

Päihtyneenä päivystyksessä – Saako potilas hyvää hoitoa ja kohtelua?

MARITA KOIVUNEN

TtT, dosentti, kehittämissylihoitaja
Satakunnan sairaanhoitopiiri
Yhtymähallinto, Sisäinen kehittämistoiminta

SANNA HARJU

YtK, YtM-opiskelija, sh, tutkimushoitaja
Satakunnan sairaanhoitopiiri
SELMAn potilastutkimushanke

TIINA HAKALA

Sh, TtM-opiskelija, osastonhoitaja
Satakunnan sairaanhoitopiiri
Psykiatrisen hoidon toimialue

JUSSI HÄNTI

TtM, toimialueylihoitaja
Satakunnan sairaanhoitopiiri
Psykiatrisen hoidon toimialue

MARITTA VÄLIMÄKI

TtT, professori, ylihoitaja (sivutoimi)
Turun yliopisto, Hoitotieteen laitos
Turun yliopistollinen keskussairaala

TIIVISTELMÄ

Päihtien käyttö tai päihderiippuvuus voi liittyä lähes kolmasosaan päivystyspoliklinikan käyneistä. Päivystysyksikköön perustetulla selviämishoitoyksiköllä on mahdollista parantaa päihdepotilaiden hoidon laatua sekä rauhoittaa päihtyneiden potilaiden mahdollisia päivystystoiminnalle aiheuttamia ongelmia. Selviämishoitoyksikön keskeisenä tehtävänä on muun tarvittavan hoidon yhteydessä puuttua potilaiden päihtien käyttöön, motivoida heitä jatkohoitoon ja järjestää tarvittaessa tarkoituksenmukainen jatkohoito.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää päivystyksen selviämishoitoyksikössä hoidettujen päihtyneiden potilaiden kokemuksia saamaasta hoidosta. Tutkimusaineisto on kerätty haastattelulla potilaita (n = 57) puhelimitse kolmen kuukauden kuluttua toteutuneesta hoidosta. Potilaita pyydettiin vapaasti kertomaan kokemuksiaan. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällön erittelyllä.

Potilaiden kuvaukset päivystyksen selviämishoitoyksikön hoidosta jakautuivat neljään luokkaan: kliiniset hoitotoimenpiteet, vuorovai-

ABSTRACT

An intoxicated patient in the emergency department – Does the patient get good care and treatment?

Marita Koivunen, PhD, Docent, Nursing Director

Sanna Harju, BSSc, MSSc-student, Rn, Research Assistant

Tiina Hakala, Rn, MNSc-student, Charge Nurse

Jussi Hänti, MNSc, Nursing Director

Maritta Välimäki, PhD, Professor, Nursing Director (part-time)

Nearly one in three emergency department visits may involve intoxicant use or substance abuse. The quality of care of patients with substance abuse can be improved and possible problems alleviated with a sobering unit in the emergency department. The key task of the unit is to intervene in intoxicant use, motivate patients for follow-up treatment and arrange suitable follow-up treatment.

The purpose was to explore the experiences of patients treated in the sobering unit of the emergency department. Data were collected by interviewing patients (n = 57) via telephone three months after the care episode. Patients were asked to recount their experiences freely. Data were analysed by inductive content analysis.

kus, kohtelu ja hoitoympäristö. Hoitotoimenpiteet koettiin pääasiassa hyviksi ja hyödyllisiksi. Yleinen vuorovaikutus, keskustelu, psyykkisen tilan huomioiminen sekä päihteiden käytön puheeksi ottaminen olivat potilaille tärkeitä ja jatkossa alkoholin käytön vähentämisen kannalta hyödyllisiä. Tutkimus osoitti myös, että potilaat arvostivat ammatillista, syyllistämätöntä ja ymmärtäväistä kohtelua.

Avainsanat: Päivystyshoitotyö, päihdeongelmat, potilaan näkökulma, hoidon laatu, haastattelu

Patients' descriptions of the care in the sobering unit were divided into four categories: clinical care procedures, interaction, general treatment and care environment. Care procedures were mainly regarded as good and useful. General discussion, considering patients' mental state, and bringing up intoxicant use were important for patients and useful in reducing future alcohol use. The study also showed that patients appreciated general treatment that was professional, understanding and not intended to generate guilt.

Key words: Emergency nursing, substance-related disorders, patient's perspective, quality of care, interview

Mitä tutkimusaiheesta jo tiedetään?

- Yleisesti päivystyspotilaat arvostavat lyhyitä odotus- ja hoitoaikoja, henkilökunnan teknistä osaamista hoitotoimenpiteiden yhteydessä, kivun hoidon toteutumista, tiedonsaantia sekä empaattista kohtaamista.
- Aiempi hoitotieteellinen tutkimus päivystyshoidon laadusta päihtyneenä hoidettujen potilaiden näkökulmasta on vähäistä.

Mitä uutta tieto tutkimus tuo?

- Päihtyneenä päivystyksessä hoidetut potilaat arvostavat psyykkisen tilan huomioivaa hoitoa.
- Potilaat pitävät hyödyllisenä yleistä vuorovaikutusta ja keskustelua sekä päihteiden käyttöön liittyvää puheeksi ottoa.
- Potilaat haluavat säilyttää itsensä määräämisoikeutensa ja osallisuutensa omassa hoidossaan päihtymystilastaan huolimatta.

Mikä merkitys tutkimuksella on hoitotyölle?

- Tutkimuksen tuottama tieto osoittaa, että päivystysvastaanottojen henkilökunnalla tulee olla päihdepotilaan kohtaamiseen liittyvää osaamista ja valmiutta ottaa vuorovaikutuksessa esille päihteiden käyttöön liittyvät asiat.
- Päihdepotilaiden laadukas hoito päivystyksessä edellyttää tiloja, joissa henkilökohtainen keskustelu ja potilaan yksilöllinen huomioiminen on mahdollista.
- Tutkimustieto auttaa päivystyksessä toimivaa hoitohenkilökuntaa kehittämään ammattitaitoaan päihtyneiden potilaiden kohtaamisessa ja hoidossa.

Tutkimuksen lähtökohdat

Korkean alkoholikulutuksen maissa esiintyy kohtalaisen paljon alkoholiperäisiä haittoja. Tilastojen mukaan Suomessa alkoholiin liittyvät kuolemat, maksasairaudet ja myrkytykset ovat yleisempiä kuin läntisissä

naapurimaissamme. (Koskinen & Martelin 2013, Varis 2013.) Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimuksen mukaan naispotilaista noin 10 % ja miespotilaista lähes 20 % on alkoholin ongelmakäyttäjiä (Käypä hoito suositus 2010). Päihteiden käyttö tai päihderippuvuus voi liittyä lähes kolmasosaan päivystyspoliklinikakäynneistä.

