

Ville Junnola  
Emma Lavonen

POTILAIKEN KOKEMUKSIA  
MATALAN KYNNYKSEN  
PALVELUPISTEESTÄ  
KOTKASSA

Opinnäytetyö  
Sairaanhoitaja AMK

2018



**Kaakkois-Suomen  
ammattikorkeakoulu**

Tekijät	Tutkinto	Aika
Ville Junnola Emma Lavonen	Sairaanhoidaja AMK	Marraskuu 2018
<b>Opinnäytetyön nimi</b>		63 sivua
Potilaiden kokemuksia Matalan kynnyksen palvelupisteestä Kotkassa		7 liitesivua
<b>Toimeksiantaja</b>		
Kotkan kaupunki		
<b>Ohjaajat</b>		
Terhi Hede ja Elisa Marttila		
<b>Tiivistelmä</b>		
<p>Mielenterveys- ja päihdeongelmilla on merkittäviä vaikutuksia kansanterveyteen ja -talouteen. Mielenterveys- ja päihdeongelmat rajoittavat ihmisen toimintakykyä, elämänlaatua ja terveyttä. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden tarkoituksena on ehkäistä ja hoitaa mielenterveys- ja päihdeongelmia. Avopalvelut ja perussairaanhoido ovat mielen-terveyspotilaiden ja päihdeongelmaisten hoidossa ensisijaisia, mutta kunta järjestää myös erikoissairaanhoidon palveluita ja laitoshoidoa.</p>		
<p>Matalan kynnyksen palvelupiste on Kotkassa keväällä 2017 aloitettu palvelu täysi-ikäisille kotkalaisille, ja se kuuluu Kotkan kaupungin mielenterveys- ja päihdepalvelualueen palveluihin. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää potilaiden kokemuksia Matalan kynnyksen palvelupisteestä toiminnasta Kotkassa. Tavoitteena oli hyödyntää tutkimuksen tuloksia Matalan kynnyksen palvelupisteestä toiminnan kehittämisessä. Tutkimuksessa selvitettiin, minkälaisena potilaat kokivat ohjauksen ja palvelun saatavuuden ja minkälaista potilaiden kohtelu oli Matalan kynnyksen palvelupisteessä. Tutkimus toteutettiin määrällisenä eli kvantitatiivisena tutkimuksena potilastyytyväisyyskyselynä.</p>		
<p>Tutkimus toteutettiin tammi-maaliskuun 2018 välisenä aikana Matalan kynnyksen palvelupisteessä Kotkansaaren terveysasemalla. Tutkimukseen vastanneita oli yhteensä 19. Tutkimuksen mukaan potilaat olivat erityisen tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen. Suurin osa vastanneista koki palvelun hyödylliseksi ja henkilökunnan tarjoama tuen määrä ja ohjeistus koettiin riittäväksi. Tämän tutkimuksen mukaan vastaajat olivat vähiten tyytyväisiä palvelun saatavuuteen. Lähes kaikkien mielestä aika vastaanotolla oli riittävä, mutta muutaman vastaajan mielestä odotusaika vastaanotolle oli liian pitkä. Kaikkien vastaajien mielestä henkilökunta oli ystävällistä ja kiinnostunutta potilaiden tilanteesta. Suurimmalle osalle vastaajista oli jäänyt tunne, että heistä välitettiin kokonaisvaltaisesti ja vastaanottotilanne koettiin kiireettömäksi. Jatkotutkimukseksi ehdotetaan vastaavan tutkimuksen toteuttamista kaikissa Kotkan kaupungin Matalan kynnyksen palvelupisteiden toimipisteissä.</p>		
<b>Asiasanat</b>		
mielenterveys, päihdepalvelut, potilaat, tyytyväisyys		

<b>Authors</b>  Ville Junnola Emma Lavonen	<b>Degree</b>  Bachelor of Health Care	<b>Time</b>  November 2018
<b>Thesis Title</b>  Patients' Experiences with Low Threshold Clinic Services in Kotka		63 pages 7 pages of appen- dices
<b>Commissioned by</b>  City of Kotka		
<b>Supervisors</b>  Terhi Hede and Elisa Marttila		
<b>Abstract</b>  <p>Mental health problems and substance abuse have significant effects on public health, economics and interfere with performance, quality of life and health. The purpose of mental health and substance abuse services is to treat patients with such problems. Primary treatment for patients with mental health and substance abuse problems is outpatient services and primary healthcare although depending on the patient's needs, municipality will arrange specialized healthcare and institutional care.</p> <p>The low threshold service was established in Kotka during spring of 2017. The service was aimed for adult resident of Kotka as a part of mental health and substance abuse services. The purpose of this thesis was to examine patients' satisfaction with low threshold (walk-in) services. The study aims to support low threshold services and enhances them. A satisfaction sheet inquired about the patient opinions on guidance, of service and staff performance when encountering the patient. Quantitative research methods were chosen as preferred research methods.</p> <p>The study was executed from January to March 2018. Study data was gathered at one low threshold clinic located in Kotka medical center. Total of 19 patients answered to the study. According to the results, patients were especially satisfied with the guidance they received. Majority thought that the instruction and support they received was adequate. Every patient experienced that the staff at the low threshold clinic was friendly and interested in the patient's situation. A few patients felt that the waiting period for an appointment at the low threshold clinic was too long, but majority felt it was appropriate. A proposal for further research is to figure out patient's satisfaction on all low threshold clinics in Kotka.</p>		
<b>Keywords</b>  mental health, substance abuse services, patients, satisfaction		

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEONGELMAT SUOMESSA.....	8
2.1	Mielenterveyden ongelmat.....	8
2.2	Päihdeongelmat ja kaksoisdiagnoosipotilaat .....	10
2.3	Mielenterveys- ja päihdepalvelut Suomessa.....	11
2.4	Mielenterveys- ja päihdepalvelut Kotkassa .....	12
3	VASTAANOTTOTOIMINTA MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEPALVELUISSA .....	15
3.1	Ohjaus vastaanotolla ja sen merkitys potilaalle .....	16
3.2	Palvelujen saatavuus ja saatavuuden merkitys potilaalle .....	18
3.3	Potilaan kohtelu vastaanotolla .....	20
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT .....	21
5	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	22
5.1	Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä.....	24
5.2	Tutkimuksen kohderyhmä.....	25
5.3	Kyselylomakkeen eli mittarin laadinta .....	25
5.4	Aineiston kerääminen ja analyysi.....	29
6	TUTKIMUSTULOKSET .....	33
6.1	Vastaajien taustatekijät.....	33
6.2	Potilaiden kokemus ohjauksesta Matalan kynnyksen palvelupisteessä.....	36
6.3	Palvelun saatavuus Matalan kynnyksen palvelupisteessä.....	40
6.4	Potilaiden kohtelu Matalan kynnyksen palvelupisteessä .....	44
7	YHTEENVETO TUTKIMUSTULOKSISTA.....	49
8	POHDINTA .....	50
8.1	Tulosten tarkastelu .....	50
8.2	Tutkimuksen luotettavuuden ja eettisyyden arviointi.....	53
8.3	Reliabiliteetti ja validiteetti.....	56
8.4	Tutkimuksen hyödynnettävyys ja jatkotutkimusehdotukset.....	57

LÄHTEET.....	60
--------------	----

## LIITTEET

Liite 1. Tutkimustaulukko

Liite 2. Muuttujataulukko

Liite 3. Saatekirje

Liite 4. Kyselylomake

## 1 JOHDANTO

Mielenterveyspalveluiden tarkoituksena on vahvistaa potilaiden mielenterveyttä ja ehkäistä siihen liittyviä häiriöitä. Kuntien tehtävänä on järjestää mielenterveys- ja päihdepalveluita. Perusterveydenhuollon palvelut ovat hoidossa ensisijaisia, mutta kunta järjestää myös erikoissairaanhoidon palveluita, kuten psykiatrisia poliklinikoita ja sairaalahoitoa. (STM 2009; Mielenterveyspalvelut s.a; THL 2018.) Kunnan on mahdollista tuottaa palvelut itse, muiden kuntien kanssa yhdessä tai ostaa palveluita. Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa mielenterveys- ja päihdepalveluiden suunnittelusta ohjaamisesta ja valvonnasta valtakunnallisella tasolla. Useassa kunnassa mielenterveys- ja päihdepalvelut ovat yhdistetty ja kuntien tehtävänä on koordinoida julkiset, järjestöjen tuottamat ja yksityiset palvelut yhdessä toimivaksi kokonaisuudeksi. (STM 2009; STM 2012.) Päihdepalveluita järjestetään monissa eri muodoissa. Ensisijaisena palveluna tarjotaan avohoitopalveluita, jotka voivat olla esimerkiksi sosiaalista tukea, katkaisuhoidon tai terapiaa. Tarvittaessa potilaalla on mahdollisuus myös laitoshoitoon, jos avohoidon palvelut eivät ole potilaalle riittäviä. Katkaisuhoidon on mahdollista järjestää avohoidossa ja laitoshoidossa. (STM 2009; Päihdepalvelut s.a.)

Aiemmin mielenterveys- ja päihdepalvelut ovat olleet erillään toisistaan: mielenterveyspalvelut ovat olleet terveydenhuoltoalan puolella ja päihdepalvelut sosiaalialan puolella. Erillisten palveluiden haittana on ollut, että potilaat eivät saa tarvitsemaansa apua ja jäävät pois palvelujen piiristä. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma, Mieli 2009, valmistui helmikuussa 2009. Tässä suunnitelmassa yhdistettiin mielenterveys- ja päihdetyön kehittämislinjat. Suunnitelmassa korostui potilaan aseman parantaminen, edistävän ja ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön osuuden lisääminen, palvelujärjestelmän kehittäminen ja ohjauskeinojen kehittäminen. (STM 2009; Nevalainen 2010, 96.)

