanteissa voi kokea helposti epävarmuutta. Työharjoittelun aikana nuorempana konstaapelina kenttätyössä tuli vastaan useampia asiakkaita, joiden kohdalla aiemmasta koulutuksesta ja kokemuksesta oli työssä hyötyä.

Poliisin antamasta ensiavusta on tehty aiempia opinnäytetöitä, mutta ne keskittyvät enemmän traumapotilaisiin. Hyvä esimerkkityö Poliisiammattikorkeakoulun opinnäytetöistä on Laaksosen & Palomäen ensiapuopas poliisikoulutuksen ensiapukoulutuksen tueksi vuodelta 2019. Kyseisessä työssä käsitellään jonkin verran samoja aiheita, kuin tässä opinnäytetyössä. Tämä opinnäytetyö keskittyy sairauskohtauksiin ja niiden tunnistamisiin, joita myös EA1- kursilla käydään läpi. Valitsin tässä opinnäytetyössä käsiteltävät sairaskohtaukset aikaisemman kokemuksen pohjalta ja koin niiden olevan tärkeitä ja palvelevan kohderyhmää parhaiten. Poliisin antama taktinen ensiapu rajautuu tästä opinnäytetyöstä pois. Itse opinnäytetyö tulee olemaan julkinen, eikä se sisällä salassa pidettävää materiaalia, joten opinnäytetyö ei vaadi tutkimuslupia.

Poliisiammattikorkeakoulussa ensiavun opetusta on opetussuunnitelmassa yhden opintopisteen verran. Opetus sisältää 28 tuntia lähiopetusta ja neljä tuntia itsenäistä opiskelua. Opintokokonaisuus sisältää:

- Ensiarvio ja potilaan tutkiminen
- Tavallisimmat sairauskohtaukset
- Taktinen hätäensiapu
- SPR EA 1:n suorittaminen. (Poliisin ammattikorkeakoulututkinto 2024–2026 opetussuunnitelma).

Mielestäni koulussa suoritettu EA- koulutus oli hyvä kertauspaketti itselleni, mutta mikäli aiempaa kokemusta ensiapuasioista ei juurikaan ole, niin asiaa on liikaa suhteessa tuntimäärään, joka aiheen käsittelyyn oli varattu. Keskustelimme luokkatovereiden kanssa näiden koulutusten jälkeen ja monen kokemus oli, että aiheesta sai vain pintaraapaisun. Etenkin käytännön harjoitteita voisi olla enemmän sekä itse teorian suorittamista.

2 Aiheenvalinta ja suunnittelutyö

Keskityn opinnäytetyössä yleisimpiin sairauskohtauksiin, niiden tunnistamiseen ja poliisin mahdollisuuksiin antaa niihin ensiapua. Käytän rajauksena ja tietosisältönä SPR EA 1 kurssin sisältöä sekä Poliisiammattikorkeakoulun ensiapuopetuksen sisältöä. Rajaan kuitenkin produktista poliisin taktisen hätäensiavun pois, sillä siitä on jo tehty opinnäytetöitä ja produktista tulisi muutoin liian laaja luettavaksi työvuorossa. Produktin tarkoitus on olla tiivis ja helposti lähestyttävä esimerkiksi kenttäpoliisille työvuoron aikana.

Sairastuneen ihmisen kohtaaminen on huomattavasti hankalampaa, kuin näkyvästi haavoittuneen, sillä sairastuminen ei välttämättä näy ulospäin. Sen vuoksi rajaan tästä opinnäytetyöstä esimerkiksi massiivit verenvuototilanteet, ampumavammat sekä lävistävät vammat pois. Niiden hoito ja tunnistaminen on yksinkertaisempaa ja niiden kohtaaminen on vähäisempää. Kyseiset tilanteet ovat toki välittömästi henkeä uhkaavia ja mikäli ensiaputoimenpiteitä ei tehdä nopeasti ihminen voi menehtyä.

Kuten aiemmin on todettu, ensiapukoulutusta järjestetään henkilöstölle muutaman vuoden välein. ”*Aikuisen oppiminen pohjautuu aiemmin opittuun ja eletyn elämän mukanaan tuoman kokemukseen, siksi aikuisen oppiminen tehostuu, jos uuden tiedon voi yhdistää ennestään tuttuihin asioihin*” (Holopainen 2007, 4). Monesti asioita oppii helpommin, kun käytännössä nähtyä ja koettua asiaa lukee jälkeensä kirjallisuudesta. Näin voi peilata omia havaintoja tilanteista ja yhdistää niitä ja samalla oppia.

Tutkimusongelmana tässä työssä on ensiapukoulutuksen vähäisyys suhteessa siihen, kuinka paljon poliisit kohtaavat työssään sairastuneita ihmisiä, joiden kohdalla tulisi osata tehdä riittävä tilanarvio, ensiapu ja lisäavun hälyttäminen. Kriittisesti sairastuneiden ihmisten kohdalla nopea ja oikea-aikainen apu on henkiä pelastavaa ja tämän vuoksi sairaskohtauksien nopea tunnistaminen on ensiarvoisen tärkeää. Tilanearvion tekeminen sairastuneen ihmisen kohdalla ei välttämättä vaadi alkuvaiheessa erityisiä mittareita. Katsomalla, kuuntelemalla ja tunnustelemalla saa hyvää tietoa sairastuneen tilanarvion tekemiseen.

Tilastokeskuksen (2022, 1–2) mukaan poliisi käytti vuonna 2021 pakkokeinoja 172 500 kertaa. Näistä pakkokeinoista yleisen järjestyksen ja turvallisuuden eli YJT poliisilakiperusteisia kiinnottoja oli 41587 kappaletta. Poliisin suorittamat kiinniotot voidaan jakaa pakkokeinolakiin ja poliisilakiin perustuviin kiinnottoihin. YJT kiinniotto tarkoittaa poliisilaki 1 § 1. mom. perustuvaa yleisen järjestyksen ja turvallisuuden vuoksi tapahtuvaa henkilön kiinnottoa. (Kuokkanen 2010, 14.)

Poliisin kiinniottamia henkilöitä kuolee vuosittain poliisin kiinniottotiloissa eli putkassa. Aiheesta on tehty tutkimuksia ja vuonna 2019 Roope Kiepilän tekemässä Poliisiammattikorkeakoulun opinnäytetyössä tulokset näyttivät, että putkakuolemat keskittyvät miessukupuoleen ja päihteiden käyttöön. Päihteiden käyttö näkyy poliisin suorittamissa kiinnitoissa, kun kiinniotoperusteista yleisin oli kiinniotto henkilön suojaamiseksi poliisilain perusteella (Kiepilä 2019.)

2.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Opinnäytetyön kirjoittamisen tavoite on kehittää ja syventää opiskelijan tietoja ja taitoja. Samassa yhteydessä työelämässä tarvittavat valmiudet, kuten tiedonetsintä, tietojen

soveltaminen, oman työn arviointi, sekä kirjallisen viestinnän taidot kehittyvät ja jopa syventyvät. (Haikansalo ym. 2024, 6.) Itselläni kirjoittamisen ja opinnäytetyön tekemisen taidot ehkä syvenivät, sillä minulla on aikaisempaa kokemusta opinnäytetöiden kirjoittamisesta.

Toiminnallista opinnäytetyötä voidaan kutsua myös tutkimukselliseksi opinnäytetyöksi, sillä toiminnallinen opinnäytetyö pyrkii tuottamaan ratkaisuja mahdollisiin käytännön ongelmiin, joten opinnäytetyötä voidaan käyttää sellaisenaan käytännön sovellutuksissa. Toiminnallisen opinnäytetyön yhteydessä korostuukin käytännön tiedon soveltaminen, sillä itse tuotoksen on tarkoitus jollain tavalla palvella kohderyhmää, jolle se on tarkoitettu. (Kostamo ym. 2022, 10.) Tässä opinnäytetyössä ajatuksena onkin palvella kohderyhmänä niin opiskelevia, kuin jo valmiita poliiseja. Tutkimuskysymyksenä tässä työssä pyritään tuomaan ratkaisu ensiapukoulutuksen vähyyteen ja sitä kautta poliisien mahdolliseen epävarmuuteen antaa ensiapua käytännön tilanteissa. Omatoiminen kertaus voi toimia hyvänä vaihtoehtona ylläpitää tietoa ja toimintatapoja esimerkiksi akuutissa tilanteessa sairastuneen ihmisen kohdalla.

Toiminnallinen opinnäytetyö jakaantuu vielä kahteen osioon. Tuotokseen eli produktiin ja itse työn raportointiin. Produkti voi olla muodoltaan joko ohje, ohjeistus tai opastus, taikka esimerkiksi jonkin tapahtuman tuottaminen. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9.) Tavoite toiminnallisessa opinnäytetyössä voi olla ammatillisen käytännön toiminnan ohjeistaminen, opastaminen, toiminnan järjestäminen, taikka toiminnan järjeistäminen (Vilkkä & Airaksinen 2003, 4).

Toiminnallisessa opinnäytetyössä yhdistyy tutkimus, kehittäminen ja toiminta. Toiminnallisessa opinnäytetyössä on tarkoitus tuottaa ammatillinen tuotos, joka palvelee opinnäytetyön tilaajaa arjen käytännössä. Toiminnallinen opinnäytetyö on tutkimuksellisen kehittämisen yksi tapa ja myös yksi opinnäytetyön tyyppi. (Kostamo ym. 2022, 9–11.)

Kuten edellä mainittua, produktin on tarkoitus olla jokaiselle poliisille helposti saatavilla oleva ja tiivis kertauspaketti ensiavusta. Ensiapukoulutusten vähäisyys poliiseille tekee helposti tositalanteessa olon hyvin epävarmaksi, mitä tilanteessa tulisi tehdä. Ongelmana on kuitenkin koulutusten järjestämisen vähäisyys, joten helpolla ja mielenkiintoisella omatoimisella kertauspaketilla saisi ongelmaan edes hieman apua. Opinnäytetyön toiminnallisen osuuden muodostaa produkti, joka tässä työssä tulee olemaan Microsoft Power Point muotoinen diaesitys.