Päihteiden käytöstä johtuvat ongelmat kuormittavat päivystysyksiköitä, ja päihtyneet potilaat voivat aiheuttaa käyttäytymisellään haastavia tilanteita hoitohenkilökunnalle. (Kantonen ym. 2006.) Päivystyksessä hoidettavat päihdepotilaat kärsivät usein myös mielenterveysongelmista (Chang ym. 2011).

Päivystyshoito tarkoittaa äkillisen sairastumisen, vamman tai kroonisen sairauden vaikeutumisen edellyttämää välitöntä arviointia ja hoitoa (Reissell ym. 2012). Päivystysyksikössä on oltava riittävät voimavarat ja laaja osaaminen, jotta hoidon laatu ja potilasturvallisuus toteutuvat (Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 50 §). Sekä somaattisen syyn että yhtä aikaa päihtymystilan takia hoitoon tuleva potilas vaatii seurantaa, tutkimuksia ja hoitotoimenpiteitä tähän tarkoitettuissa tiloissa ja ammattitaitoisen henkilökunnan toimesta (Reissell ym. 2012). Päivystysvastaanotolla ei ole mahdollista eikä tarkoituksenmukaistakaan ratkaista kaikkia potilaan lääketieteellisiä ja sosiaalisia ongelmia, vaan selvittää akuutti ongelma ja järjestää tarkoituksenmukainen jatko-hoito (Brailsford ym. 2004). Päihtymys ei saa estää henkilön akuutin hoidon tarpeen arviointia ja järjestämistä tai estää saamasta asianmukaista kohtelua (Sosiaali- ja terveystoiministeriö 2006). Siksi päivystykseen hakeutuneen tai sinne tuodun päihtyneen henkilön hoidon tarve on arvioitava ensisijaisesti terveydenhuollossa eikä muissa kunnan palveluissa. Päihdepotilaan hoitokäytäntöön ei kuulu myöskään automaattisesti kuljettaminen poliisin suojiin. (Kantonen ym. 2006, Sosiaali- ja terveystoiministeriö 2006.)

Päivystyksessä päihtyneen henkilön hoitoon tulisi liittää alkoholin käyttöön liittyvien terveydellisten ja sosiaalisten haittojen puheeksi ottaminen (O'Rourke ym. 2006, Fors ym. 2012). Tutkimustulokset osoittavat, että potilaiden kanssa kannattaa keskustella päihteiden käytöstä. Esimerkiksi alkoholin käyttömäärän arvioimisella (Barnett ym. 2010, O'Brien 2011) sekä lyhyellä motivoivalla keskustelulla saattaa olla merkitystä potilaan alkoholin käytölle jatkossa (Walton ym. 2008, Forsythe & Lee 2012). Puheeksi

ottamisella voidaan vähentää potilaan toistuvia päivystyskäyntejä (Désy ym. 2010) ja saada aikaan kustannussäästöjä (Schwan ym. 2012). Käytännön ongelmana kuitenkin on, että suuri osa päivystyspoliklinikoilla toimivasta henkilökunnasta ei ole saanut koulutusta päihteiden käytön puheeksi ottamisen menetelmiin. Henkilökunnan asennoituminen päihdepotilaisiin saattaa myös olla negatiivista. Päihdeongelmasta kärsivien hoitoon ei haluta välttämättä suunnata resursseja. (O'Rourke ym. 2006, Kelleher & Cotter 2009.)

Merkittävä osa päivystyksen potilaista saapuu hoitoon päihtyneenä (Kantonen ym. 2006, Reissell ym. 2012). Silti tämän potilasryhmän kohtelusta ja hoidosta ei ole juuri-kaan käytännön toimintaa ohjaavaa tutkimusta. Muihin päivystysvastaanotoilla hoidettuihin potilasryhmiin kohdentuneet tutkimukset ovat osoittaneet, että potilaat arvostavat hoidon nopeutta ja tehokkuutta. Pitkät odotusajat ja epävarmuus omasta tilanteesta lisäävät potilaiden tyytymättömyyttä ja heijastuvat edelleen näkemyksiin hoidon onnistumisesta. (Nairn ym. 2004, Taylor & Bengner 2004, Muntlin ym. 2010, McCarthy ym. 2011.) Odotusaikojen kestosta tiedottamisella tai oletetun odotusajan seuraamisen mahdollisuudella on todettu olevan positiivinen merkitys potilaan kokemukseen hoidon laadusta (Nielsen 2004, McCarthy ym. 2011).

Päivystyspotilaat tarkastelevat henkilökunnan ammattitaitoa lähinnä teknisenä osaamisena ja miten he toteuttavat hoitoon liittyvät toimenpiteet (Nairn ym. 2004, Welch 2010). Iso osa potilaista hakeutuu päivystysvastaanotolle kokemansa kivun vuoksi. Kivun hoidon riittämättömyys näytetään potilaan kokemuksena huonosta hoidosta. (Downey & Zuo 2010, Welch 2010, Muntlin ym. 2011.) Arvioon hoidon laadusta päivystystilanteessa ovat olleet yhteydessä myös tiedon saanti omasta tilasta sekä hoitoon liittyvä ohjaus: mitä enemmän potilas on kokenut saavansa tietoa sairaudestaan ja sen hoidosta sitä tyytyväisempi hän on ollut hoitoon kokonaisuutena (Nairn ym. 2004, Muntlin ym. 2006). Potilaat myös arvostavat hoitohenkilökunnan

empaattista suhtautumista ja he odottavat, että heitä kuunnellaan ja heille annetaan vaikutusmahdollisuuksia omaan hoitoonsa (Muntlin ym. 2006). Toisaalta tilojen ahtaas, vuoteiden puuttuminen sekä esimerkiksi ruokailumahdollisuuksien puuttuminen ovat heikentäneet potilastyytyväisyyttä (Nairn ym. 2004).

Länsisuomalaisen keskussairaalan ensihoidon ja päivystyksen yksikössä käynnistettiin vuonna 2009 päivystykseen tulevien päihtyneiden potilaiden hoitoon keskittyvä selviämishoitoyksikkö. Yksikkö on sijoitettu kiinteästi muiden päivystystoimintojen yhteyteen. Toimintakäytännöllä haluttiin parantaa päihdepotilaiden hoidon laatua sekä rauhoittaa päivystystoiminnan arkea. Selviämishoitoyksikön keskeisenä tehtävänä on tarvittavan hoidon yhteydessä puuttua potilaiden päihtyneiden käyttöön, motivoita heitä jatkohoitoon ja järjestää tarkoituksenmukainen välitön jatkoahoito.