Kotkan kaupungissa toimii mielenterveys- ja päihdepalveluissa psykiatrisia sairaanhoitajia, psykologeja, sosiaalityöntekijöitä ja lääkäreitä. Opinnäytetyön aloitushetkellä työn tilaajan edustajien mukaan psykiatrisille sairaanhoitajille varattuihin aikoihin oli useamman viikon jonot. Lisäksi potilaat saattoivat jättää

osan varatuista ajoista käyttämättä tai peruuttamatta. Tämän vuoksi Kotkassa alettiin kehittää uutta toimintamallia, ja tarve Matalan kynnyksen palvelupisteeseen kaltaiselle palvelulle oli olemassa. Matalan kynnyksen palvelupiste on nimensä mukaisesti matalan kynnyksen palvelua täysi-ikäisille kotkalaisille, jotka haluavat keskustella mielenterveyteen ja päihteisiin liittyvistä asioista. Yksi vastaanottokäynti on kestoaltaan noin 20 minuuttia. Vastaanotolle saapuminen ei edellytä diagnosoitua mielenterveys- tai päihdeongelmaa. Potilaat voivat tulla vastaanotolle keskustelemaan mieltä askarruttavista mielenterveys- ja päihdeasioista, ja tarkoituksena on kartoittaa asiakkaan tilanne, suunnitella jatkohoitoa ja tarjota potilaalle tukea ja ohjausta. (Kotkan mielenterveys ja päihdepalvelut –esite asiakkaille s.a.)

Kotkan kaupungin mielenterveys- ja päihdepalvelujen edustajien toiveena oli, että opinnäytetyön tekijät selvittävät potilaiden kokemuksia tästä uudesta toimintamallista. Tutkimus toteutettiin potilastyytyväisyyskyselynä talven 2018 aikana ja tutkimusmenetelmänä käytettiin kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusmenetelmää. Tutkimuksen tuloksia oli tarkoitus hyödyntää Matalan kynnyksen palvelupisteeseen toiminnan kehittämässä. Tässä opinnäytetyössä käytetään termiä potilas, mutta tällä tarkoitetaan myös mielenterveys- ja päihdeasiakkaita ja -kuntoutujia. Termi valikoitui työn tilaajan edustajien ja opinnäytetyön tekijöiden yhteisessä tapaamisessa, koska Matalan kynnyksen palvelupiste sijaitsee terveydenhuoltoalan toimipisteessä ja Kotkan kaupungissa terveydenhuollon palveluja käyttävistä käytetään termiä *potilas*. Tässä opinnäytetyössä kerrotaan myös yleisimmistä mielenterveys- ja päihdeongelmista. Niistä kerrotaan hyvin pintapuolisesti, koska ne eivät ole olennaisin osa opinnäytetyön tekijöiden toteuttamaa tutkimusta.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää potilaiden kokemuksia Matalan kynnyksen palvelupisteestä Kotkassa, ja tavoitteena oli hyödyntää saatuja tuloksia Matalan kynnyksen palvelupisteeseen toiminnan kehittämässä. Tutkimuksessa selvitettiin potilaiden mielipiteitä Matalan kynnyksen palvelupisteessä saamastaan ohjauksesta, palvelun saatavuudesta ja kohtelusta.

## 2 MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEONGELMAT SUOMESSA

Mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat merkittäviä kansanterveyden ja -talouden näkökulmasta. Mielenterveys- ja päihdeongelmat rajoittavat ihmisen toimintakykyä, elämänlaatua ja terveyttä. Kansanterveydellisesti masennus kuuluu merkittävimpiin mielenterveysongelmiin. Suomessa alkoholin liiallinen käyttö ja alkoholiriippuvuus ovat merkittävimpiä päihdeongelman muotoja. Huumausaineiden osuus päihdeongelmissa on kuitenkin kasvussa, vaikka se onkin tasaantunut vuoden 1990 huumausaineiden käytön yleistymisen jälkeen. (THL 2009, 7.)

Alkoholin käyttöön liittyviä kuolemia oli vuonna 2015 yhteensä 2 214, mikä oli 197 vähemmän kuin vuonna 2014. Tämä lukumäärä sisältää alkoholimyrkytyksiin kuolleet, alkoholisairauksiin kuolleet ja päihtyneenä väkivallan vuoksi tai tapaturmaisesti kuolleet. Kaikissa edellä mainituissa oli tapahtunut vähene- mistä edelliseen vuoteen verrattuna. Huumausaineisiin kuolleiden lukumäärä pysyi lähes samalla tasolla vuosien 2013 ja 2014 välillä. Vuonna 2014 huumausaineisiin kuolleita oli 349. Julkiselle sektorille alkoholin käyttö aiheutti vuonna 2013 noin 887–1089 miljoonan euron haittakustannuksen. Huumeiden käyttö aiheutti vuonna 2013 noin 256–330 miljoonan euron haittakustannukset. (THL 2016, 29–31, 34–35.) Näiden tilastojen valossa voidaan siis puhua merkittävästä vaikutuksesta kansanterveyteen ja -talouteen.

### 2.1 Mielenterveyden ongelmat

Mielenterveydenhäiriöillä tarkoitetaan epäyhtenäistä sairausryhmää, joiden oireet ilmenevät monin tavoin. Mielenterveyshäiriöiden tunnistaminen perustuu yhdessä sovittujen luokitusten käyttöön ja oireiden ja niiden ominaispiirteiden hahmottamiseen. Mielenterveyshäiriöt ovat nimitys monille erilaisille psyykkisille oireille ja sairauksille. Psykoottinen tila on vain pieni osa mielenterveydenhäiriöitä. Useimmat psykiatriset diagnoosit ovat oirekokonaisuuksia, joilla on tietty oireiden kesto-aika, ennusteet ja kulku. (Kuhanen ym. 2014, 180–181.)



Mielialahäiriöistä masennus on erityisen merkittävä ongelma kansanterveyden näkökulmasta. Arviolta 5 % suomalaisista kärsii masennuksesta. (Kuhanen ym. 2014, 205.) Masennuksen oireita ilmenee erityisen useasti pitkäaikaissairauksia sairastavilla, esimerkiksi aivohalvauspotilailla, dementiaa ja parkinsonintautia sairastavilla, kilpirauhasen vajaatoimintaa sairastavilla, diabeetikoilla, sepelvaltimotautia ja syöpäsairauksia sairastavilla (Gilbody & Bower 2010, 5). Masennus on yleistynyt työkyvyttömyyden aiheuttaja. Mielenterveyshäiriönä masennus on todella monimuotoinen. Oireina masennukseen ovat mielialanlasku, ahdistuneisuus, keskittymisvaikeudet, aloitekyvyttömyys, mielihyvän tunteiden katoaminen ja riittämättömyyden ja syyllisyyden tunne. Toimintakyvyn madaltuessa masennuksesta kärsivän voi olla vaikea selviytyä arkipäivän askareista ja itsestään huolehtimisesta. (Kuhanen ym. 2014, 205–206; Kampman ym. 2017.) Masennuksen tekijöitä ovat niin biologiset, sosiaaliset kuin myös psykologiset tekijät (Kuhanen ym. 2014, 206).

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön eli bipolaarihäiriön tunnistaminen on hyvin tärkeää, sillä hoitamattomana se lisää stressiä ja somaattisia sairauksia. Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavan oireet ovat hyvin samanlaisia, kuin masentuneella potilaalla. Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä potilaalla esiintyy mielialan laskun kanssa myös maniaa eli korostunutta mielialan nousua. (Lönngqvist ym. 2017.) Kaksisuuntaista mielialahäiriötä seulottaessa on huomioitava oireet potilaan kohonneesta mielialasta. Kaksisuuntaista mielialahäiriötä epäillessä tulee myös kiinnittää huomiota potilaan somaattisiin sairauksiin. (Kuhanen ym. 2014, 207–215; Kumpulainen ym. 2016, 303–304.)

Ahdistuneisuushäiriöihin luokitellaan muun muassa pelko-oireiset ahdistushäiriöt, yleistyneet ahdistushäiriöt ja pakko-oire häiriöt, eristeiset stressireaktiot ja elimellisoireiset häiriöt. Ahdistuneisuus on pelon kaltainen tunnetila ilman todellista uhkaa tai vaaraa. Ahdistuneisuus on pitkäkestoista ja sitä voi kokea elämän eri vaiheissa. Ahdistuneisuuden on mahdollista liittyä mielialahäiriöihin ja psykoottisiin sairauksiin. Masennusta sairastavista 50 % kokee ahdistuneisuushäiriön oireita. Ahdistuneisuushäiriötä sairastava kokee yleisesti kohtaamaista, tilannesidonnaista tai jatkuvaa huolestuneisuutta oireena. (Kuhanen ym. 2014, 224–225.)

## 2.2 Päihdeongelmat ja kaksoisdiagnoosipotilaat

Päihteellä tarkoitetaan alkoholiuomaa ja muuta päihtymistarkoituksessa käytettävää ainetta. Päihteiden vaikutus perustuu keskushermostoa lamaavaan tai kiihdyttävään vaikutukseen. Huumausaineella, yleiskielessä huumeella, tarkoitetaan huumaavassa tarkoituksessa käytettävää laitonta ainetta. Huumausainemarkkinoille tulevia uusia huumausaineita kutsutaan muuntohuumeiksi. Alkoholin ja huumausaineiden lisäksi monia rauhoittavia ja kipulääkkeitä käytetään päihtymistarkoituksessa. (Partanen ym. 2015, 62–63.)