Produktin sisältö vastaa tässä työssä käytyjä sairaskohtauksia. Produktin ulkoasu tulee olemaan Poliisiammattikorkeakoulun Microsoft PowerPoint:n tehty valmis diaesitys pohja. Produktin koko ja diamäärä tulee olemaan kompakti, koska sen on tarkoitus olla helposti lähestyttävä ja kansankielellä luettava siten, että lukijan ei tarvitse olla terveydenhuollon ammattilainen. Tällä tavalla itseopiskelu onnistuu helpommin ja materiaalista on enemmän hyötyä lukijalle. Mikäli produktin lukija on aikaisemmin käynyt ensiapukoulutuksissa, niin työstä saa hyvän kertauksen jo oppimalleen asialle. Se madaltaa kynnystä toimia tilanteissa ja antaa kullekin lisää varmuutta. Produktissa käydään kuitenkin asioita, joita täytyy harjoitella myös käytännössä, kuten elvyttämistä ja kylkiasentoon laittamista. Tämän vuoksi työ onkin suunnattu jo ensiapukoulutuksen saaneille, joilla on myös käytännön harjoituksia aihealueesta käytynä. Ideaali tilanne olisikin lukea produkti läpi ja palautella asioita mieleen kertauksen muodossa ja sen jälkeen harjoitella asioita käytännössä.

On selvää, että itseopiskelulla ei tietenkään saa yhtä paljon irti verrattuna läsnäolona tapahtuvaan koulutukseen. Asiaa on tutkinut Nevgi & Tirri tutkimuksessaan (2003, 38.) Tutkimuksessa jaettiin verkko-oppimisympäristössä olevat esteet neljään pääryhmään: opiskelijan opiskelutaitojen puute, opiskelijan työ- ja elämäntilanne, verkko-opetuksen

pedagogiset ratkaisut ja arviointi sekä koulutusta tarjoavan organisaation hallinnolliset ratkaisut koskien verkko-opetuksen organisointia. Nämä esteet jaoteltiin vielä kahteen pääryhmään, joista toisena oli opiskelijälähtöiset esteet. Näissä esiin nousi esimerkiksi opiskelija tieto- ja viestintätekniiikan käyttötaitojen puute ja opiskelumotivaatio. Nevgi & Tirri (2003, 40) totesivat myös, että opiskelijoiden opiskelutaitoihin kuuluu myös taito hakea tarvittaessa apua opiskelijatovereilta taikka opettajalta. Nämä ovat toki haasteita myös tämän työn produktia ajatellen.

3 Käsitteistö

Tietoperustana tässä opinnäytetyössä hyödynnetään Suomessa käytössä olevia Duodecim Käypä hoito suosituksia. Käypä hoito -suositukset ovat riippumattomia, tutkimusnäyttöön perustuvia kansallisia hoitosuosituksia, jotka ohjaavat terveydenhuollon ammattilaisia (Käypä hoito 2024). Ensihoito- ja akuuttihoito-oppaat pohjautuvat Käypä hoito suosituksiin, joita myös käytetään opinnäytetyön taustatietoina.

3.1 Ensiapu

Ensiapuun kuuluvat kaikki toimenpiteet, jotka tehdään äkillisesti sairastuneen taikka loukkaantuneen auttamiseksi ilman apuvälineitä. Ensiapuun kuuluu kuitenkin yksinkertaiset sidokset esimerkiksi pintaavaojen sidontaa varten. Ensiaputaitojen tulisi kuulua kansalaistaitoihin ja tärkein osa ensiapua onkin potilaan rauhoittaminen ja tarvittavan lisäavun hälyttäminen. Tietyissä sairaskohtauksissa sairastuneen tulisi päästä mahdollisimman nopeasti lopulliseen hoitopaikkaan esimerkiksi massiivit verenvuotopotilaat. (Castrén ym. 2012, 18.)

3.2 Hätäensiapu

Hätäensiapuun kuuluvat ne toimenpiteet, joilla voidaan parhaimmillaan ehkäistä potilaan menehtyminen. Hätäensiapu voidaan jakaa karkeasti seuraaviin osa-alueisiin:

- Hätäsiirto eli potilaan siirtäminen suojaan välittömästi uhkaavasta vaarasta.
- PPE+D eli painelupuhalluselvytys ja puoliautomaattisen defibrillaattorin käyttö.
- Hengitysteiden avaaminen ilman apuvälineitä.
- Verenvuodon tyrehtyttäminen käsillä painamalla taikka paine- tai kiristysiteellä.
- Ensiarvio. (Castrén ym. 2012, 18.)

3.3 Elvytys

Euroopan elvytysneuvosto (European Resuscitation Council, ERC) julkaisee kansainväliset elvytys-suositukset. Viimeisin elvytys-suositus tätä opinnäytetyötä kirjoittaessa on julkaistu 24.3.2021. ERC elvytys-suositukset perustuvat International Committee on Resuscitation (ILCOR) suorittamaan arviointiin eri elvytystoimenpiteiden hyödyistä ja näyttö niistä hyödyistä perustuu systemaattisiin tieteellisiin katsauksiin. Nämä katsaukset julkaistaan vertaisarvioituissa tieteellisessä julkaisussa. Työryhmä päivittää ERC:n suosituksia suomalaiseen toimintaympäristöön sopiviksi julkaisemalla niiden keskeiset osat suomeksi. (Käypä hoito 2021.)

Ihminen luokitellaan elottomaksi siinä vaiheessa, kun tämä ei hengitä taikka hengitys ei ole normaalia ja henkilö on reagoimaton käsittelyyn. Peruselvytys tulisi aloittaa tässä vaiheessa mahdollisimman nopeasti ja tehdä hätäilmoitus yleiseen hätänumeroon 112. Aikuisen peruselvytys suoritetaan painelemalla rintakehän keskeltä mäntämäisellä liikkeellä noin 5 cm syvyyteen 30 kertaa, jonka jälkeen tehdään kaksi suusta-suuhun puhallusta. Jos puhallusta ei pysty suorittamaan, niin painelua jatketaan keskeytyksettä ammattiavun saapumiseen saakka. Keskeytymätöntä elvytystä jatketaan, kunnes puoliautomaattinen sydäniskuri eli defibrillaattori on käytettävissä, kytketty päälle ja liimaelektrodit kytketty potilaan rintakehälle (Käypä hoito 2021.)

Käypä hoito suosituksessa sanotaan, että maallikon suorittama lapsen peruselvytys suoritetaan muutoin samalla tavoin, mutta elvytys aloitetaan viidellä suusta-suuhun puhalluksella ja tämän jälkeen jatketaan 15 painelulla. Elvytystä jatketaan 15:2 rytmillä, mutta maallikkoauttaja voi käyttää myös aikuisten elvytys sykliä 30:2. (Käypä hoito 2021.) Elottomuuden kohtaaminen on

maallikolle stressaava tilanne, joten tämän vuoksi on hyvä, että lapsen ja aikuisen elvytyksen suorittamisessa ei ole isoja eroavaisuuksia.

4 Ensiarvio

Ensiarvion tavoitteena on havaita välittömät hätätilat sekä varmistaa potilaan peruselintoiminnot eli hengitys, verenkierto ja tajunnan taso. Ensiarvio tulisi tehdä viipymättä ja sen tekemiseen menee noin puoli minuuttia. Pelkästään potilasta katsomalla voi saada yleiskuvan tämän voinnista. (Kuisma ym. 2017, 123–124.) Tämän vuoksi tässä työssä painotetaan ensiarvion ja hyvän tilanarvion tekemistä.

Ensiarvion alkuun tulee varmistaa oma työturvallisuus, sekä potilaan turvallisuus. Potilas tulee siirtää pois vaaralliselta alueelta, mikäli mahdollista. Ensiarviota tehdessäsi katso, tunnustele ja kuuntele potilasta arvioiden, miltä tämä näyttää ja kuulostaa. Jos potilas on hereillä, kerro kuka olet ja kysy oletko kunnossa. Jos potilas on tajuttoman oloinen, yritä herätellä ravistamalla tätä. Mikäli potilas avaa silmiä ja vastailee, niin hänellä on siinä hetkessä riittävä verenkierto sekä hengitys. Jos potilas ei ole heräteltävissä, mutta ilmavirta tuntuu suun- ja sierainten edessä, hänellä on oma hengitys, jolloin potilas tulee kääntää kylkiasentoon. Tämän jälkeen potilaan tilaa arvioidaan cABCDE- menetelmän avulla. Mikäli ilmavirtaa ei tunnu, tulee aloittaa välittömästi painelupuhalluselvytys. (Carsten & Carmona 2021, 25–26.)

4.1 c, catastrophic haemorrhage, massiivinen verenvuoto

Jos on syytä epäillä massiivista verenvuotoa, tulee se ensiarviossa aina ottaa huomioon. Tällöin katsotaan, näkyykö ulkoista suurta verenvuotoa sekä tehdään Blood Sweep eli swiippaus. Tässä käydään potilaan raajat yksitellen käsillä vetämällä läpi sekä samoin torson, nivusten ja pään alue. Jokaisen alueen jälkeen katsotaan jääkö käsiin verta. Raajojen alueelle käytetään kiristyssidettä taikka käsillä painamista. Torson alueella painetaan vuotokohtaa käsin ja pakataan painesiteellä, kunnes verenvuoto lakkaa. (Poliisiammattikorkeakoulu Moodle 2024, 5–8.)