Vuonna 2012 käynnistettiin päivystyksen selviämishoitoyksikössä tutkimushanke, jonka tavoitteena on kuvata, miten potilaat ovat kokeneet hoidon ja mikä merkitys hoidolla sekä siihen sisältyvällä motivoivalla keskustelulla on ollut päihtyneiden käyttöön ja koettuun terveydentilaan. Terveystenhuollon toiminnan ja menetelmien laadun arvioinnissa on tärkeää ottaa huomioon palvelujen käyttäjien näkökulma (Facey ym. 2010). Tästä syystä on perusteltua tarkastella myös päihtyneenä päivystyshoitoon haakeutuneen potilaan kokemuksia hoidosta. Potilasrekrytointi päivystyksen selviämishoitoyksikön tutkimukseen toteutettiin syyskuusta 2012 helmikuuhun 2013. Tutkimushankkeeseen on rekrytoitu kaiken kaikkiaan 101 potilasta. Tässä artikkelissa raportoidaan puhelinhaastattelun tulokset, jossa potilaisiin otettiin yhteyttä kolmen kuukauden kuluttua selviämishoitoyksikön hoidon jälkeen.

Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite

Tämän osatutkimuksen tarkoituksena on kuvata kokemustietoa päivystyksessä toimivan selviämishoitoyksikön hoidosta potilai-

den näkökulmasta. Tavoitteena on saada vastaus kysymykseen: Minkälaisiksi potilaat ovat kokeneet saamansa hoidon päivystyksen selviämishoitoyksikössä?

Tutkimusaineisto ja menetelmät

Tutkimusjoukko koostui 101 potilaasta, jotka olivat olleet päivystyksen selviämishoitoyksikön hoidossa syyskuun 2012 ja helmikuun 2013 välisenä aikana. Näistä tavoitettiin puhelimitse kolmen kuukauden kuluttua 75 potilasta. Heistä viisi toi esille, että ei enää muista kunnolla hoitokokemusta eivätkä he tästä syystä halunneet tai voineet ottaa kantaa selviämishoitoyksikössä saamaansa hoitoon. Lisäksi 13 potilasta koki, että heillä ei ollut mitään erityistä sanottavaa hoidosta. Lopullinen aineisto koostui 57 (56 %) tutkimukseen rekrytoituneen potilaan näkemyksistä.

Aineiston keruu toteutettiin puhelinhaastattelulla. Tämä sopi aineistonkeruumenetelmäksi hyvin, koska haastavat ja haavoittuvat potilasryhmät saattavat kuvata mieluummin kokemuksiaan kasvottomasti (Mealer & Jones 2014). Haastatteluja ei nauhoitettu yksityisyyden suojan varmistamiseksi. Päihtyneenä hoidetut potilaat voivat kokea epäluuloisuutta aiheen arkaluonteisuuden vuoksi, mikä olisi saattanut vähentää tutkimuksen osallistujien määrää (Trier-Bieniek 2012).

Potilaita pyydettiin kertomaan vapaasti kokemuksiaan selviämishoitoyksikön hoidosta. Haastattelija kirjasi potilaan kertomuksesta oleelliset hoitajaksoon liittyvät asiat mahdollisimman tarkasti (Mealer & Jones 2014). Haastattelun jälkeen sisällöt tallennettiin mahdollisimman pian tekstin käsittelyohjelman haastattelun sisällön säilymistä varmistamiseksi (Graneheim & Lundman 2004).

Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällön erittelyllä tutkimushoitajan (SH) ja vastuullisen tutkijan (MK) yhteistyönä. Induktiiviseen analyysiin päädyttiin, koska juuri päihtyneenä päivystyksessä hoidettujen potilaiden kokemuksista saamastaan hoidosta on vähän aiempaa tutkimusta (Graneheim &

Lundman 2004, Elo & Kyngäs 2008); ylipääntään päivystyspotilaisiin kohdentuvaa tutkimusta löytyi jonkin verran. Sisällön erittely sopi analyysimenetelmäksi hyvin, koska tavoitteena oli säilyttää tuloksissa mahdollisimman tarkasti niitä ilmaisuja ja adjektiiveja, joita tutkimuksen kohdejoukkoon kuuluvat olivat käyttäneet kuvatessaan kokemuksiaan hoitojaksosta. Näin varmistettiin, että nähtävissä on potilaiden omat kuvaukset hoidosta ja sen laadusta. (Vaismoradi ym. 2013.) Aluksi aineisto luettiin muutama kertaan läpi, jotta saatiin yleiskuva sisällöstä. Tämän jälkeen sisältö luokiteltiin samaa tarkoitaviin pääluokkiin. Tarkastelun kohteena olivat kokonaiset lauseet, lauseen osat sekä yksittäiset adjektiivit (Braun & Clarke 2006, Vaismoradi ym. 2013). Ilmaiset jaoteltiin pääluokkien sisällä positiivisiin ja negatiivisiin kokemuksiin, jotka toimivat analyysissä alaluokkina (Elo & Kyngäs 2008).

Taustatietoina on selvitetty potilaan ikä, sukupuoli, koulutustaso ja elämäntilanteeseen liittyviä asioita, kuten työllisyystilanne. Lisäksi on raportoitu AUDIT-testin tulos hoitojakson ajankohdalta. AUDIT-testi on maailman terveysjärjestön (Babor ym. 2001) kehittämä alkoholin käytön riskiä arvioiva testi (Alcohol Use Disorders Identification Test), joka sisältää 10 kysymystä alkoholin käyttöön mahdollisesti liittyvistä haitoista. Testin maksimipistemäärä on 40. Riskikäyttöä arvioitaessa testin pistemäärät jaetaan viiteen luokkaan; 0–7 pistettä = riskit vähäisiä; 8–10 pistettä = riskit lievästi kasvaneet; 11–14 pistettä = riskit selvästi kasvaneet; 15–19 pistettä = riskit suuria; 20– pistettä = riskit erittäin suuria. Tässä tutkimuksessa AUDIT-testin tulos kuvaa potilaan alkoholin käytön tilannetta hoitojakson ajankohdassa.