Huumausaineiden vaikutukseen liittyviä tekijöitä ovat huumeen kemiallinen koostumus, puhtaus, toksisuus eli myrkyllisyys, annostus ja annostelutapa. Huumeiden vaikutukset ovat yksilöllisiä. Yksilön tasolla vaikuttavuuteen liittyviä tekijöitä ovat elimistön toiminta, mielentila, asenteet, odotukset, käyttöympäristö ja sosiaalinen ympäristö. Suomessa käytettävistä huumausaineista kannabis on yleisin. Kannabiksen käyttö on yleistynyt vuodesta 2010 (THL 2016, 27). Muita Suomessa käytettäviä huumausaineita ovat muun muassa stimulantit (esimerkiksi amfetamiini, kokaiini ja ekstaasi), opioidit (esimerkiksi heroini, buprenorfiini ja metadoni), hallusinogeenit (esimerkiksi LSD) ja muuntohuumeet eli huumeet, jotka ovat tunnettujen huumeiden molekyyliuunnoksia. (Partanen ym. 2015, 70–81.)

Lääkkeiden väärinkäytöllä tarkoitetaan tietoista väärinkäyttöä päihtymistarkoituksessa tai lääkkeen käyttöä huumausaineena. Yleisimmin väärinkäytettyjä lääkkeitä ovat huumausaineeksi luokiteltavat lääkkeet, psykotrooppisia aineita sisältäviä lääkkeitä tai pääasiallisesti keskushermostoon vaikuttavat lääkkeet. Huumausaineeksi luokiteltavat lääkkeet ovat yleensä kipulääkkeitä. Väärinkäyttäjät käyttävät lääkkeitä usein enemmän kuin lääkkeen terapeuttinen vaikutus on, käyttävät lääkkeitä liian pitkän aikaa ja käyttävät niitä lääkemääräyksen vastaisesti esimerkiksi suuria määriä kerrallaan. (Partanen ym. 2015, 82–85.)

Sekakäyttö on yksi päihteiden käytön muoto. Sillä tarkoitetaan useamman päihdyttävän aineen samanaikaista käyttöä, mikä aiheuttaa päihdyttävän yhteisvaikutuksen. Sekakäyttö on alkoholin käytön jälkeen yleisin päihteiden

käytön muoto. (Partanen ym. 2015, 95.) Yleisin sekakäytön muoto on alkoholin yhdistäminen lääkkeiden käyttöön. Lääkkeiden ja alkoholin yhdistelmäkäyttö voi olla tahallista tai tahatonta. Pienet alkoholiannokset eivät vaikuta lääkkeiden vaikutukseen samanaikaisesti käytettynä ja yhteisvaikutukset ovat lieviä. Suuret ja toistuvat alkoholiannokset voivat tehostaa lääkkeiden haittavaikutusten ilmenemistä ja aiheuttaa myrkytystilan. Lääkkeitä ja alkoholia käytettäessä samanaikaisesti myös alkoholin vaikutus voi voimistua. (Surakka & Karttunen 2016.)

Kaksoisdiagnoosipotilaalla tarkoitetaan potilasta, jolla on päihdeongelman lisäksi vähintään yksi mielenterveyden häiriö. Esimerkiksi, jos masennuksen lisäksi potilaalla on alkoholiongelma, puhutaan kaksoisdiagnoosipotilaasta. Kaksoisdiagnoosipotilaita hoidetaan jaksottaisesti, integroidusti ja rinnakkaisesti. Rinnakkaisen ja jaksottaisen hoidon toimivuuden kriteerinä on yhteisten toimintatapojen löytäminen sekä hyvä tiedonkulku toimipaikkojen välillä. Integroidussa hoidossa sama hoitotaho toteuttaa päihdeongelman ja mielenterveyshäiriön hoidon. Kaksoisdiagnoosipotilasta arvioidaan integroidussa hoitomuodossa moniammatillisessa työryhmässä, mikä lisää hoidon kokonaisvaltaisuutta. (Aalto s.a.; Lotvonen & Lindroos 2015.) Kaksoisdiagnoosipotilaat ovat Suomessa yleisiä. Skitsofreniaa sairastavista 47 %:lla ja kaksisuuntaistamielialahäiriötä sairastavista 56 %:lla esiintyy myös päihdeongelmia. Tupakointi on useimmiten jätetty kaksoisdiagnoosikäsitteen ulkopuolelle. (Aalto 2007.)

### **2.3 Mielenterveys- ja päihdepalvelut Suomessa**

Mielenterveyspalveluiden tarkoituksena on vahvistaa mielenterveyttä ja ehkäistä siihen liittyviä häiriöitä. Kunnan tehtävänä on järjestää palveluita, esimerkiksi ohjausta, neuvontaa, psykososiaalista tukea ja kuntoutusta. Avopalvelut ja perussairaanhoido ovat mielenterveyspotilaiden hoidossa ensisijaisia, mutta kunta järjestää myös erikoissairaanhoidon palveluita, kuten psykiatrisia poliklinikoita ja sairaalahoitoa. (STM 2009; Päihdepalvelut s.a; THL 2018.) Kunta järjestää tarvittavat päihdepalvelut oman tarpeensa mukaan ja kunta voi järjestää palvelut itse, muiden kuntien kanssa yhdessä tai ostaa palveluita. Ensisijaisesti potilaille tarjotaan avopalveluita, joilla tarkoitetaan esimerkiksi

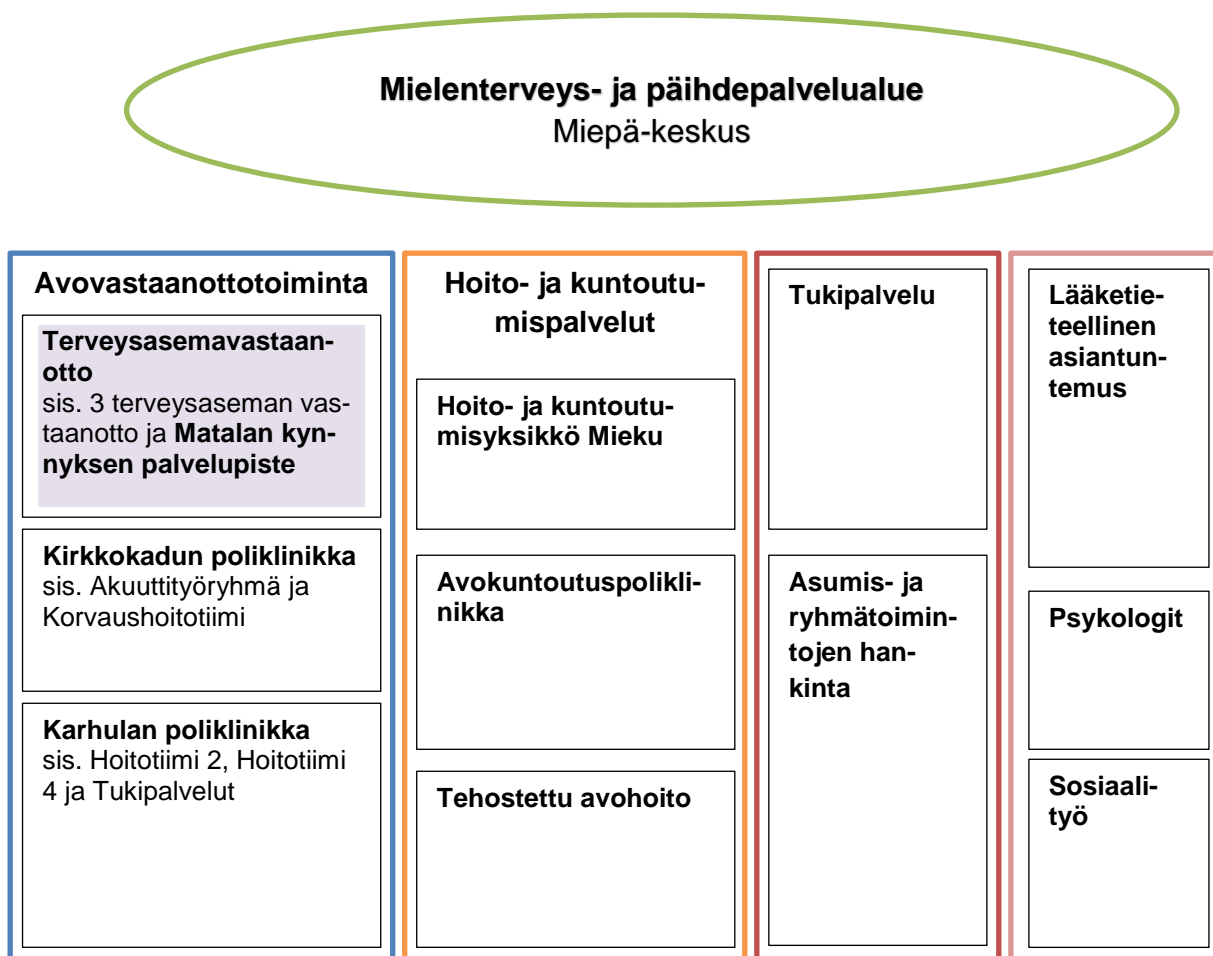
sosiaalista tukea, katkaisuhoidoa tai terapiaa. Tarvittaessa potilaalla on mahdollisuus myös laitoshoidon palveluihin, jos avohoidon palvelut eivät ole riittäviä. Katkaisuhoidon on mahdollista järjestää sekä avohoidossa että laitoshoidossa. (STM 2009; Päihdepalvelut s.a.)

Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa mielenterveys- ja päihdepalveluiden suunnittelusta, ohjaamisesta ja valvonnasta valtakunnallisella tasolla. Kunnat ja erikoissairaanhoidon yhdessä järjestävät tarvittavat mielenterveys- ja päihdepalvelut. Kuntien tehtävänä on koordinoita julkiset, järjestöjen tuottamat ja yksityiset palvelut yhdessä toimivaksi kokonaisuudeksi. Monissa kunnissa mielenterveys- ja päihdepalvelut ovat yhdistetty eli integroitu. (STM 2009; Mielenterveyspalvelut s.a; Päihdepalvelut s.a.) Mielenterveys- ja päihdepalvelujen integraatiolla tarkoitetaan mielenterveys- ja päihdepalvelujen yhdistämistä yhteiseksi kokonaisuudeksi. Aiemmin mielenterveys- ja päihdepalvelut ovat olleet erillään toisistaan: mielenterveyspalvelut ovat olleet terveydenhuollon puolella ja päihdepalvelut sosiaalialan puolella. Erillisten palveluiden haittana on ollut, että kaikki potilaat eivät ole saaneet tarvitsemaansa apua ja jääneet kokonaan pois palvelujen piiristä. Sosiaali- ja terveysministeriö aloitti vuonna 2007 mielenterveys- ja päihdesuunnitelman valmistelun, jonka tarkoituksena oli mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittäminen vuoteen 2015 mennessä. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman tarkoituksena oli parantaa mielenterveys- ja päihdepotilaan asemaa, edistää mielenterveyttä ja päihdeettömyyttä sekä ehkäistä niistä aiheutuvia haittoja, painottaa avo- ja peruspalveluja mielenterveys- ja päihdetyössä ja vahvistaa palvelujen ohjauskeinoja. (STM 2009; STM 2012.)

#### **2.4 Mielenterveys- ja päihdepalvelut Kotkassa**

Aikuisten mielenterveys- ja päihdepalvelut Kotkassa järjestää Mielenterveys- ja päihdekeskus eli Miepä-keskus. Mielenterveys- ja päihdepotilaat hakeutuvat hoitoon ensisijaisesti terveysasemien kautta. Terveysasemalla sairaanhoitaja tai psykiatrinen sairaanhoitaja tekee hoidon tarpeen arvioinnin potilaalle. Hoidon tarpeen arvioinnin jälkeen hoitoa toteutetaan terveysasemilla, Miepä-keskuksessa, hoito- ja kuntoutumisyksikkö Miekussa tai eri palveluntuottajien

tuottamissa palveluissa. Terveysasemalla hoidetaan lievemmät ja keskivaikeat mielenterveys- ja päihdeongelmat. Vaikeampitasoisissa mielenterveys- ja päihdeongelmissa potilas saa lähetteen mielenterveys- ja päihdepoliklinikalle. Käynnit ovat potilaille maksuttomia. Peruuttamattomasta tai käyttämättömästä ajasta peritään maksu. (Kotkan kaupunki s.a.) Kuvassa 1 esitetään organisaatiokaavio Kotkan kaupungin mielenterveys- ja päihdepalveluista.



Kuva 1. Organisaatiokaavio Kotkan kaupungin mielenterveys- ja päihdepalveluista

Kuvassa 1 vasemmassa yläreunassa on esitelty Kotkan kaupungin mielenterveys- ja päihdepalvelujen avovastaanottotoimintaa. Mielenterveys- ja päihdepalvelualueen avopalvelut toimivat kolmella terveysasemalla Kotkassa. Terveysasemilla toimivat psykiatriset sairaanhoitajat ja heidän vastaanotolle hakeudutaan oman alueen sairaanhoitajan tai terveyskeskuslääkärin ohjauksena, kun potilaalla on lievempi mielenterveys- tai päihdeongelma. (Kotkan kaupunki s.a.) Matalan kynnyksen palvelupisteen toimipaikka oli opinnäyte-työtä aloitettaessa ja tutkimusta toteutettaessa Kotkansaaren terveysasemalla.

Kotkan kaupungin akuuttityöryhmä tarjoaa nopeaa apua henkilöille, joilla on akuutti kriisitilanne tai välitön tarve psyykkisen tilanteen selvittämiseen ja hoitoon. Akuuttityöryhmään hakeutuminen ei vaadi lähetettä, ja sinne ollaan yhteydessä puhelimitse arkisin hoidon tarpeen arviointia varten. Akuuttityöryhmän hoitaja tekee potilaille hoidon tarpeen arvioinnin puhelimitse, jolloin selviää hoidon kiireellisyys ja tarve. Potilas saa ajan akuuttityöryhmään 0-3 päivän kuluessa. Hoitotiimit tarjoavat palveluja pidempää ja vaativampaa psykiatrista hoitoa tarvitseville potilaille. Hoitotiimiin hakeudutaan sosiaali- tai terveysalan ammattilaisen läheteellä. Korvaushoito päihderiippuvaisille on Miepäkeskuksen omaa erillistä toimintaa. (Kotkan kaupunki s.a.)

Hoito- ja kuntoutumisyksikkö Mieku on avoinna ympäri vuorokauden ja siellä tarjotaan potilaille sairaalahoitoa korvaavaa ja täydentävää hoitoa ja kuntoutusta. Miekun yhteydessä työskentelee lisäksi tehostetun avohoidon työntekijöitä. Tehostettu avohoito tarjoaa palveluja kotona asuville tai sairaalasta tai asumisyksiköstä kotiutuville mielenterveys- ja päihdepotilaille. Ryhmäkuntoutukseen hakeutuminen vaatii sosiaali- tai terveysalan ammattilaisen lähetteen. (Kotkan kaupunki s.a.)

Terveysasemien psykiatrisille sairaanhoitajille oli opinnäytetyötä aloitettaessa varattuihin aikoihin noin kolmen viikon jonotusajat. Osa varatuista vastaanottoajoista jäi peruuttamatta ja käyttämättä. Nämä tekijät olivat nostaneet esiin tarpeen uudelle toimintamallille, Matalan kynnyksen palvelupisteelle, joka alkoi toukokuussa 2017 Kotkansaaren terveysasemalla. Matalan kynnyksen palvelupisteen vastaanotto on maanantaista torstaihin iltapäivisin ja vastaanotolla työskentelee psykiatrinen sairaanhoitaja. Potilaat tulevat vastaanotolle vuoronumerolla eikä ajanvarausta vaadita. Yksi vastaanottokäynti on työn tilaajan edustajien mukaan kestoltaan noin 20 minuuttia, ja sen aikana on tarkoitus kartoittaa potilaan tilanne, suunnitella hoitoa ja ohjata potilas tarpeen vaatiessa jatkohoitoon. Vastaanoton tarkoituksena on tarjota matalan kynnyksen palveluita täysi-ikäisille kotkalaisille (Kotkan mielenterveys- ja päihdepalvelut – esite asiakkaille s.a).

Matalan kynnyksen palvelupistettä vastaavaa toimintaa on Vantaan kaupungilla. Vantaalla matalan kynnyksen palvelupisteen toiminta aloitettiin 1.9.2016

Martinlaakson terveysasemalla ja 12.9.2016 Tikkurilan terveysasemalla pilottikokeilulla, joka kesti helmikuun 2017 loppupuolelle asti. Palvelu tarjoaa apua mielenterveys ja päihdeongelmiin ilman ajanvarausta, eikä vastaanotolle tullessa tarvitse olla valmista diagnoosia. Vantaan pilottikokeilun aikana Matalan kynnyksen palvelupisteen toimipisteen henkilökunnalta ja asiakkailta kerättiin palautetta. Vantaan kaupungin pilotin tavoitteena oli kehittää toimintaa ja tehdä siitä pysyvä toimintamalli molemmille terveysasemille. (Vantaan kaupunki s.a.)

### **3 VASTAANOTTOTOIMINTA MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEPALVELUISSA**

Kunnissa avovastaanottotoimintaa toteutetaan aina, kun se on potilasturvallisuuden kannalta mahdollista. Yleisimmin avovastaanotot ovat lääkärin, terveydenhoitajien tai sairaanhoitajien vastaanottoja. Lisäksi kunnat voivat järjestää matalan kynnyksen palveluja, joissa vastaanotoilla työskentelee hoitajia. (Kuntaliitto 2017.) Tällainen hoitajavetoinen palvelu mielenterveys- ja päihdepotilaille on Kotkan kaupungin keväällä 2017 aloittama Matalan kynnyksen palvelupiste. Matalan kynnyksen palvelupiste tarjoaa potilaille ohjausta, neuvontaa ja apua mielenterveys- ja päihdeasioissa (Kotkan mielenterveys ja päihdepalvelut –esite asiakkaille s.a).

Vastaanottotoiminnassa hoitajan ja potilaan välinen luottamuksellisuus on tärkeää. Jotta vuorovaikutus hoitajan ja potilaan välillä onnistuu, potilaan tulee luottaa hoitajaan. Hoitaja voi edistää luottamuksen syntymistä olemalla avoin, rehellinen ja ystävällinen. Hoitajan ammattitaidolla on myös vaikutusta luottamuksen syntymiseen ja lisäämiseen. Potilaan tulee kokea vastaanotolla, että häntä kunnioitetaan, ja potilaan tulee saada riittävästi tietoa hoidostaan. Luottamuksellisen hoitosuhteen luomisessa voi olla myös haasteita. Haasteena voi olla esimerkiksi riittämätön aika potilaan ja hoitajan välisen hoitosuhteen luomiseen. (Vuorilehto ym. 2014, 67, 69.)