4.2 A, airway, ilmatiet

Tajuttoman henkilön ilmatiet avataan painamalla toisella kädellä henkilön otsaa ja kohottamalla toisella kädellä samaan aikaisesti leuan kärkeä ylöspäin. Mikäli ilmavirta tuntuu henkilön suusta tai sieraimista ja rintakehä nousee hengityksen tahdissa, käännetään tajuton henkilö kylkiasentoon ja tarkkaillaan ilmateiden auki pysymistä. Jos hereillä oleva henkilö juttelee normaalisti, ilmatiet ovat auki. (Laaksonen & Palomäki 2019, 14.)

Mikäli henkilöllä on hengitysteissä vierasesine, se tulisi yrittää poistaa. Nopein tapa on auttaa henkilöä taivuttamalla tämän ylävartaloa alaspäin ja lyömällä häntä selkään lapaluiden väliin kämmenellä viisi kertaa. Mikäli esine ei irtoa, tulee kokeilla Heimlichin otetta olemalla henkilön takana ja laittamalla toinen käsi nyrkissä henkilön pallean alle. Toisella kädellä tartutaan kiinni nyrkissä olevasta kädestä ja nykäistään rivakasti taakse- ja ylöspäin. Nykäisy voi toistaa tarvittaessa viisi kertaa. (Suomen Punainen Risti 2024)

4.3 B, breathing, hengitys

Ihmisen ollessa tajuissaan ja jutteleva, tämän hengitystä tulee arvioida katselemalla ja kuuntelemalla. Hikoilu, kasvojen syanoosi (sinertävyys), äänekäs hengitys, vaikeus puhua, tuskaisuus, hengityksen pinnallisuus tai haukkovuus sekä rintakehän liikkumisen epäsymmetria ovat poikkeavia löydöksiä. Aikuisen ihmisen normaali hengitystaajuus on 12–20 hengitystä minuutissa. Mikäli hengitystaajuus on yli 25 kertaa minuutissa taikka taajuus kasvaa jatkuvasti on se merkki siitä, että potilaan tila voi huonontua äkisti. (Carsten & Carmona 2021, 27.)

Rintakehällä olevia lävistäviä vammoja voi tukkia esimerkiksi ChestSeal ilmarintasidoksella. Sidoksen on tarkoitus estää ilman pääsy rintaonteloon lävistävän vamman kautta ja samalla päästää ylimääräinen ilma ja mahdollinen veri ulos rintaontelosta. Ilman pääsy rintaonteloon ulkoisen vamman kautta voi aiheuttaa hengenvaarallisen paineilmarinnan. Näitä sidoksia löytyy poliisiautoissa olevista ensiapulaukuista. Mikäli rintakehän alueella on lävistävä vamma, tulee huomioida myös mahdollinen ulostuloaukko selkäpuolella sekä tutkia myös potilaan kainalot. Molemmat aukot tukitaan esimerkiksi ChestSeal sidoksilla. Jos rintakehällä on esineen aiheuttama lävistämä vamma, esinettä ei tule poistaa vaan tukea se paikalleen esimerkiksi sidoksilla. (Laaksonen & Palomäki 2019, 15.)

4.4 C, circulation, verenkierto

Verenkierron ongelmat johtuvat yleensä ensisijaisesti sydänsairaudesta ja verenkierron epänormaaliudesta. Kuitenkin monesti akuutisti sairastuneilla ihmisillä verenkierron ongelman johtuvat hypovolemiasta eli ihmisellä on verenhukkaa. (Carsten & Carmona 2021, 28.)

Isot ulkoiset verenvuodot tulisi olla tässä kohtaa jo hoidettuina, mikäli ensiarvion on tehnyt systemaattisesti cABCDE mukaan. Verenkiertoa arvioidessa tulee myös käyttää katso ja tunnustele metodia. Potilaan kädet voivat olla kylmät, sinertävät taikka epänormaalin väriset. Rannesykettä tunnustelemalla voi arvioida potilaan syketaajuuden, joka aikuisella ihmisellä on lepotilanteessa normaalisti alle 100 lyöntiä minuutissa. Puuttuva tai heikosti tuntuva rannesyke voi olla merkki matalasta verenpaineesta. Rannesyke tunnustellaan sormilla kevyesti painamalla ranteesta peukalon puolelta. (Carsten & Carmona 2021, 28.)

Sykkeen tunnustelun jälkeen on hyvä laittaa potilaalle avaruuslakana kehon lämpötilouden varmistamiseksi. Avaruuslakana laitetaan mieluiten paljasta ihoa vasten, jolloin esimerkiksi märät vaatteet eivät jää väliin kylmettämään potilasta. (Puolustusvoimat 2004, 133–134.) Avaruuslakanalla saadaan aikaan potilaan ympärille niin sanottu höyrösuikku, jolloin potilaasta haihtuva lämpö ei pääse karkaamaan, vaan lämpö säteilee takaisin potilaaseen. Avaruuslakana tulisi olla tiiviisti potilaan ympärillä ja mieluiten suljettuna, ettei lämpö pääse karkaamaan mistään välistä. (Nyssönen 2013.)

4.5 D, disability, tajunta

Yleisimmät syyt tajunnan tason laskulle ovat aivojen hapenpuute, hiilidioksidin kertyminen eli hyperkapnia, verenkierron häiriöt sekä alkoholista, huumeista taikka huumaavista lääkkeistä johtuvat myrkytykset. (Carsten & Carmona 2021, 30.) Tajuttomalla henkilöllä on aina korkea riski tukehtua, joten tärkein asia tajuttoman henkilön hoidossa on kylkiasento ja ilmäteiden auki pysymisen varmistaminen.

Tajunnan tasoa voi karkeasti arvioida AVPU menetelmällä. Lyhenne tulee sanoista Alert = hereillä, Verbal = reagoi puhutteluun, Pain = reagoi kipuun, Unresponsive = ei heräteltävissä. Menetelmää tulkittaessa mitä pitemmälle kirjaimissa potilaan kohdalla mennään, sitä alempi tajunnantaso henkilöllä on ja sitä vakavampi tilanne on. (Alanen ym. 2018, 21.)

4.6 E, exposure, paljastaminen

Tarkistetaan ulkoisesti, onko henkilöllä vammoja. Mahdolliset päässä olevat ruhjeet ja ulkoiset verenvuodot voivat olla syynä henkilön tajuttomuuteen taikka pistojäljet käsivarsissa voivat kertoa suonensisäisestä huumeidenkäytöstä, joissa on aina riski tajuttomuudelle. Jotkut epilepsiaa tai diabetestä sairastavat henkilöt käyttävät rannekkeita, jotka kertovat kyseisestä

sairaudesta. Molemmissa sairauksissa on tajuttomuutta sairauden oirekuvaan liittyen, mikä on hyvä ottaa huomioon. (Alanen ym. 2023, 52–53.)

5 Yleisimpiä sairaskohtauksia

Poliisi kohtaa työssään paljon erilaisia ihmisiä ja tämän vuoksi poliisilla on mahdollisuus joutua työssään antamaan ensiapua. Sairastunut voi olla ohikulkeva kansalainen, poliisin asiakkaana oleva henkilö tai oma työkaveri. Tämän vuoksi näen tämän aiheen tärkeänä ja etenkin laadukkaan ensiarvion tekemisen sairastuneen kohdalla. Poliisi on viranomainen ja kansalainen olettaa viranomaisen osaavan auttaa tilanteessa, kuin tilanteessa.

Poliisin toimintamallit ja taktiikat pätevät kaikissa tilanteissa. Aina ensin on varmistuttava työturvallisuudesta ennen kuin mennään tilanteisiin syvemmälle. Partiotointa ja siihen liittyvät taktiikat on huomioitava samalla tavalla ensiapua annettaessa. En avaa tässä työssä enempää poliisin taktisia menetelmiä, sillä ne ovat salassa pidettäviä asioita.

Tarkoitus ei ole tehdä poliiseista terveydenhuollon ammattilaisia, mutta tarkoitus olisi osata tunnistaa, milloin on syytä kutsua nopeasti lisääpua ja tehdä tarvittavia yksinkertaisia henkeä pelastavia toimenpiteitä. Valitsin tähän opinnäytetyöhön yleisimpiä sairaskohtauksia, joita myös EA 1- kurssilla käydään läpi.

6 Tajuttomuus

Tajuttomuudesta puhutaan silloin kun henkilö ei ole heräteltävissä, eikä reagoi puhutteluun tai ravisteluun. Yleensä tajuton kuitenkin hengittää normaalisti. Tajunnan häiriön voi aiheuttaa hetkellinen aivojen hapenpuute, joka voi aiheutua muun muassa sydämenpysähdyksestä, aivoverenkierron häiriöstä, alhaisesta verenpaineesta, epileptiakohtauksesta, vakavasta pään vammasta, vakavasta infektiosta tai myrkytyksestä. Tajuttomalla henkilöllä lihasjänteys voi olla heikentynyt, jolloin on olemassa suuri riski kielen painumiselle nieluun. Tällöin ilmatiet menevät tukkoon ja henkilö voi mennä hapenpuutteen vuoksi elottomaksi. (Korte & Myllyrinne 2017, 12.)

6.1 Tunnistaminen ja toimenpiteet

Ensiarvion tekeminen toimii tässä tilanteessa samoin, kuten muissakin. Mikäli on vähänkään syytä epäillä massiivista verenvuotoa, on hyvä tarkistaa se ensin. Tämän jälkeen tulee edetä ABCDE protokollan mukaisesti.