Tutkimuseettiset näkökohdat

Tutkimuksen eettisissä ratkaisuissa on noudatettu yleisiä terveydenhuoltoalan tutkimuksille asetettuja eettisiä ja lainsäädännöllisiä vaatimuksia (ETENE 2006). Tutkimuksen toteuttamiseen on saatu lupa organisaation käytännön mukaisesti. Tutkimuk-

selle ei ole haettu lääketieteellisen tutkimuseettisen toimikunnan lausuntoa, koska kyseessä on kyselytutkimus, joka sellaisenaan ei ole kajoava (Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 488/1999). Osa tutkimuksessa kerätystä tiedosta on sellaista, joka koetaan selviämishoitoyksikössä osana normaalia potilashoitoa (esim. AUDIT-testi). Tutkimuksen tiedonkeruusta ja tietojen säilyttämisestä on laadittu rekisteriseloste, joka on ollut esitettävissä potilaalle.

Potilaan suostumus tutkimukseen osallistumisesta perustuu tietoiseen suostumukseen (Burns & Grove 2005). Suostumusta pyydettiin vasta, kun potilas oli kotiuttamisvaiheessa. Tällä varmistettiin, että hän oli toipunut päihtymystalasta. Ennen suostumusta varmistettiin, että potilas sai riittävästi tietoa tutkimuksen sisällöstä sekä anonymiteetin säilyttämisestä sekä suullisesti että kirjallisesti. Potilaalle selvitettiin, että hänellä on oikeus kieltäytyä tai keskeyttää tutkimukseen osallistuminen missä vaiheessa tahansa. Potilasta pyydettiin allekirjoittamaan suostumuslomakkeet sen jälkeen kun nämä asiat oli hänelle selvitetty ja hän sai mukaansa yhden kappaleen suostumuslomakkeesta. Tutkimukseen lupautuneelle selvitettiin myös miten häneen jatkossa otetaan yhteyttä. (TUKIJA 2012.)

Kolmen kuukauden kuluttua hoitojaksosta tehdyn haastattelun yhteydessä varmistettiin, että potilas muisti lupautuneensa mukaan tutkimukseen ja hän oli tässä vaiheessa valmis osallistumaan haastatteluun. Haastattelut toteutti tutkimushoitaja, joka ei kuulu päivystysyksikön henkilökuntaan.

Tulokset

Taustatiedot

Naisia haastatelluista oli 11 ja miehiä 46. Suurimman ikäluokan muodostivat 50–59-vuotiaat (vaihteluväli 23–66 vuotta), johon kuului 30 % haastatelluista. Lähes puolella potilaista (49 %) oli toisen asteen ammatillinen tutkinto, 14 % oli ammattikorkeakoulu- tai opistotutkinto ja 5 % yliopistotutkinto. Kolmanneksella (30 %) tutki-

mukseen osallistuneista ei ollut ammatillista koulutusta ollenkaan. Noin neljäsosa (26 %) oli työelämässä, vajaa kolmannes (28 %) ilmoitti olevansa työttömänä ja noin kolmannes (30 %) oli eläkkeellä. Kolme vastaajaa opiskeli ja 11 % ilmoitti osallistuvansa parhaillaan kursseille tai olevansa sairauslomalla.

Potilaiden hoitojakson aikana ilmoittamat AUDIT-pisteet vaihtelivat välillä 7–40. Lähes 2/3 (62 %) kuului luokkaan, jossa alkoholin käytön haittojen riski on erittäin suuri ja viidennes (21 %) kuului luokkaan, jossa haittojen riski on suuri. Kaksi haastatelluista kuului vähäisen riskin luokkaan ja kaksi lievän riskin luokkaan. (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Taustatiedot

Taustatieto	n	%
Sukupuoli		
Nainen	11	19
Mies	46	81
Ikä		
alle 30 v	6	10
30–39 v	10	18
40–49 v	13	23
50–59 v	17	30
60 + v	11	19
Koulutustaso		
Ei ammatillista koulutusta	17	30
Toisen asteen tutkinto	28	49
Amk / opistotason tutkinto	8	14
Yliopistotutkinto	3	5
Ei tiedossa	1	2
Elämäntilanne		
Työelämässä	15	26
Työttömänä	16	28
Eläkkeellä	17	30
Opiskelemassa	3	5
Muu elämäntilanne	6	11
AUDIT-pisteet		
0–7 riskit vähäisiä	2	3
8–10 riskit lievästi kasvaneet	2	3
11–14 riskit selvästi kasvaneet	6	11
15–19 riskit suuria	12	21
20+ riskit erittäin suuria	35	62

Kokemukset päivityksen selviämishoitoyksikön hoidosta

Potilaiden kuvaukset päivityksen selviämishoitoyksikön hoidosta jakautuivat neljään luokkaan: kliiniset hoitotoimenpiteet, vuorovaikutus, kohtelu ja hoitoympäristö. Kaikkien luokkien sisällöissä ilmeni sekä positiivisia että negatiivisia kuvauksia.

Kliiniset hoitotoimenpiteet

Potilaat kuvasivat päivityksen selviämishoitoyksikössä saamaansa hoitoa hyväksi ja tehokkaaksi ja kertoivat pääasiassa olevansa tyytyväisiä toteutettuihin kliinisiin hoitotoimenpiteisiin. Potilaat kokivat, että heitä oli tutkittu riittävästi ja tehdyistä hoitotoimenpiteistä oli ollut heille hyötyä. Haastateltavat toivat esille, että he olivat saaneet apua sen hetkiseen terveystilanteeseensa. Positiivisena koettiin psyykkisen tilan huomioiminen hoitotoimenpiteiden yhteydessä. Tarvittaessa oli ollut mahdollista keskustella myös psykiatrin tai muun erityisasiantuntijan kanssa. Jotkut potilaat eivät välttämättä kokeneet hoitotoimenpiteistä suurta hyötyä ja asiaa selvennettiin omalla asennoitumisella ja vastaanottokyvällä.

Kotiuttamisvaiheessa lääkärin tapaamisen ja päätöksien odottaminen koettiin turhauttavana. Toisaalta myös potilaan oman näkemyksen mukainen liian aikainen kotiuttaminen ei tyydyttänyt potilasta. Osa haastatelluista koki, että heidän itsemääräämisoikeutensa rajoitettiin, joka ilmeni liikkumisvapauden rajoittamisena, tupakoinnin kieltämisenä ja siinä, että potilaan tavallisesti käyttämiä lääkkeitä ei ollut saatavilla. Eräs potilas toi esille, että oma liikkumisen apuväline ei ollut saatavilla WC-käyntiä varten. Eräs potilas mainitsi, että ei saanut riittävästi ruokaa hoidon aikana.

”Oli hyötyä, että sain selvittää pään ja rauhoittua. Tapasin psykiatrin...”

”Erittäin hyvä hoito, ei negatiivista sanottavaa.”

”Lääkärinä sai odottaa kauan ja kotiinnähtö viivästy...”