Karjalainen (2013, ks. liite 1) on tutkinut pro gradu -tutkielmassaan, millaista osaamista hoitajat tarvitsevat matalan kynnyksen mielenterveyspalveluissa. Tässä tutkimuksessa Karjalainen haastatteli vastaanotoilla työskenteleviä

työntekijöitä. Tässä tutkimuksessa havaittiin, että potilaan kohtaaminen ainutlaatuisena ja arvokkaana ihmisenä koettiin tärkeäksi. Lisäksi hoitajalla pitää olla vahva ammatti-identiteetti, eli potilas kohdataan ammattilaisena, eivätkä hoitajan omat tunnereaktiot kuormita potilasta vaan hoitaja käsittelee ne itsenäisesti. Myös vuorovaikutustaidot koettiin tärkeäksi osaksi vastaanottoa. Hoitajan tulee osata soveltaa erilaisia vuorovaikutusmenetelmiä potilaan tilanteeseen sopivaksi, ja hoitajalla tulee olla aito halu auttaa ja tukea potilasta. Riittämätön aika vastaanotolla koettiin vuorovaikutusta vaikeuttavaksi tekijäksi. Vastaajat kokivat, että hoitajalla tulee olla halukkuutta myös kehittää omaa ammattitaitoaan, koska matalan kynnyksen vastaanottotyössä tulee tilanteita ja asioita, joista hoitaja ei tiedä. Työkokemus tuo lisää osaamista, ja vastaajat kokivat sen olevan edellytys matalan kynnyksen vastaanotolla työskentelyyn. (Karjalainen 2013, 42–44.)

Tässä opinnäytetyössä tarkasteltiin Matalan kynnyksen palvelupisteen toimintaa potilaan näkökulmasta ja opinnäytetyön tekijät nostivat esille kolme heidän mielestään tärkeää osa-aluetta vastaanottotyöstä. Potilaan kannalta vastaanotolla tulee saada riittävästi ohjausta, palvelun tulee olla potilaiden saatavilla ja kohtelun tulee olla asiallista ja potilasta kunnioittavaa. Vastaanottotyössä potilaan ohjaaminen korostuu, koska vastaanottoaika on rajallinen ja potilaan tulee saada riittävästi tietoa omasta hoidostaan. Koska Matalan kynnyksen palvelupisteen toiminta oli Kotkassa uutta, opinnäytetyön tekijät halusivat selvittää minkälaisena potilaat kokevat palvelun saatavuuden. Potilastyytyväisyyttä arvioitaessa haluttiin ottaa esille potilaiden kokemuksia saamastaan kohtelusta Matalan kynnyksen palvelupisteessä. Potilaan voi olla vaikea arvioida hoitajan teknistä osaamista, joten tähän tutkimukseen valittiin osa-alueet, joiden arvioinnin ajateltiin olevan helpompaa ja konkreettisempaa potilaiden näkökulmasta. Tutkittavia aihealueita valittiin vain kolme, jotta varsinaiseen tutkimukseen käytettävä kyselylomake pysyisi riittävän tiiviinä.

### **3.1 Ohjaus vastaanotolla ja sen merkitys potilaalle**

Ohjaaminen on yksi keskeisimmistä osista potilaan hoitoa. Potilaiden hoitojaksot lyhenevät ja hoidon laatu paranevat, joten ohjaamisen rooli hoitotyössä on



korostunut. Ohjaamalla kannustetaan potilasta osallistumaan omaan hoitoonsa ja löytämään voimavaroja. Ohjauksen tulee olla suunnitelmallista, ja hoidon ja ohjauksen tavoitteet sovitaan yhdessä potilaan kanssa. Hyvällä ohjauksella kannustetaan saavuttamaan hoidolle asetetut tavoitteet. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 409.) Hyvän ohjauksen vuorovaikutukseen kuuluu luottamus ja turvallisuus. Onnistunut ohjaus edellyttää ammattitaitoista henkilöstöä ja heidän jatkuvaa kouluttautumista. Ohjaustilanteiden tulee olla kiireettömiä ja edetä potilaalle sopivaan tahtiin. Tietoa ei tulisi antaa liikaa yhdessä ohjaustilanteessa ja pienissä määrin hoidon alkupuolella. Potilaan saadessa riittävän määrän tietoa, pystyy hän myös itse arvioimaan mikä hänelle on parhaaksi. (Ilola ym. 2013, 20–22; Rautava-Nurmi ym. 2015, 409.)

Ohjaus on sosiaalisen tuen tarjoamista potilaalle. Sen muotoja ovat emotionaalinen tuki, joka on välittämistä ja arvostusta potilasta kohtaan, käytännön tuki eli potilaan tarvitsemat palvelut ja tuki esimerkiksi sairauden hoidossa ja tiedollinen tuki eli tieto esimerkiksi potilaan sairauden hoidosta. Lisäksi ohjauksen muotona on tulkintatuki, jonka turvin potilas tarkastelee itse omaa sairautaan ja tilannetta. (Kuhanen ym. 2014, 165.) Ohjaamisen onnistuminen edellyttää kartoitusta siitä, mitä potilas jo tietää ja mikä on hänelle paras tapa omaksua tietoa. Ohjaajan tulee myös kartoittaa potilaan taustatiedot, jotka vaikuttavat ohjaussuhteeseen ja sen etenemiseen. Taustatietoja ovat potilaan fyysiset-, psyykkiset-, sosiaaliset-, ja ympäristötekijät. Ohjauksessa on huomioitava potilaan itsenäisyys ja kunnioitettava potilaan omia toiveita. (Ilola ym. 2013, 20; Rautava-Nurmi ym. 2015, 409.) Ohjaamistilanteessa hoitaja ei anna potilaalle valmiita vastauksia, eikä tee potilaan puolesta päätöksiä. Potilaan valinnat ja oppiminen ovat hänen omalla vastuullaan. Hoitaja voi kuitenkin olla tukena päätöksen teossa ja omalla ammatillisuudellaan lisätä potilaan varmuutta ja tietoa sairauden hoidosta. (Kuhanen ym. 2014, 164–165.)

Mitä kauemmin sairaus tai terveydenongelma potilaalla on, sitä suurempi rooli ja vastuu potilaalla on omasta hoidostaan. Tällöin hoitoon sitoutuminen korostuu potilaan omana aktiivisena toimintana. Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat sisäiset ja ulkoiset tekijät. Sisäisiä tekijöitä ovat kognitiiviset eli esimerkiksi saatujen ohjeiden ymmärtäminen, persoonalliset tekijät, esimerkiksi onko poti-

las optimisti tai pessimisti, itsetunto, elämänasenne, uskomukset, ja pelot. Ulkoihin tekijöihin kuuluvat ammattihenkilöön liittyvät tekijät: luottaako potilas ohjaajaan, onko vuorovaikutus toimivaa ja millaiset ovat ohjaajan asenteet, hoidosta saatu hyöty tai haitta, sairauden tekijät, esimerkiksi sairauden vakavuus, ja terveydenhuoltoon liittyvät tekijät, esimerkiksi palveluiden saatavuus. Näiden lisäksi potilaan oman sosiaalisen verkoston tuoma tuki on osa ulkoisia tekijöitä. (Ahonen ym. 2015, 36–41.)

Sairaanhoitajan tapa ohjata on muuttunut vuosien aikana. Patricia Yoder-Wiserin (2011) mukaan Amerikassa sairaanhoitajat turvautuivat ennen vankasti osastonhoitajiin ja fysioterapeutteihin. Nykyään sairaanhoitajat toimivat edelleen myös näiden tahojen kanssa, mutta tiedon ja hoidon laadun paranemisen johdosta sairaanhoitajat pystyvät ohjaamaan potilasta omatoimisemmin. (Yoder-Wise 2011, 3–4.)

### **3.2 Palvelujen saatavuus ja saatavuuden merkitys potilaalle**

Kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on järjestettävä terveydenhuollon palvelut sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän asukkaiden hyvinvointi, potilasturvallisuus, sosiaalinen turvallisuus ja terveydentila sekä niihin vaikuttavien tekijöiden seurannan perusteella lääketieteellisesti, hammaslääketieteellisesti tai terveystieteellisesti arvioitu perusteltu tarve edellyttävät. Kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on huolehdittava vastuullaan olevien asukkaiden palvelujen järjestämisestä ja saatavuudesta yhdenvertaisesti koko alueellaan. Kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on järjestettävä terveydenhuoltopalvelut alueellaan lähellä asukkaita, paitsi jos palvelujen alueellinen keskittäminen on perusteltua palvelujen laadun turvaamiseksi. (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.)

Kuntien tehtävänä on siis järjestää mielenterveys- ja päihdepalvelut ja palveluja on oltava saatavilla siinä määrin kuin niille kunnassa esiintyy tarvetta. Kunnat voivat järjestää palvelut itse, yhdessä toisten kuntien kanssa tai ostopalveluna muilta kunnilta tai yksityisiltä palveluntuottajilta. Mielenterveys- ja päihdepalvelut ovat ensisijaisesti avopalveluja. (Päihdepalvelut s.a; Mielenterveyspalvelut s.a.) Laitilan ja Pietilän (2012, ks. liite 1) mukaan potilaat eivät

juurikaan pääse vaikuttamaan hoidon saavutettavuuteen. Esimerkiksi palvelujen järjestämistavan tai -ajan suunnitteluun potilaat eivät juuri pääse osallistumaan. Potilaiden mielipiteitä otetaan kuitenkin huomioon uuden toiminnan suunnittelemisessa ja kehittämistyössä. (Laitila & Pietilä 2012, 22–31.)