Puhuttele ja kuuntele vastaako henkilö puhutteluun. Mikäli henkilö vastaa puhutteluun, on tällä oma hengitys ja tämä on tajuissaan. Jos henkilö ei vastaa puhutteluun, koitetaan saada reaktiota henkilöä ravistelemalla taikka kipua tuottamalla. Mikäli näillä toimenpiteillä henkilöön ei saa kontaktia, henkilö on tajuton. Tällöin toimitaan seuraavasti:

- Avaa potilaan hengitystiet kääntämällä potilas selälleen ja avaamalla hengitystiet kohottamalla leukaa ylöspäin ja painamalla samalla otsasta. Katso nouseeko rintakehä hengityksen tahtiin ja tunnustele ilmavirtaa suun ja sierainten alueelta. Ihmisen normaali hengitys on lähes äänetöntä.
- Jos potilas ei hengitä tai hengitys on epänormaalia (haukkovaa tai äänekästä), potilas on eloton. Hengityksen tarkistamiseen tulisi käyttää enintään 10 sekuntia aikaa. Aloita paineluelvytys ja pyydä lisäapua viimeistään tässä vaiheessa.
- Tajuton potilas sen sijaan käännetään kylkiasentoon ja varmistetaan, että tämän ilmatiet pysyvät auki ja hengitys pysyy normaalina. (Korte & Myllyrinne 2017, 14–15.)
- Kylkiasennossa ollessa tunnustele potilaan pulssia ranteesta tai kaulalta. Muista huolehtia potilaan lämpötiloudesta, etenkin jos potilas on ulkoilmassa. Käytä lämpimänä pitämiseen avaruuslakanaa.
- Tajunnan tasoa voi arvioida kipua tuottamalla ja seuraamalla siihen reagointia.
- Tarkista, ettei pään alueella näy ulkoisia vammoja. Etsi iholta pistojälkiä sekä varmistu, ettei henkilöllä ole muualla kehossa ulkoisia verenvuotoja.

6.2 Huomioita

Tilannetta tulee tarkkailla lisäavun saapumiseen saakka. Potilaan hengitys voi huonontua ja kylkiasennosta huolimatta potilas voi mennä elottomaksi. Tämän vuoksi tilanarviota tulee tehdä myös potilaan ollessa kylkiasennossa. Käytä uuden tilanarvion tekemiseen ABCDE protokollaa.

7 Elottomuus

Elottomuus johtuu sydänpysähdyksestä. Karkeasti jaoteltuna sydän voi pysähtyä joko rytmihäiriön seurauksena taikka hapenpuutteen takia. Sydäninfarkti on aikuisilla yleisin syy henkeä uhkaaville rytmihäiriöille. Kammiovärinä on tyypillisin elottomuuden aiheuttava rytmihäiriö. Siinä sydämen sähköinen toiminta on nopeaa ja kaoottista, eikä sydän enää tämän vuoksi pidä yllä riittävää verenkiertoa. Hapenpuutteesta johtuvia sydämen pysähdyksiä ovat esimerkiksi hukkumisen, tukehtumisen taikka tapaturman seurauksena tapahtuvat hengityksen pysähtymiset. Sydämen pysähtymisen seurauksena verenkierto loppuu kokonaan eikä happea enää kulkeudu kudoksiin. Ilman nopeaa elvytyksen aloittamista elottomuus johtaa kuolemaan. (Korte & Myllyrinne 2017, 26.)

Painelu-puhalluselvytyksen ja defibrilloinnin aloittaminen 3–5 minuutin kuluessa sydänpysähdyksestä kolminkertaistaa mahdollisuuden selviytyä. Keskeytymätön elvytys ammattiavun saapumiseen saakka on täten ensiarvoisen tärkeää. Painelu-puhalluselvytyksellä voidaan ylläpitää keinotekoisesti aivojen verenkiertoa, vaikka sydän olisi pysähtynyt. Painelu-puhalluksen lisäksi varhainen defibrillaatio sydäniskuria käyttäen antaa paremmat mahdollisuudet selviämislle. (Castrén ym. 2022.)

Sydänperäiset syyt eli rytmihäiriöistä johtuvat sydämenpysähdykset käsittävät 67 % kaikista sydänpysähdyksen syistä. Sydäniskurin tarkoitus on poistaa sydäimestä haitalliset värisevät rytmit, jotka eivät ylläpidä sydämen pumppausvoimaa. Sydäniskurit tunnistavat haitalliset rytmit, joihin sähköisku tehoaa ja toimivat ainoastaan silloin kun siihen on tarvetta. Tämän vuoksi esimerkiksi kauppakeskuksissa sijaitsevat laitteet ovat turvallisia käyttää, vaikka niihin ei olisi saanut koulutusta. (Castrén ym. 2022.)

7.1 Tunnistaminen ja toimenpiteet

Mikäli henkilö ei ole hereillä, puhuttele ja kuuntele reagoiko hän puhutteluun. Jos henkilö ei reagoi puheelle, ravistele tai tuota kipua. Mikäli henkilö ei reagoi mihinkään edellä mainittuun, toimi seuraavasti:

- Avaa potilaan hengitystiet kääntämällä potilas tarvittaessa selälleen ja avaamalla hengitystiet kohottamalla leukaa ylöspäin ja painamalla samalla otsasta. Katso nouseeko rintakehä hengityksen tahtiin ja tunnustele ilmapirtausta suun ja sierainten alueelta. Ihmisen normaali hengitys on lähes äänetöntä.
- Jos potilas ei hengitä taikka hengitys on epänormaalia (haukkovaa tai äänekästä), potilas on eloton. Hengityksen tarkistamiseen tulisi käyttää enintään 10 sekuntia aikaa.
- Kutsu lisääpua ja aloita välittömästi painelupuhalluselvytys.
- Mene polvilleen potilaan vierelle polvilleen ja laita kämmenen tyvi keskelle potilaan rintalastaa ja toinen käsi sen päälle. Pidä käsivarret suorina ja hartiat kohtisuoraan henkilön rintakehän yläpuolella.
- Painele rintalastaa 30 kertaa mäntämaisellä liikkeellä noin 100–120 kertaa minuutissa. Paina rintalastaa noin 5–6 cm ja anna rintakehän palautua. Älä nojaa rintakehään äläkä irrota käsiä rintakehästä irti. Panielun liikkeen tulisi olla yhtä pitkä, kuin rintakehän kohoamisvaihe.
- 30 painelun jälkeen avaa potilaan hengitystiet uudelleen kohottamalla potilaan leukaa ylös kahdella sormella ja taivuttamalla toisella kädellä päätä hieman taaksepäin otsasta painaen. Sulje otsaa painavan käden etusormella ja peukalolla potilaan sieraimet ja paina huulet tiiviisti potilaan suuta vasten. Puhalla ilmaa kaksi kertaa ja seuraa rintakehän liikkumista. Puhalluksen tulisi olla kestoaltaan noin 1 sekunti.

- Jatka elvytystä 30:2 rytmillä, kunnes lisäapu saapuu paikalle tai potilas alkaa hengittää itse. (Castrén ym. 2022.)

7.2 Huomioita

Partiona työskenneltäessä elvyttäjää tulisi vaihtaa kahden minuutin välein. Painelijan vaihto tulisi tehdä mahdollisimman nopeasti esimerkiksi puhallusten aikana.

Mikäli käytössä on sydäniskuri, partion toinen henkilö asettaa sydäniskurin käyttökuntoon. Rintakehä paljastetaan ja asetetaan liimaelektrodit laitteen ohjeiden mukaan rintakehälle ja toimitaan, kuten laite neuvoo. Mikäli laite havaitsee defibrilloitavan rytmin, laite kehottaa ”irti potilaasta”, jolloin kaikkien paikallaolijoiden on oltava potilaasta irti. Tämän jälkeen painetaan defibrillointi painiketta, jolloin laite antaa sähköiskun potilaaseen. Välittömästi iskun jälkeen jatketaan paineluelvytystä 30:2 rytmillä. Laite analysoi rytmin automaattisesti noin kahden minuutin jälkeen ja neuvoo, jatketaanko elvytystä vai onko potilaalla edelleen defibrilloitava rytmi. Elvytystä jatketaan lisäavun saapumiseen saakka taikka jos potilas virkoaa. (Korte & Myllyrinne 2017, 32–35.)

Lapsen elvytys on harvinaisempi tilanne, kuin aikuisen. Lapsen elottomuus johtuu yleisemmin hapenpuutteesta. Lasta elvytettäessä tulee ottaa huomioon lapsen koko, sillä painelu- ja puhallusvoimaa tulee sovittaa lapsen kokoon. Painelusyvyys tulisi olla noin kolmannes rintakehän syvyydestä. Muutoin elvytys noudattaa peruseriaatteiltaan aikuisen elvytystä. Koska lapsen elottomuus johtuu yleisimmin hapenpuutteesta, niin lapsen elvytys aloitetaan viidellä (5) puhalluksella. Jos lapsen hengitys ei palaudu viiden puhalluksen jälkeen normaaliksi, aloitetaan painelupuhalluselvytys 30:2 rytmillä. (Castrén ym. 2022.) Hukkuneen elvytys toteutetaan samalla kaavalla, kuin lapsen. Jos potilaan suussa on näkyvää vettä, kallistetaan potilas kyljelleen, jotta vesi valuu suusta pois, jonka jälkeen puhalletaan viisi kertaa. Jos potilas ei ala hengittää, aloitetaan elvytys 30:2 rytmillä. (Castrén ym. 2022.)

8 Kouristukset

Kouristus johtuu usein aivojen sähköisen toiminnan häiriöstä, jonka taustalla voi olla useita eri tekijöitä. Syy voi olla esimerkiksi aineenvaihdunnallinen, kuten alhaisen verensokerin tai alhaisen elimistön elektrolyyttitasapainon aiheuttama. Myös voimakas hyperventilaatio eli ylihengittäminen voi aiheuttaa kouristuskohtauksen. (Castrén ym. 2022.)