Taulukko 2. Potilaiden kokemukset päivityksen selviämishoitoyksikön hoidosta

Pääluokka	Alaluokat	
	Positiiviset kokemukset	Negatiiviset kokemukset
Kliiniset hoitotoimenpiteet	hyviä tehokkaita laadukkaita hyödyllisiä riittäviä psykkisen tilan huomioivia moniammatillisia	ei suurta hyötyä kotiuttamisen odottaminen päätösten odottaminen liian varhainen kotiuttaminen itsemääräämisoikeuden rajoittaminen liikkumisvapauden rajoittaminen ei tarvittavia lääkkeitä ei riittävästi ruokaa
Vuorovaikutus	keskustelevaa positiivista tarpeellista hyvää hyödyllistä asiantuntevaa pysäyttävää ajattelemisen aihetta antavaa emotionaalista tukea antavaa	ei riittävästi tietoa omasta tilasta ei riittävästi tietoa miksi hoidossa ei keskustelua ollenkaan
Kohtelu	hyvää ystävällistä reipasta ammattimaista asiallista syyllistämätöntä ymmärtävää	tökeröä epäasiallista painostavaa
Hoitoympäristö	rauhallinen	liian avonainen tila salassapidon rikkoutuminen

”Liian aikaisin päästettiin kotiin, en pysynyt edes kunnolla pystyssä.”

”Tupakalle olisin halunnut päästä, mutta ei päästetty.”

”Liikun rollaattorilla, enkä saanut sitä avukseni...”

Vuorovaikutus

Käydyt keskustelut hoitohenkilökunnan kanssa koettiin positiivisina ja tarpeellisina. Alkoholin käytön puheeksi ottoa pidettiin hyvänä, hyödyllisenä sekä pysäyttävänä. Vuorovaikutustilanteita kuvattiin ajattelemisen aihetta antaviksi. Keskustelut johdattelevat miettimään omaa alkoholin käyttöä ja siitä aiheutuneita seurauksia. Myös sitä, että hoitohenkilökunta lähestyi potilasta ja käynnisti keskustelun, pidettiin hyvänä.

Eräs haastateltava toi esille, että vuorovaikutuksen onnistumisen, keskustelun ja tiedon saannin kannalta oli merkityksellistä, että hoitajat olivat erikoistuneita päihtyneiden hoitamiseen. Osa potilaista koki, että ei ollut saanut riittävästi tietoa tilastaan tai siitä miksi oli otettu hoitoon selviämishoitoyksikköön. Yksi potilas toi esille, että päihtyneiden käytöstä ei hänen kanssaan ollut keskusteltu ollenkaan.

”Oli hyvä, että asia otettiin puheeksi.”

”Laittoi miettimään alkoholin käyttöä ja siitä aiheutuneita seurauksia.”

”Tullut mieleen, kun olen meinannut alkaa ottaa, käyttö vähentynyt.”

”Mielenkiintoinen kokemus, jäi epäselväksi miksi olin päätynyt hoitoon.”

Kohtelu

Pääasiassa haastateltavat kokivat saaneensa päivystyksen selviämishoitoyksikössä hyvää ja ystävällistä kohtelua henkilökunnan taholta. Kohtelua kuvattiin ammatimaiseksi, asialliseksi ja syyllistämättömäksi ja henkilökuntaa mukavaksi ja ymmärtäväiseksi. Yksi potilas pohti, että ansaitseeko humalainen ollenkaan niin hyvää kohtelua, joka yksikössä oli. Kuitenkin osa haastatelluista oli tyytymättömiä saamaansa kohteluun. Saatua kohtelua kuvattiin tökeröksi, epäasialliseksi tai painostavaksi.

”Asiallista ammattimaista kohtelua.”

”Henkilökunta oli ystävällistä.”

”Erittäin hienoa toimintaa, henkilökunta oli ystävällistä.”

”Oli katastrofaalinen kokemus, naishoitajat hyökkäsivät kimppuun ja tenttasivat...”

Hoitoympäristö

Haastatellut kuvasivat hoitoympäristöä rauhalliseksi. Yksikön tilaa pidettiin kuitenkin liian avonaisena. Henkilökunnan kesken kansliatiloissa käydyt keskustelut kuuluivat potilastiloihin. Näin ollen osalle potilaista syntyi kokemus, että yksikön ympäristöstä johtuen potilastietojen salassapito ei toteutunut hoitajakson aikana.

”Rauballinen ympäristö...”

”Rauballinen paikka, sai levätä...”

”Ei noudatettu vaitiolovelvollisuutta, kansliassa puhuttiin asioistani...”

Pohdinta ja johtopäätökset

Tulosten tarkastelu

Potilaat kokivat päivystyksen selviämishoitoyksikön hoidon toteutuneen pääasiassa hyvin ja laadukkaasti. Aiemmissa muihin päivystyspotilasryhmiin kohdentuneissa tutkimuksissa hoidon laatua on yleisesti peilattu odotusaikoihin ja henkilökunnan tekniseen osaamiseen (Nairn ym. 2004,

Welch 2010). Tässä tutkimuksessa ei kuitenkaan tullut yhtään mainintaa odotusajoista, joka johtunee siitä, että haastattelukysymys kohdennettiin koskemaan nimenomaan selviämishoitoyksikön hoitoa. Siitä, miten kauan potilaat ennen selviämishoitoyksiköön siirtymistä olivat odottaneet poliklinikalla, tutkimus ei antanut tietoa. Odottaminen mainittiin negatiivisena kokemuksena ainoastaan kotiuttamista odotettaessa.

Tutkimukssamme tuli esille, että päihtyneen potilaan psyykinen tila ja vointi on tärkeätä ottaa hoidossa huomioon. Potilas saattaa hyötyä psykiatrin, psykologin tai psykiatriaan erikoistuneen sairaanhoitajan konsultaatiosta. Nämä konsultaatiot voivat päivystystoiminnan ympäristössä olla hankalasti saatavilla ja resursoitavissa. Jos kuitenkin potilas viipyy hoidossa päihtymyksestä selviämiseen asti, oletettavaa on, että konsultaatiotarpeeseen pystyttäisiin ainakin arkipäivisin vastaamaan.