Palvelujen saatavuutta voidaan parantaa matalan kynnyksen palveluilla (Leemann & Hämäläinen 2015, 1). Forsmanin ja Ruusun (2012) tutkimuksessa (ks. liite 1) suurin osa vastaajista pitää mielenterveys- ja päihdepotilaiden palvelujen saatavuutta ja matalan kynnyksen palveluita tärkeänä (Forsman & Ruusu 2012, 64). Matalan kynnyksen palveluiden tavoitteena on potilaiden sosiaalisen osallisuuden lisääminen, koska he ovat mahdollisesti jääneet palvelujärjestelmän ulkopuolelle. Matalan kynnyksen palveluissa potilaalta vaadittuja edellytyksiä on madallettu ja potilaan on helpompaa hakeutua hoidon piiriin. Hoitoon hakeutumatta jättämiseen voi olla erilaisia syitä, kuten esimerkiksi fysiologiset tekijät, häpeän tunne, pelko ja pitkät jonot. Syitä hakeutumatta jättämiseen on sekä potilaassa että palvelujärjestelmässä. Mielenterveys- ja päihdepalveluissa matalan kynnyksen palveluiden tarkoituksena on varhainen puuttuminen. (Leemann & Hämäläinen 2015, 1–4.)

Hultin (2014, ks. liite 1) mukaan potilaat ovat pääosin tyytyväisiä perusterveydenhuollon palvelujen saatavuuteen omalla terveysasemallaan. Haastateltujen mukaan hoitoon on päässyt tarvittaessa. Palvelujen saatavuuden ongelmia ovat pitkät jonot ja hoitoon pääsyn jatkuva vaikeutuminen. (Hult 2014, 40–41.) Kähärän (2015, ks. liite 1) mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön mielestä mielenterveyspalvelujen saatavuutta voidaan parantaa mallintamisella, millä tarkoitetaan alueellisesti laadittua yhdenmukaista mallia sosiaali- ja mielenterveyspalveluissa. Mallintaminen selkeyttää palvelupisteiden roolia palvelukokonaisuudessa henkilökunnan ja asiakkaiden näkökulmasta. Yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon välillä parantaa potilaiden oikea-aikaista ja helpompaa hoitoon pääsyä. (Kähärä 2015, 48.)

### 3.3 Potilaan kohtelu vastaanotolla

Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoon loukata sekä että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.) Potilaskeskeiseen vuorovaikutukseen kuuluu avoin, tuomitsematon ja kuunteleva työote, tasavertaisuus työntekijän ja potilaan välillä, luottamuksellisuus, pyrkimys yhteisymmärrykseen ja potilaan pitäminen oman tilanteensa asiantuntijana (Vuorilehto ym. 2014, 55; Partanen ym. 2015, 170).

Hoitosuhteessa on tärkeää, että potilas kokee tulleensa kohdatuksi aidosti. Kohtaamiseen liittyy vahvasti hoitajan aito läsnäolo. Onnistuneen kohtaamisen jälkeen potilas kokee, että hoitaja on ollut aidosti kiinnostunut ja hoitaja on ollut läsnä potilasta varten. Läsnäololla hoitaja osoittaa kunnioitusta ja arvostusta potilasta kohtaan. Hoitajan tulee osoittaa omalla toiminnallaan, että hän on samanarvoinen ja tasavertainen potilaan kanssa. Potilas tahtoo tulla nähdyksi, kuulluksi ja hyväksytyksi kohtaamistilanteessa ja aidolla läsnäololla voidaan vahvistaa tätä tunnetta. (Hämäläinen ym. 2017, 152–153.)

Hoitosuhde on vuorovaikutuksellinen yhteistyösuhde työntekijän ja potilaan välillä. Sen tarkoituksena on yhteisvastuullisesti päästä tavoiteltuun päämäärään. (Holmberg 2016, 72.) Vuorovaikutuksellisessa eli dialogisessa hoitosuhteessa pyritään yhdessä ongelman tai kokonaisuuden hahmottamiseen ja ratkaisun löytämiseen. Dialogisuus tarkoittaa kuuntelevaa vuoropuhelua ja sen vastakohta on yksinpuhelu eli monologi. (Vuorilehto ym. 2014, 68; Hämäläinen ym. 2017, 147.) Hoitosuhteessa yksinpuhelu voi johtaa hoitajan vallankäyttöön, mikä estää vastavuoroisuutta ja potilaan aitoa kohtaamista. Vuorovaikutukselliseen hoitosuhteeseen kuuluu myös potilaan kuunteleminen ja havainnointi. Hoitosuhteessa hoitajan tulee keskittyä kuuntelemaan ja kuulemaan mitä potilas sanoo. Kuunteleminen vaatii kiireettömyyttä kohtaamistilanteessa. Kuulluksi tuleminen on potilaalle voimaannuttava kokemus, ja se voi auttaa potilasta löytämään voimavaroja, joista hän ei ole aiemmin ollut tietoinen. Aktiiviseen kuunteluun liittyvät hoitajan eleet ja ilmeet, joilla hän osoittaa aitoa kuuntelemista. Myös potilaan sanojen toistaminen omin sanoin osoittaa

potilaalle hoitajan kuunnelleen häntä. Havainnoimalla potilaan puhetta ja eleitä hoitaja voi huomata, mitä potilas jättää sanomatta tai yrittää peittää. Havainnointi ja kuunteleminen tapahtuvat kohtaamistilanteessa samanaikaisesti. (Hämäläinen ym. 2017, 140, 147, 156–157.) Mielenterveys- ja päihdetyössä potilaan ja hoitajan tasa-arvoinen yhteistyösuhde toimii myös auttamismenetelmänä (Jones ym. 2016, 25). Tämän auttamismenetelmän kautta potilas saa tukea, jonka avulla hän voi löytää erilaisia tapoja oman elämänsä hallintaan (Hämäläinen ym. 2017, 156–157).

Mäkelä (2015, ks. liite 1) on tutkinut hoitoon ja kohteluun kohdistuvaa tyytymättömyyttä. Kohteluun tyytymättömyys liittyy alistamiseen, henkiseen loukkaamiseen, epäammattilliseen käyttäytymiseen ja koskemattomuuden loukkaamiseen. Alistaminen tarkoittaa, että hoitohenkilökunta ei kuuntele potilasta, suhtautuu potilaaseen ylimielisesti tai välinpitämättömästi, vähättelee potilasta tai leimaa tai syrjii potilasta. Henkisellä loukkaamisella tarkoitetaan henkistä väkivaltaa, aggressiivisuutta ja halveksuntaa, joka kohdistuu hoitohenkilökunnan toimesta potilaaseen. Epäammattillinen käyttäytyminen on hoitohenkilökunnan epäammattillista kohtaamista, ammatillisen vastuun laiminlyömistä ja ammatillisen vastuun välttämistä. Koskemattomuuden loukkaaminen tarkoittaa fyysisen yksityisyyden loukkaamista ja kovakouraista käsittelyä. (Mäkelä 2015, 75–76.)

#### **4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT**

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää potilaiden kokemuksia Matalan kynnyksen palvelupisteen toiminnasta Kotkassa. Tutkimuksen tavoitteena oli hyödyntää saatua aineistoa Matalan kynnyksen palvelupisteen toiminnan kehittämisessä. Tutkimuksessa selvitettiin potilaiden kokemuksia seuraavista asioista:

1. Minkälaisena potilaat kokevat saamansa ohjauksen Matalan kynnyksen palvelupisteessä?
2. Minkälaisena potilaat kokevat palvelun saatavuuden Matalan kynnyksen palvelupisteessä?

3. Minkälaisena potilaat kokevat kohtelun Matalan kynnyksen palvelupisteessä?

## 5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyöprosessi alkoi keväällä 2017 opinnäytetyön tekijöiden ja työn tilaajan edustajien ensimmäisessä yhteisessä tapaamisessa. Tapaamisessa selvisi työn tilaajan toivomus potilastyytyväisyyskyselystä uuden toimintamallin, Matalan kynnyksen palvelupisteen, potilaille. Työn tilaajan toiveena oli saada selville potilaiden kokemuksia ja mielipiteitä uudesta palvelupisteestä, jotta työn tilaaja saisi selville, onko toiminta kannattavaa ja tarpeellista Kotkan kaupungissa. Lisäksi tutkimuksen tuloksia oli tarkoitus hyödyntää Matalan kynnyksen palvelupisteen toiminnan kehittämisessä. Työn tilaaja toivoi saavansa pääkohdat tutkimuksen tuloksista jo ennen varsinaista työn julkaisua mahdollisimman pian tutkimuksen toteuttamisen jälkeen. Opinnäytetyön tekemiseen liittyvät kustannukset olivat lähinnä matkakuluja ja tulostuskuluja, joihin opinnäytetyön tekijät eivät tarvinneet ulkopuolista rahoitusta.