Hyvin yleinen kouristuksen aiheuttaja on pitkän ja runsaan alkoholin käytön lopettaminen. Kouristuskohtaus on tällöin epileptiakohtauksen kaltainen, mutta se ei kuitenkaan ole merkki varsinaisesta epilepsiasta. Alkoholin käytöstä johtuvat kouristukset eli kansankielellä viinakrampit esiintyvät tyypillisimmin 1–2 vuorokautta alkoholin käytön lopettamisen jälkeen. Kouristeluja voi tulla monta peräkkäin saman vuorokauden aikana, joten henkilö tulee saada sairaalaseurantaan. (Castrén ym. 2022.)

Äkillisen kouristuskohtauksen saanut henkilö tarvitsee sairaalaseuranta, ellei henkilöllä ole diagnosoitua epilepsiaa. Jos kouristuskohtaus on pitkittynyt yli 5 minuuttiin, myös epilepsiaa sairastavat tarvitsevat välitöntä sairaalahoitoa. Pitkittyneisiin kouristuskohtauksiin voi liittyä hengenvaarallisia komplikaatioita eli sivuhäiriöitä, joten sairaalahoito on tarpeen. (Castrén ym. 2022.)

8.1 Tunnistaminen ja toimenpiteet

Yleistyneen kouristuskohtauksen aikana kaikki raajat ja vartalon lihakset kouristelevat ja henkilö menettää tajunnan. Lihasten kouristelun vuoksi henkilö voi purra kieleen ja virtsat tai ulosteet voivat vapautua kohtauksen aikana. Kouristuksen jälkeen henkilö on tokkurainen ja uninen, eikä muista tapahtuneesta mitään. Kouristus voi olla myös paikallinen, jolloin jokin raaja kouristaa, mutta henkilö pysyy kuitenkin tajuissaan kohtauksen aikana. (Castrén ym. 2022.)

- Kohtauksen havaitessa pyydä lisäapua.
- Kouristelevan päätä tulee suojata kohtauksen aikana.
- Jos kouristuksen alkuaika on tiedossa, on se hyvä painaa mieleen.
- Kouristuksen loputtua anna ensiapua samoin kuin tajuttomalle:
- Avaa henkilön hengitystiet kääntämällä tämä selälleen ja avaamalla hengitystiet. kohottamalla leukaa ylöspäin ja painamalla samalla otsasta. Katso nouseeko rintakehä hengityksen tahtiin ja tunnustele ilmapirtaa suun ja sierainten alueelta.
- Jos henkilö ei hengitä tai hengitys on epänormaalia (haukkovaa tai äänekästä) edellä mainittujen toimenpiteiden jälkeen, henkilö on eloton. Hengityksen tarkistamiseen tulisi käyttää enintään 10 sekuntia aikaa. Aloita paineluelvytys ja pyydä lisäapua viimeistään tässä vaiheessa.
- Tajuton henkilö käännetään kylkiasentoon ja varmistetaan, että tämän ilmatiet pysyvät auki ja hengitys pysyy normaalina.
- Seuraa vointia. Yleensä kouristuksen jälkeen henkilö alkaa vähitellen herätä ja on heräteltävissä.

8.2 Huomioita

Elottomuuden alkuvaiheessa voi hapenpuutteen takia esiintyä jäykistelyä, joka voi näyttää kouristelulta, mutta se ei kuitenkaan ole sitä (Castrén ym. 2022). Tämän vuoksi on tärkeää kouristelun jälkeen avata potilaan ilmatiet ja tarkistaa hengittääkö potilas ja aloittaa painelupuhalluselvytys heti, mikäli potilas ei hengitä tai hengitys on haukkovaa tai epänormaalia.

9 Epilepsia

Epileptinen kohtaus johtuu aivojen hermosolujen liiallisesta purkaustoiminnasta, joka ei ole sairaus, vaan oire jostain aivoihin vaikuttavasta sairaudesta tai häiriöstä. Epilepsian taustalla on yleisimmin aivovamma, joka on peräisin päähän kohdistuneesta iskusta eli traumasta tai synnytyksen aikaisesta aivovauriosta. Myös aivoverenkierron häiriöt ja aivokasvaimet aiheuttavat epilepsiaa. (Atula 2023.)

9.1 Tunnistaminen ja toimenpiteet

Epilepsia voidaan jakaa paikallisalkuiseen ja yleistyneeseen epilepsiaan.

- Paikallisalkuisissa kohtauksissa voi esiintyä ennakkotuntemuksia ja niiden jälkeen henkilö pysähtyy ja tajunta hämärtyy. Henkilö ei pysty reagoimaan ulkoisiin ärsykkeisiin, eikä muista tapahtuneesta mitään. Oireina voi olla muun muassa nykinöitä raajoissa, tuijottamista, toiminnan pysähtymistä, ääntelyä tai muuta poikkeavaa käytöstä. Kohtaus voi edetä myös kouristuskohtaukseksi.
- Yleistyneessä epilepsiakohtauksessa henkilö menettää tajunnan ilman ennakkovaroitusta ja kouristaa symmetrisesti kaikilla raajoilla.
- Yleistyneen epilepsiakohtauksen aikana toimitaan, kuten kouristavan potilaan kohdalla. (Atula 2023.)

9.2 Huomioita

Joillain epileptikoilla on käytössään epilepsiasta kertova ranneke tai kaulakoru. Epilepsiaa sairastaa Suomessa 60000 ihmistä, joten sairautena se on kohtalaisen yleinen. Epilepsiakohtauksille altistaa valvominen, alkoholi, stressi ja jotkin lääkkeet. (Epilepsialiitto 2024.) Tämä on hyvä huomioida, mikäli henkilö on joutunut poliisin kiinniottamaksi.

10 Diabetes

”Diabetes on ryhmä aineenvaihduntasairauksia, joita yhdistää häiriö haiman insuliinituotannossa ja pitkäaikaisesti kohonnut verensokeri.” Diabeteksen päätyypit ovat tyypin 1 diabetes ja tyypin 2 diabetes, joiden rajat eivät kuitenkaan ole aikuisella aina selkeät. Diabetekseen liittyy komplikaatioita eli lisäsairauksia ja niistä äkillisiä ovat liian matala verensokeri eli hypoglykemia ja liian korkea verensokeri eli hyperglykemia sekä happomyrkytys eli ketoasidoosi. (Ilanne-Parikka 2021.)

Matala verensokeri eli hypoglykemia voi johtaa tajuttomuuteen ja kouristamiseen. Ketoasidoosi voi taas johtaa uneliaisuuteen, joka voi lopulta johtaa tajuttomuuteen. (Korte & Myllyrinne 2017, 53–54.)

10.1 Tunnistaminen ja toimenpiteet

Matala verensokeri eli hypoglykemia:

- Liialliseen verensokerin laskuun johtava tilanne voi syntyä rasituksessa, jossa sokeria kuluu elimistössä enemmän, kuin mitä sitä saadaan ravinnosta.
- Toinen tilanne on, jos diabeetikolla on insuliinin pistoshoito haiman vajavaisen insuliinituoton vuoksi ja otettu insuliinin annos on liian suuri suhteessa saatuun ravintoon. Tällöin tilanne johtaa liialliseen verensokerin laskuun. (Korte & Myllyrinne 2017, 53.)
- Runsas alkoholin käyttö voi myös laskea verensokeria. *”Alkoholi estää sokerin uudismuodostusta maksassa, minkä vuoksi alhaisen verensokerin yllättäessä elimistön omat korjaustoimenpiteet jäävät vajaiksi”* (Mustajoki 2019).
- Verensokerin laskiessa liian matalalle aivot eivät saa enää tarvitsemaansa polttoainetta, mikä johtaa tajuttomuuteen.
- Oireina:
 - o nälän tunne
 - o vapina
 - o hikoilu
 - o hermostuneisuus / ärtyneisyys
 - o aggressiivisuus
 - o kouristelu ja tajuttomuus

Jos henkilön tiedetään sairastavan diabetesta, ensiapuna annetaan tajuissaan olevalle henkilölle sokeripitoista syötävää taikka juotavaa. Mikäli oireet eivät helpota 10 minuutin kuluessa, sokeripitoista ravintoa on annettava lisää. Jos henkilön vointi ei parane sokeripitoisella ravinnolla, on pyydettävä ensihoidolta lisäapua. Tajuttomalle diabeetikolle ei saa laittaa suuhun mitään, vaan ohjeena on kylkiasento ja lisäävun pyytäminen sekä voinnin seuranta. Mataliin verensokereihin liittyy myös kouristelua. Tällöin ensiapuna on kouristeleavan ensiapu. (Korte & Myllyrinne 2017, 53.)

Korkea verensokeri eli hyperglykemia ja happomyrkytys eli ketoasidoosi

- Verensokerin nousuun voi johtaa tilanne, jossa henkilö ei tiedä sairastavansa diabetesta. Sairaudessa haiman insuliinin tuotanto on heikentynyt ja verensokerit kohoavat tämän vuoksi.
- Verensokein nousu voi seurata myös, jos henkilöllä on todettu diabetes, mutta tämä ei ota insuliinilääkitystä. Mikäli insuliinia ei ota, tilanne johtaa vähitellen hitaasti kehittyvään

ketoasidoosiin eli happomyrkytykseen. Elimistö pyrkii kompensoimaan tilannetta poistamalla kertynyttä happokuormaa. Siitä merkkeinä ovat seuraavat oireet.

- Oireina:
 - o Janon tunne ja virtaamisen tarve
 - o Pahoinvointi ja oksentelu
 - o Vatsakivut
 - o Asetonin haju hengityksessä
 - o Puuskuttava hengitys
 - o Lopulta uneliaisuus, joka voi edetä tajuttomuuteen ja kuolemaan. (Korte & Myllyrinne 2017, 54.)

Ensiapuna hyperglykemiassa ja ketoasidoosissa on nopea lisäävun pyytäminen.