Potilaat haluavat säilyttää itsemääräämisoikeutensa päihtymystilasta huolimatta. Potilaan oman turvallisuuden ja muiden potilaiden sekä henkilökunnan turvallisuuden takaamiseksi päihtyneen liikkumista päivystyksen tiloissa on toisinaan rajoitettava (Kantonen ym. 2006). Potilas voi kaatua ja saada lisävammoja tai hän voi aiheuttaa häiriötä poliklinikalla. Muutamat potilaat toivat esille liikkumisvapauden rajoittamista. Näissä tilanteissa on tärkeätä pyrkiä löytämään yhteisymmärrys potilaan kanssa siitä, miksi liikkumisen rajoittamista tehdään (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014). Osa potilaista olisi halunnut tupakoida hoidon aikana. Kyseinen sairaala toimii savuttoman sairaalan periaatteella, jolloin potilaiden tupakoinnin rajoittaminen on tavanomainen toimenpide. Tutkimus ei tuottanut tietoa siitä, saivatko potilaat korvikkeeksi esimerkiksi nikotiini-laastareita hoitajakson aikana.

Aiempien tutkimusten mukaan päivystysolosuhteissa on hyödyllistä tarttua potilaan alkoholin riskikäyttöön (Forsythe & Lee 2012). Myös tutkimukssamme todettiin, että potilaat pitivät päihteiden käytöstä käytyjä keskusteluja hyödyllisinä. Keskustelu oli antanut ajattelemisen aihetta ja sillä oli

ollut merkitystä päihteiden käytölle jatkossa. Päivystyksen selviämishoitoyksikön toimintamalli antaa hyvät mahdollisuudet motivoivan keskusteluintervention toteuttamiseen. Päihteiden käytön puheeksi otto tulisi kuulua osaksi päivystystoiminnan hoitohenkilökunnan osaamista (O'Rourke ym. 2006, Kelleher & Cotter 2009). Tässä tutkimuksessa potilaista suhteellisen suuri osa oli AUDIT-testin tulosten mukaan alkoholin käyttäjinä suuressa riskissä saada käyttöön liittyviä vakaviakin terveydellisiä ja sosiaalisia haittoja. Näin ollen varhaisesta puuttumisesta ei ehkä voida puhua. Merkittävä osa selviämishoitoyksikössä hoideutuvia potilaista oli työikäisiä, jolloin riskikäyttöön puuttumisella olisi mahdollista tukea heidän pysymistään työelämän piirissä jatkossakin.

Osa potilaista koki, että heidän asioistaan keskusteltaessa salassapito rikkoutui. Näin ei saisi tapahtua missään hoitoympäristössä eikä minkään potilasryhmän kohdalla (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994). Kyseisen selviämishoitoyksikön tila on avonainen ja hoitohenkilökunnan käyttämä ns. kansliatila on suorassa yhteydessä potilastiloihin. Potilasvuoteet on eristetty toisistaan liikuteltavin sermein tai verhoihin. Keskustelujen kuulumisen estäminen muille läsnäolijoille on hankalaa. Käytännössä potilaiden valvonta selviämishoitoyksikössä vaatii sitä, että hoitohenkilökunta helposti pystyy seuraamaan kaikkien potilaiden tilaa. Hoitoympäristössä, jossa käydään intiimejä keskusteluja potilaan kanssa, tulisi jo suunnitteluvaiheessa ottaa huomioon tarpeelliset äänieristeet tai erilliset tilat keskusteluja varten.

Tutkimuksessamme potilaat eivät juuri kuvanneet henkilökunnan ammattitaitoa kliinisiin hoitotoimenpiteisiin liittyvinä teknisinä taitoina, joka taas aiemmissa muihin päivystyspotilaisiin kohdentuneissa tutkimuksissa on tullut vahvasti esille (esim. Welch 2010). Potilaat eivät myöskään tuoneet esille toimenpiteisiin ja tutkimuksiin liittyviä puutteita. Ammattitaitoa arvioitiin vuorovaikutuksen ammattillisuuden sekä kohtelun näkökulmasta. Tuloksen perusteella voidaan olettaa, että päihtyneen päi-

vystyksessä hoidetulle potilaalle merkityksellistä on se, miten hänet kohdataan terveystalouden asiakkaana ja ihmisenä. Potilasta tulee kuunnella, kohdella empaattisesti ja päihtymystilasta huolimatta hänen kertomansa on otettava vakavasti. Potilas on kohdattava ammattimaisesti ja hoitotyön eettisten periaatteiden mukaisesti (Leino-Kilpi & Välimäki 2012).

Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta on varmistettu kuvaamalla tutkimusprosessi mahdollisimman kattavasti (Graneheim & Lundman 2004). Vahvistettavuuden varmistamiseksi aineisto analysoitiin tutkimusryhmän kahden jäsenen toimesta ja tulosten luokittelusta ja luokkien sisällöstä muodostettiin yhteisymmärrys. Tulosten esittämistä on havainnollistettu autenttisin ilmaisin (Elo & Kyngäs 2008) potilaiden kertomusten sisällöstä, jolloin lukijan on mahdollista ymmärtää syvällisemmin mistä johtopäätökset on tehty.

Potilaiden kokemuksia hoidosta kysyttiin kolmen kuukauden kuluttua hoitajaksoista, joka saattaa heikentää luotettavuutta. Selvää on, että kyseisen kolmen kuukauden aikana osa kokemuksista on unohtunut ja voinut muuttua muotoaan. Tästä syystä ne tutkimukseen rekrytoituneet potilaat, jotka haastattelun yhteydessä totesivat, että eivät muista hoitajakson sisältöä kunnolla, jätettiin pois tutkimusjoukosta. Potilaan kokemuksiin hoidosta voivat luonnollisesti heijastua muistiin jääneet tuntemukset hoidon aikana; huonovointisuus, päihtymystilan aiheuttama sekavuus tai esim. fyysisen vamman aiheuttama kipu. Näin ollen mieleen jäänyt kokemus myös kokonaisuudesta voi olla negatiivinen. Kuitenkin potilaiden kuvaukset olivat vaihtelevia. Osa potilaista kuvasi hoidon ja hoitohenkilökunnan kohtaamisen hyvin positiivisena ja osa taas negatiivisena. Tässä tutkimushankkeessa ei nähty mahdolliseksi kysyä potilaiden kokemuksia hoidosta hoitajakson aikana, jolloin potilaan sen hetkinen terveydentila ei ehkä olisi mahdollistanut haastattelun toteuttamista. Oletettavaa on

myös, että hoitajakson aikana potilaan ollessa vielä kyseisessä hoitoyksikössä, ei ole välttämättä saatavissa luotettavaa tietoa kokemuksesta.