Keväästä 2017 syksyyn 2017 kerättiin teoreettista taustaa opinnäytetyöhön ja kyselylomakkeen laatimista varten. Teoreettista taustaa varten tietoa etsittiin manuaalisesti kirjastoista ja elektronisista tietokannoista. Elektronisina tietokantoina käytettiin Medic-tietokantaa ja Theseusta, josta etsittiin ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä (ks. liite 1). Teoreettista taustaa laatiessaan opinnäytetyön tekijät jakoivat teoriaosion osa-alueita keskenään niin, että toinen tekijöistä keskittyi toisiin aihealueisiin ja toinen toisiin. Loppukeväältä 2017 opinnäytetyön tekijät olivat asettaneet tutkimusongelmat ja laatineet alustavan kyselylomakkeen. Kyselylomaketta muokattiin vielä kesän ja syksyn 2017 aikana ohjaavan opettajan ja työn tilaajan toiveiden mukaisesti. Opinnäytetyön prosessin aikataulu on kuvattu taulukossa 1.

Taulukko 1. Opinnäytetyöprosessin aikataulu

<b>Helmikuu 2017</b> Opinnäytetyön aiheen vahvistus, prosessin aloitus	<b>Maaliskuu 2017</b> Työn tilaajan tapaminen, hankkeistus-sopimuksen allekirjoittaminen	<b>Maalis-huhtikuu 2017</b> Teorian työstämistä	<b>Huhtikuu 2017</b> Idea- ja suunnitelma-seminaari
<b>Huhti-syyskuu 2017</b> Teorian ja kyselylomakkeen työstämistä	<b>Marraskuu 2017</b> Toteutusvaiheen seminaari ja tutkimusluvun hakeminen	<b>Joulukuu 2017</b> Tutkimuslupahakemus hyväksytty	<b>Tammi-maaliskuu 2018</b> Kyselytutkimuksen toteutus Matalan kynnyksen palvelupisteessä
<b>Huhti-toukokuu 2018</b> Tutkimustulosten analysointi ja johtopäätökset, tulosten pääkohtien esittäminen työn tilaajille	<b>Kesä-lokakuu 2018</b> Opinnäytetyön työstämistä	<b>Marraskuu 2018</b> Julkaisuvaiheen seminaari ja kypsyysnäyte	<b>Marraskuu 2018</b> Työn julkaisu Theseukseen

30.11.2017 opinnäytetyön tekijät pitivät toteutusvaiheen seminaarin, jonka jälkeen ohjaava opettaja antoi luvan tutkimuslupahakemuksen lähettämiseen. Tutkimuslupahakemus postitettiin seuraavana päivänä Kotkan kaupungille. Päätös tutkimuslupahakemuksen hyväksymisestä tuli 18.12.2017. Joulun- ja uudenvuodenpyhien vuoksi opinnäytetyön tekijöiden ja työn tilaajan päätöksestä varsinainen tutkimus ajoitettiin tammi-maaliskuulle 2018. Tammikuun alussa opinnäytetyön tekijät tapasivat työn tilaajan edustajan kanssa Kotkan saaren terveysasemalla, jossa käytiin yhdessä läpi tutkimuksen eteneminen. Samassa tapaamisessa opinnäytetyön tekijät tapasivat myös kaksi Matalan kynnyksen palvelupisteen työntekijää, joille kerrottiin kyselystä ja palautelaatikon sijainnista yhdessä työn tilaajan edustajan kanssa.

Varsinaisen tutkimuksen jälkeen maalis-huhtikuussa 2018 tulokset analysoitiin. Toukokuussa 2018 tulokset esiteltiin työn tilaajan edustajalle ja Matalan kynnyksen palvelupisteen työntekijöille. Tämän jälkeen tulokset ja tulosten pohdinta lisättiin opinnäytetyöhön. Opinnäytetyötä työstettiin tekijöiden toimesta vielä kesän ja syksyn 2018 aikana. Marraskuussa 2018 pidettiin opinnäytetyön julkaisuseminaari ja opinnäytetyö julkaistiin Theseuksessa.

## 5.1 Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä

Tässä opinnäytetyössä tutkimusmenetelmäksi valittiin kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimusmenetelmä. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää potilaiden kokemuksia Matalan kynnyksen palvelupisteestä ja tutkimus toteutettiin kyselytutkimuksena. Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus tarkoittaa tutkimuksen lähestymistapaa. Lähestymistavan määrittelyssä tutkijan tulee pohtia, millainen menetelmä sopii tutkittavaan aiheeseen. (Hirsjärvi ym. 2010, 123; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 41–42.)

Määrällisessä tutkimuksessa korostuu kirjallisuuskatsauksen eli teorian kattavuus mittausvälineen perustana, mittausvälineen laadinta ja mittausvälineen esitestaus. Esitestauksen jälkeen mittaria voidaan muuttaa muodoltaan ja asettelultaan ennen varsinaista tutkimusta. Esitestauksella havaitaan mahdolliset puutteet mittarissa ja väärinymmärryksen mahdollisuudet. (Hirsjärvi ym. 2010, 204.) Määrällisessä tutkimuksessa mitataan muuttujia, käytetään tilastollisia menetelmiä ja tarkastellaan muuttujien välisiä yhteyksiä. Muuttujien mittaamista varten tutkijan tulee operationalisoida eli määrittää käsitteet mitattavaan muotoon. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 41–42, 46.)

Määrällisessä tutkimuksessa muuttujat voidaan jakaa esimerkiksi taustamuuttujiin ja tutkimusmuuttujiin. Taustamuuttujilla tarkoitetaan kyselytutkimuksessa käytettäviä vastaajaan liittyvien ominaisuuksien selvittämiseen tarkoitettuja kysymyksiä. (KvantiMOTV 2003.) Taustamuuttujia ovat opinnäytetyön tekijöiden laatimassa kyselylomakkeessa (liite 4) esimerkiksi vastaajan sukupuoli, ikä ja asiointisyys. Kyselytutkimuksessa tutkimusmuuttujia ovat kysymykset, jotka liittyvät välittömästi tutkittavaan ilmiöön (KvantiMOTV 2003). Opinnäytetyön tekijöiden laatimassa kyselylomakkeessa tutkimusmuuttujia ovat kaikki muut kysymykset pois lukien taustamuuttujat, koska muiden kysymysten tarkoituksena on nimenomaan selvittää potilaiden kokemuksia ja mielipiteitä Matalan kynnyksen palvelupisteestä.



## 5.2 Tutkimuksen kohderyhmä

Kohderyhmä tulee olla määritelty ennen mittarin laatimista, koska eri kohderyhmille ei voi käyttää täysin samanlaista mittaria (KvantiMOTV 2007). Tässä tutkimuksessa pyrittiin selvittämään potilaiden kokemuksia Matalan kynnyksen palvelupisteestä eli tutkimuksen kohderyhmä olivat Matalan kynnyksen palvelupisteen potilaat. Tässä opinnäytetyössä käytetään termejä ”kohderyhmä” ja ”vastaajien lukumäärä”, koska varsinaista perusjoukkoa ja otosta on vaikea määrittellä tutkimuksessa, joka kohdistuu vain Matalan kynnyksen palvelupisteen potilaille. Vastaajien lukumäärä tarkoittaa niitä henkilöitä, jotka kohderyhmästä ovat vastanneet kyselyyn. Tässä tutkimuksessa vastaajien lukumäärä määräytyi siis niistä potilaista, jotka vastasivat opinnäytetyön tekijöiden laatimaan potilastyytyväisyyskyselyyn. Matalan kynnyksen palvelupisteessä asioivat potilaat ovat yleensä mielenterveys- ja päihdepotilaita. Tämän vuoksi kyselylomake haluttiin pitää mahdollisimman tiiviinä, jotta potilaat jaksaisivat vastata ja motivoituisivat vastaamaan kyselyyn.

Opinnäytetyöprosessin aikana pohdittiin myös mahdollista katoa eli vastausprosentin pieneksi jäämistä työn tilaajien ja ohjaavan opettajan kanssa. Vaadittua vastausmäärää tutkimuksen toteuttamiseksi ei voida määrittellä (Hirsjärvi ym. 2010. 179). Kohderyhmä vaikutti myös menetelmän valintaan. Kvantitatiivinen kyselytutkimus soveltui opinnäytetyön tekijöiden mielestä paremmin mielenterveys- ja päihdepotilaiden mielipiteen tutkimiseen, koska vastaajan anonymiteetti toteutuu nimettömänä täytettävän kyselylomakkeen ansiosta. Opinnäytetyön tekijät pohtivat prosessin aikana myös kvalitatiivisen eli laadullisen haastattelututkimuksen mahdollisuutta, sillä haastattelututkimuksessa vastausprosentti voisi olla suurempi. Vastaajien anonymiteetin säilymisen kannalta päädyttiin kuitenkin kvantitatiiviseen kyselytutkimukseen.

## 5.3 Kyselylomakkeen eli mittarin laadinta

Kysely on yksi aineiston keräämisen menetelmä. Kysely on survey-tutkimuksen menetelmä, mikä tarkoittaa aineiston keräämistä standardoidusti esimerkiksi kyselyllä, haastattelulla tai havainnoinnilla. Standardoitu kysely tarkoittaa

asioiden kysymistä kaikilta vastaajilta täsmälleen samalla tavalla. Yleensä survey-tutkimuksella kerätty aineisto käsitellään kvantitatiivisesti. (Hirsjärvi ym. 2010, 191–194.) Kyselytutkimuksella pyritään selvittämään havaintoyksikön eli vastaajan mielipiteitä, asenteita, käyttäytymistä tai ominaisuuksia (Kvanti-MOTV 2010). Tässä tutkimuksessa hyödynnettiin kyselyä aineistonkeruun menetelmänä ja kysely oli strukturoitu eli survey-tutkimus.