Ketoasidoosissa on suuri riski tajuttomuudelle ja kuolemalle. Mikäli henkilö menee tajuttomaksi, annetaan tajuttoman ensiapua.

10.2 Huomioita

Diabetesta sairastaa Suomessa yli 500 000 ihmistä (Ilanne-Parikka 2021). Alkoholin vaikutus saattaa peittää alleen matalien verensokereiden oireita. Hypoglykemiassa henkilö voi olla aggressiivinen ja ärtynyt johtuen alhaisista verensokereista. Tämä on hyvä huomioida, mikäli asiakas on ärtynyt ja aggressiivinen, mutta tilanne ei vaikuta olevan alkoholien taikka muiden päihteiden aikaansaannosta.

Kuten aiemmin todettua, jotkin diabetesta sairastavat käyttävät ranneketta, jossa lukee diabetes. Tämä helpottaa sairauden tunnistamista ensiaputilanteissa. Monilla diabeetikoilla on nykyisin käytössään jatkuva sokeriseuranta eli sensorointi. Näillä potilailla on olkavarteen kiinnitetty noin 2 cm halkaisijaltaan oleva sensori, josta voi tunnistaa henkilön sairastavan diabetesta. (Alanen ym. 2023, 47.)

11 Vakava allerginen reaktio eli anafylaksia

Anafylaktinen reaktio tarkoittaa äkillistä ja vakavaa moneen elimeen yhtä aikaa vaikuttavaa yliherkkyyскоhtausta. Siihen liittyy usein laaja-alaista nokkosihottumaa eli urtikariaa ja turvotuksia. Anafylaktinen reaktio johtuu tavanomaisimmin ruoka-aine allergiasta, lääkeaineallergiasta tai ampiaisen pistoksesta. (Hyry 2022.)

Anafylaksia alkaa tavallisimmin kämmenten, hiuspohjan ja huulien voimakkaalla kutinalla. Kutina leviää nopeasti ympäri kehon ja koko iholle nousee nokkospaukamia, kuten nokkosien polttaessa ihoa. Huulet ja silmäluomet turpoavat yleisimmin, mutta turvotusta voi olla muuallakin kehossa. Tilanteeseen liittyy hengenahdistusta, äänen käheyttä ja hengitys saattaa vinkua. Vaikeammissa tapauksissa henkilö saattaa oksentaa ja verenpaine saattaa laskea ja sydämeen voi tulla rytmihäiriöitä. Pitkälle edenneenä tilanne on hengenvaarallinen. (Hyry 2022.)

11.1 Tunnistaminen ja toimenpiteet

Tilanteen tunnistamista auttaa henkilön oma kertoma. Esimerkiksi onko henkilöä pistänyt ampiaisen tai altistunut poliisin toimenpiteiden kohteena ollessaan voimankäyttövälineenä käytetyn OC- sumutteen sisältämälle kapsaisiinille. Ensitoimenpiteenä henkilö tulee saada pois altistuksesta eli paikkaan ja asentoon, jossa on helppo hengittää. Lisäavun pyytäminen tulee tehdä ajoissa, sillä tilanne voi edetä nopeasti. Anafylaktinen reaktio kehittyy huippuunsa noin 10–30 minuutissa. (Hyry 2022.) Tämän jälkeen aloitetaan tilanarvio ABCDE protokollan mukaan.

- Hereillä oleva ja jutteleva henkilö kehoitetaan olemaan puoli-istuvassa asennossa, jossa tämä kokee hengittämisen helpoimmaksi.
- Tajuttomuuteen edennyt tilanne on aina vakava ja se voi edetä elottomuuteen. Tilanteessa tulee olla valmiina aloittamaan painelupuhalluselytys. Tajuton henkilö tulee laittaa kylkiasentoon ja seurata tämän vointia ja varmistua hengityksen riittävydestä.
- Hengityksen ja verenkierron seurantaan tulee kiinnittää huomiota ja seurata tilanteen kehittymistä. Allergisen reaktion aiheuttama turvotus hengitysteissä voi pahentua äkisti ja henkilö voi mennä tämän vuoksi elottomaksi.
- Mikäli henkilöllä on käytössään ja mukana lääkärin määräämä adrenaliinikynä eli autoinjektori, avusta henkilöä lääkkeen ottamisessa. Se voi olla henkeä pelastava toimenpide anafylaktisessa kohtauksessa. (Korte & Myllyrinne 2017, 51.)

11.2 Huomioita

Joka viidennellä oireet uusiutuvat 8–10 tunnin kuluessa, joten henkilö tulee saada kohtauksen jälkeen sairaalaseurantaan (Hyry 2022). Tämän vuoksi ensihoidon tekemä tilanarvio on tarpeen, vaikka oireet olisivat jo helpottaneet.

12 Alilämpöisyys eli hypotermia

Kun kehon ydinlämpötila laskee alle 35 asteen, tilannetta kutsutaan hypotermiaksi. Vaikea hypotermia voi kehittyä myös sisätiloissa, jos henkilö on jostain syystä kaatunut lattialle ja jäänyt sinne pidemmäksi ajaksi. Kylmän aiheuttamille ongelmille altistavat myös alkoholi ja keskushermostoon vaikuttavien lääkkeiden nauttiminen sekä psyykinen sairaus, joka vie kylmän tunnetta pois. Jäähtymisriskiä lisää korkea ikä, heikko yleiskunto ja alkoholi sekä nestevajaus. Lämpötilan lasku alle 34 asteen aiheuttaa tajunnan häiriöitä sekä voimakkaita lihasväristyksiä. (Korte & Myllyrinne 2017, 126.)

Taulukko 1 Hypotermian luokittelu

Luokka	Kuvaus	Ydinlämpö (C)
HT I lievä	Normaali tajunta	35–32
HT II keskivaikea	Tajunnan häiriöt	32–28
HT III vaikea	Syvästi tajuton	28–24
HT IV syvä	Eloton	< 24
HT V palautumaton	Vainaja	< 13,7

12.1 Tunnistaminen ja toimenpiteet

Vaikeaa hypotermiaa tulee epäillä henkilöllä, joka löytyy ulkoa kylmästä tai altistuneena kylmälle vedelle taikka henkilö on sekava tai tajuton ja tämän ääreisosat ovat kylmät. Ydinlämpötilan määrittäminen ilman siihen tehtyjä mittareita ei onnistu.

Oireita alilämpöisellä:

- Palelu, vapina, värinä
- Lihasvärinä, jolla elimistö pyrkii lämmittämään itseään
- Kylmä, kalpea, kuiva iho
- Sekavuus ja uneliaisuus
- Harhainen lämmöntunne, henkilö voi riisua vaatteita, vaikka on kylmä. (Korte & Myllyrinne 2017, 126.)

Mikäli henkilö on tajuissaan ja liikkuva, pyydetään henkilöä jatkamaan joko kävelyä tai heiluttamaan käsiään. Liikkuva henkilö autetaan lämpimiin tiloihin ja mahdolliset märät vaatteet riisutaan ja iho kuivataan. Lämmönhukan estämiseksi avaruuslakana asetetaan ihoa vasten,

jonka päälle puetaan kuivat vaatteet. Lämmintä sokeripitoista nestettä voidaan antaa juotavaksi, jos henkilö itse kykenee juomaan. (Kuisma ym. 2017, 638.)

Tajuttomalla alilämpöisellä on riski hengenvaarallisille rytmihäiriöille. Tämän vuoksi tajuttoman alilämpöisen liikuttelu tulee tehdä varoen. Tajuttomalle annetaan tajuttoman ensiapua ja lisäjäähtyminen ehkäistään avaruuslakanalla. Lisäapua pyydetään varhaisessa vaiheessa.

Henkilön tarkkailua jatketaan ABCDE protokollan mukaan. Ilmateiden avaamisen jälkeen tarkistetaan hengitys. Vaikeasti hypotermisen (HT III) hengitys voi olla vain muutamia hengenvetoja minuutissa. Tämän vuoksi hengityksen arvioimiseen ilmateiden avaamisen jälkeen tulee käyttää enemmän aikaa. Syketaajuutta tunnustellaan ranteesta. Vaikeasti jäähtyneellä syketaajuus voi olla hyvin matala, vain 10–20 lyöntiä minuutissa. Se voi kuitenkin sillä hetkellä riittää kyseisen henkilön elintoimintojen ylläpitoon. (Kuisma ym. 2017, 638.)

Hypotermisen henkilö voi mennä elottomaksi, sillä sydän pysähtyy alle 25 asteen lämpötilassa (HT IV). Hypotermisen elvytys suoritetaan, kuten normaalissa elottomuudessa. Elvytystä jatketaan yleensä pidempään ja henkilö kuljetetaan sairaalaan elvyttäen, jossa lämmittäminen tehdään vähitellen esimerkiksi sydän-keuhkokoneella. (Kuisma ym. 2017, 640.)

Tajuntaa arvioidaan reagoinnin perusteella ja henkilö tarkistetaan ulkoisten vammojen ja verenvuotojen osalta ja tarvittaessa niitä hoidetaan. Samalla on hyvä tarkistaa, onko viitteitä huumeiden tai lääkkeiden käytöstä, mikä taas antaa viitteitä hypotermian alkusyistä.

12.2 Huomioita

Tapaturmaisissa hypotermioissa neurologinen selviytyminen voi olla hyvä. Esimerkkinä henkilön jäähtyessä nopeasti esimerkiksi kylmässä vedessä, jolloin elimistö jäähtyy ensin ja sen jälkeen sydän pysähtyy. Tällöin henkilö voi toipua jopa usean tunnin elvytyksen jälkeen. (Kuisma ym. 2017, 640.)