Aineistonkeruu toteutettiin puhelinhaastatteluin, joiden yhteydessä potilaan kertomukset kirjattiin käsin. Käytetty tekniikka ei mahdollistanut puhelujen nauhoittamista. Haastattelujen nauhoittaminen olisi saattanut tuottaa rikkaamman aineiston samoin kasvokkain tehdyt haastattelut (Graneheim & Lundman 2004). On kuitenkin todettu, että haavoittuvien potilasryhmien tai arkaluontoisten aiheiden käsittelyssä puhelinhaastattelu saattaa olla tiedon keruun kannalta hyödyllisempi vaihtoehto kuin kasvokkain tapahtuva haastattelu, koska haastateltavalla on mahdollisuus keskustella aiheesta kasvottomasti (Trier-Bieniek 2012, Mealer & Jones 2014).

Tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että haastateltavien määrä oli suhteellisen suuri ($n = 57$). Potilaat rekrytoitiin tutkimukseen puolen vuoden ajanjaksolla, jolloin heidän kokemuksensa selviämishoitoyksikön hoidosta eivät kohdentuneet yksittäiseen tai muutamaaan työvuoroon. Todennäköistä on, että hoitoon osallistuneita ammattilaisia on myös ajanjakson aikana ollut monia. Näin ollen voidaan olettaa, että kerätty haastatteluaineisto antaa luotettavaa kuvaa potilaiden hoitokokemuksista.

Laadullinen lähestyminen edellyttää tutkijan tietosuutta omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä (Graneheim & Lundman 2004). Tässä tutkimuksessa tutkimusryhmän jäsenet ovat ulkopuolisia suhteessa selviämishoitoyksikköön. Tutkimusryhmässä on laaja-alaista osaamista: ryhmään kuuluu tutkimusmetodiikan, päihdehoitotyön, mielenterveystyön sekä hoitotyön johtamisen asiantuntijoita. Näin on pyritty varmistamaan tutkimusprosessin, tutkimustulosten ja raportoinnin laatu.

Tutkimustulokset sellaisenaan eivät ole yleistettäviä erityisesti siksi, että päivystyksessä toimiva selviämishoitoyksikkö ei ole tavanomainen tapa hoitaa akuuttia sairaanhoitoa tarvitsevia päihtyneitä potilaita. On mahdollista, että selvitettyä näiden potilaiden kokemuksia hoidostaan ns. perinteisessä poliklinikaympäristössä, tulokset olisivat erilaisia.

Johtopäätökset

Aiempaa hoitotieteellistä tutkimustietoa päihtyneiden potilaiden kokemuksista päivystysympäristössä ei juuri ole olemassa, vaikka tämä potilasryhmä on lukumäärällisesti merkittävä päivystysyksiköissä hoideutuista potilaista. Potilaille hyvä hoito merkitsee ennen kaikkea vuorovaikutuksellista keskustelua, asiallista ja ammattimaista kohtelua sekä itsemääräämisoikeuden säilyttämistä. Tutkimuksen tuottama tieto osoittaa, että päivystysvastaanottojen henkilökunnalla tulee olla päihdepotilaan kohtaamiseen liittyvää osaamista ja valmiutta ottaa esille päihtyneiden käyttöön liittyvät asiat. Päihdepotilaiden laadukas hoito päivystyksessä edellyttää tiloja, joissa henkilökohtainen keskustelu ja potilaan yksilöllinen huomioiminen on mahdollista.

Tulosten vahvistamiseksi tarvitaan jatkossa tietoa muista vastaavista hoitoympäristöistä päihtyneenä hoidettujen potilaiden näkökulmasta. Lisäksi päivystysyksiköiden hoitohenkilökunnan työn tarkasteleminen ja heidän näkökulmiensa selvittäminen on tarpeellista.

VASTUUALUEET

Tutkimuksen suunnittelu: MK, TH, MV, aineiston keruu: SH, MK, aineiston analysointi: MK, SH, käsikirjoituksen kirjoittaminen: MK, SH, käsikirjoituksen kommentointi: MV, TH, JH.

LÄHTEET

- Babor T, Higgins-Biddle J, Saunders J, Monteiro M. 2001. *AUDIT, The alcohol use disorders identification test. Guidelines for use in primary care*. Second Edition. World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence. http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/who_msd_msb_01.6a.pdf / 4.11.2013
- Barnett NP, Apodaca TR, Magill M, Colby SM, Gwaltney C, Rohsenow DJ & Monti PM. 2010. Moderators and mediators of two brief interventions for alcohol in the emergency department. *Addiction* 105 (3), 452–465.
- Brailsford BC, Lattimer VA, Tarnaras P & Turnbull JC. 2004. Emergency and on-demand health care: modelling a large complex system. *Journal of the Operational Research Society* 55, 34–42.
- Braun V & Clarke V. 2006. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* 3 (2), 77–101.
- Burns N & Grove SK. 2005. *The practice of nursing research: Conduct, critique and utilization*. 5th Edition. W. B. Saunders Company, Philadelphia.
- Chang B, Gitlin D & Patel R. 2011. The depressed patient and suicidal patient in the emergency department: evidence-based management and treatment strategies. *Emergency Medicine Practice* 13 (9), 1–23; quiz 23–24.
- Désy PM, Kunz Howard P, Perhats C & Li S. 2010. Alcohol screening, brief intervention, and referral to treatment conducted by emergency nurses: An impact evaluation. *Journal of Emergency Nursing* 36 (6), 538–545.
- Downey L & Zun L. 2010. Pain management in the emergency department and its relationship to patient satisfaction. *Journal of Emergencies, Trauma, and Shock* 3 (4), 326–330.
- Elo S & Kyngäs H. 2008. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62 (1), 107–115.
- ETENE, Valtakunnallinen sosiaali- ja terveystieteiden neuvottelukunta. 2006. *Tutkimuksen eettinen arviointi Suomessa*. http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17145&name=DLFE-529.pdf / 4.11.2013
- Facey K, Boivin A, Gracia J, Ploug Hansen H, Lo Scalzo A, Mossman J & Single A. 2010. Patients' perspective in health technology assessment: A route to robust evidence and fair deliberation. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 26 (3), 334–340.
- Fors R, Heimala H, Kejonen A, Pitkänen M, Strand T, Tamminen I & Tenkanen T. 2012. *Yhteistä ponnistelua alkoholihaittojen ehkäisemiseksi ja vähentämiseksi. Alkoholiohjelman työsuunnitelma vuosille 2012–2015*. Raportteja 73/2012, Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90921/THL_Raportti_73_2012.pdf?sequence=1 / 4.11.2013
- Forsythe M & Lee GA. 2012. Review: The evidence for implementing alcohol screening and intervention in the emergency department – Time to act. *International Emergency Nursing* 20 (3), 167–172.
- Graneheim UH & Lundman B. 2004. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24 (2), 105–112.
- Kanttonen J, Niittynen K, Mattila J, Kuusela-Louhivuori P, Manninen-Kauppinen E & Pohjola-Sintonen S. 2006. Päihtyneet ja päihdeongelmaiset potilaat Peijaksen sairaalan päivystyspoliklinikalla. *Suomen Lääkärilehti* 61 (47), 4923–4927.
- Kelleher S & Cotter P. 2009. A descriptive study on emergency department doctors' and nurses' knowledge and attitudes concerning substance use and substance users. *International Emergency Nursing* 17 (1), 3–14.
- Koskinen S & Martelin T. 2013. *Suomalaisten terveys, toimintakyky ja terveyserot*. Teoksessa: Sihto M, Palosuo O, Topo P, Vuorenkoski L & Leppo K. (toim). *Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt*. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos, Teema 17 / 2013. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104409/URN_ISBN_978-952-245-814-8.pdf?sequence=1 / 5.11.2013
- Käypä hoito suositus 2010. *Alkoholiongelmaisen hoito*. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50028.pdf> / 4.11.2013
- Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 488/1999. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990488/4.11.2013>
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 554/1994. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559/7.11.2013>
- Leino-Kilpi H & Välimäki M. 2012. *Etiikka hoitotyössä*. SanomaPro. Helsinki. 5–7. p.
- McCarthy MI, Ding R, Zeger SL, Agado NO, Bessman Sc, Chiang W, Kelen GD & Bessman ES. 2011. A randomized controlled trial of the effect of service delivery information on patient satisfaction in an emergency department fast track. *Academic Emergency Medicine* 18 (7), 674–685.
- Mealer M & Jones J. 2014. Methodological and ethical issues related to qualitative telephone interviews on sensitive topics. *Nurse Researcher* 21 (4), 32–37.
- Muntlin A, Cunningham L & Carsson M. 2006. Patients' perceptions of quality of care at emergency department and identification of areas for quality improvement. *Journal of Clinical Nursing* 15 (8), 1045–1056.
- Muntlin A, Carsson M & Cunningham L. 2010. Barriers to change hindering quality improvement: the reality of emergency care. *Journal of Emergency Nursing* 36 (4), 317–323.
- Muntlin A, Carlsson M, Safwenberg U & Cunningham L. 2011. Outcomes of nurse-initiated intravenous analgesic protocol for abdominal pain in an emergency department: A quasi-experimental study. *International Journal of Nursing Studies* 48 (1), 13–23.