13 Myrkytykset

Myrkytysoireissa vakavuus ja ilmaantumisen nopeus riippuvat aineesta ja määrästä sekä siitä, miten myrkky on joutunut elimistöön. Esimerkiksi pistoksena otettu myrkky vaikuttaa nopeammin, kuin suun kautta otettu (Castrén ym. 2022). Tässä opinnäytetyössä myrkytyksistä käsitellään alkoholin ja muiden päihteiden aiheuttamia myrkytyksiä, sillä poliisi kohtaa näitä työssään eniten. Esimerkiksi lasten vahingossa ottamat lääkeainemyrkytykset yms. on rajattu tästä pois.

Vaarallisimpia myrkytyksiä aiheuttavat kipulääkkeinä käytettävät opioidit. Näistä esimerkkeinä buprenorfiini ja metadoni, joita käytetään laillisesti opioidiriippuvaisten korvaushoitolääkkeenä. Buprenorfiini on yleisin myrkytyskuolemien aiheuttaja, sillä se voi aiheuttaa hengityslamaa. Myös fentanyl, oksikodoni ja heroini kuuluvat opioideihin. Näiden lisäksi vaarallisia myrkytyksiä aiheuttavat erilaiset muuntohuumeet. (Kuisma ym. 2017, 601–607.)

Itsetuhotarkoituksessa otetut masennus- ja epilepsialääkkeet aiheuttavat myös vakavia myrkytyksiä. Osa masennuslääkkeistä aiheuttaa vakavia rytmihäiriöitä ja epilepsialääkkeillä on rytmihäiriöiden lisäksi hengityslamaa, tajuttomuutta ja kouristelua aiheuttavia vaikutuksia. (Kuisma ym. 2017, 601–607.)

Yleisin myrkytyksen aiheuttaja on kuitenkin alkoholi. Runsas alkoholin käyttö yhdessä keskushermostoon vaikuttavien lääkkeiden kanssa voimistaa niiden vaikutusta ja alkoholi itsessään aiheuttaa hengityslamaa. Monesti huumausaineiden ja lääkkeiden väärinkäyttäjät ovat myös alkoholiriippuvaisia, joten myrkytykset ovat monesti useamman eri aineen yhdistelmiä. (Kuisma ym. 2017, 592.)

13.1 Tunnistaminen ja toimenpiteet

Päihteiden aiheuttamien myrkytysten vaikutuksia voi arvioida ulospäin henkilön käyttäytymisestä, mikäli tämä on hereillä. Alkoholin ja muiden päihteiden aiheuttama sekavuus ja uneliaisuus näkyy selkeästi henkilön käytöksestä. Kysy hereillä olevalta, mitä lääkkeitä tai huumeita tämä on mahdollisesti ottanut. Mikäli henkilö on tajuton, katso onko tämän lähellä viitteitä lääkkeitä tai huumeiden käytöstä. Käytetyt huumeruiskut ja tyhjät lääkeliuskat antavat viitteitä päihteiden aiheuttamasta myrkytyksestä. (Kuisma ym. 2017, 409.)

Mikäli henkilö ei ole hereillä, puhuttele ja kuuntele reagoiko tämä puhutteluun. Jos henkilö ei reagoi puheelle, ravistele taikka tuota kipua. Jos henkilö ei reagoi, hän on tajuton.

- Avaa hengitystiet kääntämällä henkilö selälleen ja avaamalla hengitystiet kohottamalla leukaa ylöspäin ja painamalla samalla otsasta. Katso nouseeko rintakehä hengityksen tahtiin ja tunnustele ilmavirtaa suun ja sierainten alueelta. Jos ilmavirtaa ei tunnu, henkilö on eloton, jolloin aloita elvytys. Kutsu lisääpua.
- Tajuton käännetään vasemmalle kyljelle kylkiasentoon ja varmistetaan ilmäteiden auki pysyminen, sekä tarkkaillaan hengitystä.
- Verenkierto tarkistetaan rannesykettä tunnustelemalla. Jos syke tuntuu ranteesta, on verenkierto riittävä.
- Tajunnan tasoa arvioidaan kivun tuottamisella ja siihen reagoimisella.
- Tarkista ulkoisesti näkyvät vammat, kuten päässä olevat verenvuodot tai viitteet pään lyömisestä. Myrkytystä epäiltäessä iholta voi etsiä mahdollisia pistojälkiä sekä tarkistaa ulkoisten verenvuotojen mahdollisuus. (Carsten & Carmona 2021, 27–30.)

13.2 Huomioita

Henkilö tulisi kääntää vasemmalle kyljelle kylkiasentoon. Anatomian takia vasemmalla kyljellä ollessa imeytyminen ohutsuoleen hidastuu ja aineen huippupitoisuus verenkierrossa pienenee noin puoleen verrattuna oikealla kyljellä olevaan kylkiasentoon. (Kuisma ym. 2017, 594.)

Sekamyrkytyksissä aineiden vaikutukset voivat tulla viiveellä ja henkilön tila voi muuttua nopeasti. Huumausaineiden käyttäjillä voi olla korkea toleranssi eli sietokyky erilaisiin pähteisiin. Pitkäaikaisen käytön lopettaminen aiheuttaa vieroitusoireita, jotka voivat olla hengenvaarallisia kuten esimerkiksi pitkittynyt kouristelukohtaus. (Kuisma ym. 2017, 707–709.)

Myrkytyksissä kouristelu on oireena vakava ja merkki siitä, että henkilön verenkierrossa on suuri määrä ainetta. Yleisimmin kouristelua aiheuttaa masennuslääkkeet ja stimulantit, kuten amfetamiini. (Kuisma ym. 2017, 594.)

14 Pohdinta

Aiemman ensihoidon ammattitaustani pohjalta aihevalinta opinnäytetyölle oli selkeä. Aiheen valinnan jälkeen sain hyviä ajatuksia työn toteuttamisesta. Ensimmäisessä opinnäytetyö seminaarissa esittelin suunnitelman aiheen osalta ja sain vinkkejä ohjaavilta opettajilta työn tekemiseen. Työn sisältöä miettiessä jouduin rajaamaan paljon omasta mielestä tärkeitä asioita pois, sillä työn laajuus olisi kasvanut liian isoksi. Lähtötilanne oli sikäli siis haastava, kuten monesti laajan kirjoitustyön aloittaminen, mutta rajauksen tarkennuttua tekstiä alkoi muodostua hyvää tahtia. Tein heti opinnäytetyön suunnitelmassa teksti- sekä lähdeviitteet kohdalleen, joten työn lopussa lähteiden merkitsemistä ei tarvinnut enää alkaa miettiä.

Oman aikaisemman koulutus- ja työhistorian vuoksi aihepiiri oli tuttua ja tietopohjaa on kertynyt paljon erilaisista koulutuksista, käytännön työstä sekä vanhemmilta kollegoilta. Tämä aiheutti kirjoittamisessa aiheen rajaamisen ohella suuren haasteen, sillä oma tietopohjani aiheesta oli jo laaja, mutta sitä ei sellaisenaan pystynyt käyttämään ilman tieteellistä lähdetukea. Koen helpoksi opettaa tämän aihealueen asioita ja kertoa niitä kansankielellä, mutta näiden taustalla olevia lähteitä on vaikea löytää ja yhdistää. Kirjallisuutta ei alueesta kuitenkaan ole paljon etenkin suomeksi.

Akuutisti sairastuneita varten on ensihoitopalvelu, jossa työskentelee terveydenhuollon ammattilaisia, eikä poliiseista ole tarkoitus tehdä terveydenhuollon ammattilaisia. Toisinaan poliisilla voi olla edessään jopa tilanne, ettei akuutisti loukkaantunutta henkilöä ole mahdollista välittömästi edes auttaa. On muistettava, ettei poliisin työ ole kuitenkaan jatkuvasti uhka- ja vaaratilanteita, vaan poliisi kohtaa myös tavallisia kansalaisia työssään paljon. Sairastuminen ei katso aikaa, eikä paikkaa, joten siksi näen tämän aihealueen ylipäättään tärkeänä. Olen myös kirjoittamisen aikana keskustellut kollegoiden kanssa tästä aihealueesta ja monella on tuntuma siitä, että ensiaputaidoissa olisi parannettavaa, jolloin halusin kehittää materiaalia tähän tarpeeseen.

Lääketiede pohjautuu Suomessa näyttöön perustuvaan tietoon (Evidence Based Medicine eli EBM). Tämän vuoksi moni aihealuetta käsittelevä kirjallisuus on tarkoitettu lääkäreille ja sairaalan sisällä tapahtuvaan potilaan hoitoon tietopohjan mennen liian syvälliseksi tämän opinnäytetyön tarkoitukseen nähden. Samoin sairaalan sisällä tapahtuvaan potilaan hoitoon liittyy lääkehoitoa sekä välineistöä, joita ei poliisilla ole käytössä eikä tieto ole siten suoraan sovellettavissa poliisityöhön. Perinteiset ensiapuoppaat ovat taas hyvin pintapuolisia ja tarkoitettu maallikkoauttajille tietopohjan näin olleen riittämätön tälle opinnäytetyölle ja poliisin ammatille. Poliisi lasketaan toki maallikoksi ensiaputilanteissa, mutta viran puolesta koulutusta ja harjoitusta on enemmän, minkä vuoksi katsoisin poliisi sijoittuvan maallikkoauttajan ja terveydenhuollon ammattilaisen välimaastoon.

Tietopohjaa hakiessa ja sitä referoidessa ei ollut hirveästi mahdollisuuksia lähteä oikomaan ja näitä kertomaan omin sanoin. Asiasisällön ei nimittäin tulisi muuttua sitä referoitaessa. Aihepiirin teoria on jo muutoinkin vähintään kertaalleen käännetty ulkomaisista lähteistä, missä on riski tiedon muuttumiselle. Tämän vuoksi käytin lähteinä paljon Duodecimin artikkeleita ja Käypä Hoito suosituksia.

Opinnäytetyötä tehdessä poliisihallituksessa oli valmisteilla uusi määräys ensiapukoulutuksista ja niiden järjestämisestä. Määräys ei kuitenkaan ehtinyt valmistua ennen tämän opinnäytetyön tekemistä, joten sitä ei voinut hyödyntää tätä työtä tehdessä. Mikäli määräys olisi valmistunut, olisin voinut hyödyntää ja käyttää sen sisältöä suuntaa antavana tietopohjana ja opinnäytetyön sisältöä rajaavana tekijänä.

Opinnäytetyön kirjoittaminen toimi minulle enemmin tutun kertaamisena ja jäsentelynä. Olen aikaisemmin kirjoittanut yhden ammattikorkeakoulun tasoisen sekä toisen asteen opinnoissa opinnäytetyöt, jolloin tekninen opinnäytetyön kirjoittaminen oli minulle aiemmastaan tuttua. Myös itse aihealue oli tuttua, kuten todettua, mutta mukavaa ja hyödyllistä kertausta lähteitä lukiessa. Huomasin monta kertaa lähdemateriaaleja hakiessa, että jäin mielenkiinnosta lukemaan aihealueista enemmän tietoa. Olen aikaisemmin pitänyt ammattitaitoa yllä vapaaehtoisilla koulutuksilla ja itsenäisesti akuuttihoitotyöstä lukemalla.

Opinnäytetyön toiminnallinen osuus sisältää produktin. Produkti tulee vapaaseen käyttöön niin Poliisiammattikorkeakoululle, kuin poliisilaitoksille. Mikäli produkti havaitaan käyttökelpoiseksi ja käyttäjäystävälliseksi, se tekee tästä työstä tekijälle itselleen onnistuneen. Aihe antaa varmasti myös paljon mahdollisuuksia jatkotutkimuksille ja hoitosuositusten päivittyessä myös materiaalin päivitykselle. On hyvä muistaa, että esimerkiksi elvytys suosituksia päivitetään säännöllisesti. Aihetta ja työn toteutusta miettiessä ajattelin, että ehtisin jakaa valmiin produktin esimerkiksi omalle työpaikalle koekäyttöön ja sen pohjalta kerätä käyttäjiltä palautetta. Aikataulu tuli kuitenkin tätä ajatellen vastaan, joten virallista palautetta en valmiista produktista tule saamaan, mutta kenties voin seurata työni käyttöarvoa työelämässä.

Opinnäytetyön kirjoittaminen työn ja muun elämän ohessa vaati paljon, mutta työ valmistui kuitenkin aikataulussa. Opettajien täydet lukujärjestykset ja omat työvuorot asettivat aikataulullisesti suurimman haasteen työn etenemiselle. Itse työhön ja sen lopputulokseen olen tyytyväinen huomioiden aikataulun ja käytössä olleet resurssit. Mikäli en olisi asettanut niin tiukkaa aikataulua itselle kirjoittamisen suhteen, työstä olisi voinut saada laajemman ja mahdollisesti myös paremman, mutta työ oli suhteutettava muihin käytettävissä oleviin resursseihin ja uskon rajauksen palvelevan näin paremmin kohderyhmäänsä eli poliiseja ja Poliisiammattikorkeakoulu opiskelijoita. Itse produkti oli helppo tehdä valmiin perusteellisen taustatyön pohjalta.

Lähteet

Alanen, P. & Jormakka, J. & Kettunen, J. 2023: Oireista työdiagnoosiin. 4. uudistettu painos. Helsinki, Sanoma Pro Oy

Alanen, P. & Kosonen, A. & Jormakka, J. & Saikko, S. 2018: Oireista työdiagnoosiin. 3. painos. Helsinki, Sanoma Pro Oy

Atula, S. 2023: Epilepsia aikuisella. Duodecim Terveyskirjasto. Luettavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00012/epilepsia-aikuisella?q=epilepsia>. Julkaistu 23.1.2023.

Carsten, L. & Carmona, F. 2021: Advanced life support, ERC guidelines 2021 edition. Belgia, European resuscitation council.

Castrén, M. & Helveranta, K. & Kinnunen, A. & Korte, H. & Laurila, K. & Paakkonen, H. & Pousi, J. & Väisänen, O. 2012: Ensihoidon perusteet. Neljäs korjattu painos. Keuruu, Otavan kirjapaino Oy.

Castrén, M. & Korte, H. & Myllyrinne, K. 2022: Ensiapuopas, toiminta ensiaputilanteissa. Luettavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/spr00004>. Luettu 21.05.2024.

Haikansalo, A. & Korander, T. 2024: Poliisi (Amk) opinnäytetyön ohje. Luettavissa: <https://polamk.fi/documents/25254699/37709942/poliisi-AMK-opinnaytetyon-ohje.pdf/fe75bce1-f90e-20e8-7134-3feb541f84fb/poliisi-AMK-opinnaytetyon-ohje.pdf?t=1611236059774>. Julkaistu 3/2024.

Halinen, M. 2024: Jäähtynyt henkilö ja vaikea hypotermia (ruumiinlämmön lasku). Duodecim Terveyskirjasto. Luettavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00223/jaahtynyt-henkilo-ja-vaikea-h-ypotermia-ruumiinlammon-lasku>. Julkaistu 17.9.2024.

Holopainen, M. 2007: Aikuinen oppijana – Aikuisoppijan erityispiirteiden huomioiminen aikuisopetuksessa. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Kehittämishankeraportti.

Hyry, H. 2022: Anafylaktinen reaktio (äkillinen yliherkkyyssraktio). Duodecim Terveyskirjasto. Luettavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00201/anafylaktinen-reaktio-akillinen-yliherkkyyssreaktio?q=allerginen%20ja%20reaktio>. Julkaistu 15.8.2022.

Ilanne-Parikka, P. 2021: Diabetes ("sokeritauti"). Duodecim Terveyskirjasto. Luettavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00011/diabetes-sokeritauti?q=diabetes>. Julkaistu 30.8.2021.

Kiepilä, R. 2019: Putkakuolemat Suomessa 2014–2018. Poliisiammattikorkeakoulu. AMK-opinnäytetyö.

Kuisma, M. & Holmström, P. & Taskinen, T. & Nurmi, J. & Porthan, K. 2017: Ensihoito. Helsinki, Sanoma Pro Oy.

Korte, H. & Myllyrinne, K. 2017: Ensiapu. Keuruu, Otavan kirjapaino Oy.

Kostamo, P. & Airaksinen, T. & Vilka, H. 2022: Kirjoita itsesi asiantuntijaksi. Opas toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Art House.

Laaksonen, A. & Palomäki, T. 2019: Ensiapuopas Poliisiammattikorkeakoulun ensiapukoulutuksen tueksi. Poliisiammattikorkeakoulu. AMK-opinnäytetyö.

Lääketieteen sanasto 2016. Duodecim Terveyskirjasto. Luettavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/ltt01267>. Luettu 21.05.2024.

Mustajoki, P. 2019: Diabetes ja alkoholi. Duodecim Terveyskirjasto. Luettavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00887/diabetes-ja-alkoholi?q=diabetes%20ja%20alkoholi>. Julkaistu 30.10.2019.

Nevgi, A. & Tirri, K. 2003: Hyvää verkko-opetusta etsimässä. Turku, Painosalama Oy.

Nyyssönen, T. 2013: Hypotermisen potilaan hoito. Luettavissa: http://www.finnanest.fi/files/nyyssonen_hypotermiapotilaan_hoito.pdf. Luettu 28.05.2024.

Poliisiammattikorkeakoulu Moodle 2024. Luettavissa: [https://moodle.polamk.fi/pluginfile.php/330825/mod_resource/content/2/PTH - Verenvuodot ja välineet.pdf](https://moodle.polamk.fi/pluginfile.php/330825/mod_resource/content/2/PTH_-_Verenvuodot_ja_v%C3%A4lineet.pdf). Luettu 22.05.2024.

Poliisihallituksen ohje POL-2014-1609, 19.12.2014. Ensiapuvalmius poliisihallinnossa. ID-1555061380.

Poliisi (AMK)- tutkinnon opetussuunnitelma (180 op) 2024–2026. Luettavissa: <https://polamk.fi/documents/25254699/37709942/Poliisi-amk-opetussuunnitelma.pdf/>. Luettu 21.05.2024.

Puolustusvoimat 2019: Sotilaan käsikirja. Luettavissa: https://puolustusvoimat.fi/documents/1948673/2272379/PEVIESTOS_Sotilaank%C3%A4sikirja-2019.pdf. Luettu 28.05.2024.

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2024: Käypä hoito suositukset. Luettavissa: <https://www.kaypahoito.fi/suosituks>. Luettu 21.05.2024.

Suomen Punainen Risti 2024: Ensiapuhjeet, vierasesineen poistaminen hengitysteistä - aikuinen. Luettavissa: <https://www.punainenristi.fi/ensiapu/ensiapuhjeet/vierasesineen-poistaminen-hengitysteista-aikuinen/>. Luettu: 22.05.2024.

Tietoa epilepsiasta. Epilepsialiitto. Luettavissa: <https://www.epilepsia.fi/tietoa-epilepsiasta/>. Luettu 12.10.2024.

Tilastokeskus 2022: Rikos- ja pakkokeinotilasto. Pakkokeinot 2021. Luettavissa: https://stat.fi/til/rpk/2021/14/rpk_2021_14_2022-02-25_fi.pdf. Luettu 1.11.2024.

Turunen, M. 2024: Itä-Suomen poliisilaitoksen Kuopion pääpoliisiaseman turvallisuuspäällikkö. Sähköposti 28.05.2024.

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

Liitteet

Liite 1 – Produkti – Ensiapu kertaust materiaali – PowerPoint-esitys