- Nairn S, Whotton E, Marshal C, Roberts M & Swann M. 2004. The patient experience in emergency departments: a review of the literature. *Accident and Emergency Nursing* 12 (3), 159–165.
- Nielsen D. 2004. Improving ED patient satisfaction when triage nurses routinely communicate with patients as to reasons for waits: One rural hospital's experience. *Journal of Emergency Nursing* 30 (4), 336–338.
- O'Brien MT. 2011. An evaluation of a screening and brief intervention pilot project for hazardous and harmful drinkers within the accident and emergency departments of Manchester Royal Infirmary. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 18 (5), 440–448.
- O'Rourke M, Richardson LD, Wilets I & D'Onofrio G. 2006. Alcohol-related problems: Emergency physicians' current practice and attitudes. *The Journal of Emergency Medicine* 30 (3), 263–268.
- Reissell E, Kokko S, Milen A, Pekurinen M, Pitkänen N, Blomgren S & Erhola M. 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon päivystys Suomessa 2011, THL Raportti 30/2012. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/bc917b3e-23e1-495a-85a4-6ffb9db22482> / 4.11.2013
- Schwan R, DiPatritio P, Albuissou E, Malet L, Brousse G, Lerond J, Laprevote V & Bovin J-M. 2012. Usefulness of brief intervention for patients admitted to emergency services for acute alcohol intoxication. *European Journal of Emergency Medicine* 19 (6), 384–388.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. *Päihtyneen henkilön akuuttivoito – sosiaali- ja terveydenhuollon ohjeet*. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:65. <http://pre20090115.stm.fi/aa1164721227855/passthru.pdf> / 4.11.2013
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2014. *Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeus*. Työryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2014:14. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=9882185&name=DLFE-29816.pdf / 30.4.2014
- Taylor C & Bengler JR. 2004. Patient satisfaction in emergency medicine. *Emergency Medicine Journal* 21 (5), 528–532.
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20101326#Pid1928594> / 4.11.2013
- Trier-Bieniek A. 2012. Framing the telephone interview as a participant-centred tool for qualitative research: a methodological discussion. *Qualitative research* 12 (6), 630–644.
- TUKIJA 2012. *Tutkittavien rekrytoimisen yleisiä periaatteita*. Tukija ohje 16.2.2012. Valtakunnallinen lääketieteellinen tutkimuseettinen toimikunta. http://www.tukija.fi/c/document_library/get_file?folderId=181223&name=DLFE-2901.pdf 30.4.2014
- Vaismoradi M, Turunen H & Bondas T. 2013. Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing and Health Sciences* 15 (3), 398–405.
- Varis T. 2013. *Pohjoismainen alkoholitilasto 2011*. Tilastoraportti 7/2013, 15.3.2013, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104396/Tr07_13.pdf?sequence=1 / 4.11.2013
- Walton MA, Goldstein AL, Chermack ST, McCammon RJ, Cunningham RM, Barry KL & Blow FC. 2008. Brief alcohol intervention in the emergency department: Moderators of effectiveness. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 69 (4), 550–560.
- Welch SJ. 2010. Twenty years of patient satisfaction research applied to the emergency department: a qualitative review. *American Journal of Medical Quality* 25 (1), 64–72.

Marita Koivunen, TtT, kehittämisylihoitaja, Satakunnan sairaanhoitopiiri, Keskustoimisto, Sairaalanatie 3, 28500 Pori, marita.koivunen@satsbp.fi, mbkoivu@utu.fi

Sanna Harju, YtK, tutkimushoitaja, Satakunnan sairaanhoitopiiri, SELMAN potilastutkimus, Satakunnan keskussairaala, Sairaalanatie 3, 28500 Pori, sanna.l.harju@uta.fi

Tiina Hakala, sb, osastonhoitaja, Satakunnan sairaanhoitopiiri, Psykiatrisen hoidon toimialue, Osasto M0, Sairaalanatie 3, 28500 Pori, tiina.bakala@satsbp.fi

Jussi Hänti, TtM, toimialueylihoitaja, Satakunnan sairaanhoitopiiri, Psykiatrisen hoidon toimialue, Harjavallan sairaala, Sairaalanatie 14, 29200 Harjavalta, jussi.hanti@satsbp.fi

Maritta Välimäki, TtT, professori, Hoitotieteen laitos, 20014 Turun yliopisto, mava@utu.fi