Kyselytutkimuksen etuna on mahdollisuus kerätä laaja tutkimusaineisto. Lisäksi etuna on tehokkuus, koska tutkijan ei tarvitse kehittää uusia aineiston analyysitapoja vaan voidaan hyödyntää erilaisia valmiiksi kehiteltyjä tilastointitapoja. Kyselytutkimuksen haittoina on epävarmuus siitä, kuinka vakavissaan vastaajat suhtautuvat kyselyyn. Kyselyn tuloksia analysoidessa ei ole varmuutta, ovatko vastaajat todella vastanneet huolellisesti ja rehellisesti kyselyyn. Haittana on myös mahdolliset väärinymmärrykset: onko vastaaja ymmärtänyt kysymyksen samalla tavalla kuin tutkijat ovat sen tarkoittaneet? Joissakin tapauksissa vastausten pieni määrä eli kato voi nousta suureksi, jolloin tutkimuksen luotettavuus kärsii eikä kyselyn tavoitteeseen päästä. (Hirsjärvi ym. 2010, 195.)

Useimmissa kyselylomakkeissa on jonkinlaisia taustakysymyksiä. Taustakysymyksillä eli taustamuuttujilla tarkoitetaan vastaajia itseään koskevia kysymyksiä. Tutkimuksen onnistumista voidaan parantaa lomakkeen ja kysymysten tarkalla suunnittelulla. Kysymysten muotoilulla tarkoitetaan kysymyksen tyyppiä. Eri kysymystyyppejä ovat monivalintakysymykset, avoimet kysymykset ja asteikkoihin perustuvat kysymykset. Monivalintakysymykseen tutkija on laatinut valmiit vastausvaihtoehdot, joista vastaaja valitsee rastittamalla tai rengastamalla itseään koskevan vaihtoehdon. Rastittaminen on parempi vaihtoehto, koska rengastaminen voi aiheuttaa sekaannuksia. Lisäksi kyselylomakkeeseen voi laatia monivalintakysymyksen ja avoimen kysymyksen välimuodon, jossa valmiiden vastausvaihtoehtojen lisäksi on avoin kysymys. Tällaisen välimuotokysymyksen etuna on mahdollisen uuden näkökulman esiin saaminen, jota tutkija ei ole aiemmin ajatellut. (Hirsjärvi ym. 2010, 197–199.) Opinnäytetyön tekijöiden laatimassa kyselylomakkeessa monivalintakysymyksiä ovat taustatietoja selvittävät kysymykset ja kahdessa taustatietoja kartoittavassa kysymyksessä on monivalintakysymyksen ja avoimen kysymyksen välimuoto.

Avoimella kysymyksellä tarkoitetaan kysymystä, jossa kysymyksen jälkeen jätetään tyhjää tilaa vastausta varten (Hirsjärvi ym. 2010, 198). Opinnäytetyön tekijöiden laatimassa kyselylomakkeessa viimeiset kaksi kysymystä ovat avoimia kysymyksiä, joihin vastaajilla oli mahdollisuus vastata omin sanoin. Asteikkoihin perustuvalla kysymystyyppillä puolestaan tarkoitetaan kysymyksiä, joissa vastausvaihtoehdoksi on asetettu asteikko, jonka mukaan vastaaja valitsee vastausvaihtoehdon, joka kuvastaa hänen mielipidettään kysytystä asiasta. Asteikkona voidaan käyttää esimerkiksi Likertin asteikkoa, jossa mielipidettä kysytään seuraavien väittäminen avulla: täysin samaa mieltä, jokseenkin samaa mieltä, neutraali kanta, jokseenkin eri mieltä, täysin eri mieltä. (Hirsjärvi ym. 2010, 200.) Opinnäytetyön tekijöiden laatimassa kyselylomakkeessa hyödynnettiin Likertin asteikkoa. Asteikkoihin perustuvat kysymykset valittiin pääpainoksi kyselylomakkeessa, koska niihin vastaaminen on suhteellisen nopeaa ja helppoa kyselyn kohderyhmä huomioon ottaen.

Kysymyksiä aseteltaessa tulee välttää kaksoismerkityksiä eli kysymyksessä tulee kysyä vain yhtä asiaa kerrallaan (Hirsjärvi ym. 2010, 202). Opinnäytetyön tekijöiden laatimassa kyselylomakkeessa kysytään kolmessa kysymyksessä kahta asiaa (ks. liite 4, kysymykset 7, 8 ja 14). Tällä pyrittiin selkiyttämään kysymystä ja välttämään väärinymmärryksiä. Lisäksi kyselylomake pyrittiin pitämään tiiviinä, jotta kyselyn kohderyhmä, eli Matalan kynnyksen palvelupisteiden potilaat, jaksaisivat vastata kyselyyn. Kyselylomakkeessa tulisi suosia lyhyitä kysymyksiä, koska pitkiä kysymyksiä on vaikeampi ymmärtää kuin lyhyitä. Kyselylomakkeeseen olisi syytä tarjota vaihtoehto ”ei mielipidettä”, koska usein kyselyissä oletetaan, että vastaajalla on mielipide kysytyyn asiaan. Jos vaihtoehto ”ei mielipidettä” tarjotaan, moni vastaajista yleensä valitsee sen. (Hirsjärvi ym. 2010, 202–203.) Opinnäytetyön tekijöiden laatimassa kyselylomakkeessa ei ole vastausvaihtoehtoa ”ei mielipidettä”, mutta hieman tätä vastaavana vastausvaihtoehtona käytettiin ”ei samaa eikä eri mieltä”, mutta tämä vastausvaihtoehto kuvaa Likertin asteikolla myös neutraalia kantaa.

Tutkimusongelmien laatimisen jälkeen alettiin suunnitella kyselylomaketta, joka toimi tässä tutkimuksessa mittarina. Mittaria laadittaessa käsitteet tulee

operationalisoida eli määrittää mitattavaan muotoon (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 207; KvantiMOTV 2008). Työn tilaajan toiveena oli tiivis kyselylomake, jotta Matalan kynnyksen palvelupisteen potilaat jaksaisivat vastata kyselyyn. Kyselylomakkeen tarkoituksena oli olla tiivis, mutta riittävän kartoittava, jotta työn tilaaja saa riittävästi tietoa palvelun toimivuudesta ja mahdollista kehittämiskohteista. Kyselylomakkeeseen laadittiin vain muutama taustatietoja selvittävä kysymys, jotta potilaat jaksaisivat vastata varsinaiseen kyselyyn. Kyselylomakkeen ensimmäiset varsinaiset kysymykset olivat asteikkoihin perustuvia kysymyksiä. Asteikkoon perustuviin kysymyksiin päädyttiin niiden suhteellisen helpon ja nopean vastaamisen vuoksi. Asteikkoon perustuvien kysymysten vastausvaihtoehdoiksi valittiin Likertin asteikko. Lisäksi kyselylomakkeeseen laadittiin kaksi avointa kysymystä, joihin potilaat voivat vastata omin sanoin.

Apuna kyselylomakkeen laadinnassa hyödynnettiin THL:n valmista kyselylomaketta, joka on laadittu terveysasemien potilastyytyväisyyden arviointiin. THL:n kyselylomakkeen hyödyntämiseen pyydettiin lupa jo hyvissä ajoin opinnäytetyöprosessin alkupuolella keväällä 2017. Toinen valmis kyselylomake, jota hyödynnettiin, oli Kotkan kaupungin oma kyselylomake, jota käytetään mielenterveys- ja päihdepalveluiden potilastyytyväisyyden arviointiin. Tämän lomakkeen hyödyntämiseen saatiin lupa työn tilaajan edustajalta. Opinnäytetyön tekijät eivät tehneet varsinaista esitestausta kyselylomakkeella, mutta kyselylomaketta muokattiin opinnäytetyön tekijöiden omasta toimesta sekä ohjaavan opettajan ja työn tilaajan edustajan ehdotusten mukaan. Koska suurin osa kyselylomakkeen kysymyksistä oli hyödynnetty valmiista kyselylomakkeista, koettiin, ettei varsinaista esitestausta tarvita. Lisäksi aikataululliset syyt vaikuttivat esitestauksen poisjääntiin. Kyselylomake laadittiin Microsoft Word -ohjelmalla.

Opinnäytetyön tekijät olivat työn tilaajan edustajan toiveesta tulostaneet kyselylomakkeet ja saatekirjeen valmiiksi. Koska palautelaatikkoon ei saatukaan yleiseen tilaan, kyselylomakkeissa ja saatekirjeessä oli virheellistä tietoa. Tämän vuoksi Matalan kynnyksen palvelupisteen työntekijöiden tuli tiedottaa potilaita riittävästi palautelaatikon sijainnista. Tulostettuja lomakkeita oli yhteensä

75 kappaletta ja työntekijöitä ohjeistettiin kopioimaan niitä itse tarvittaessa lisää tai olemaan yhteydessä opinnäytetyön tekijöihin, jotka voivat tarvittaessa tuoda lisää tulostettuja lomakkeita.

#### **5.4 Aineiston kerääminen ja analyysi**

Alkuperäisen suunnitelman mukaan oli tarkoitus, että kyselylomakkeita varten saadaan Kotkan kaupungilta palautelaatikko, johon potilaat voivat palauttaa lomakkeet itse. Tätä palautelaatikkoa ei kuitenkaan saanut lukkoon, joten yhdessä työn tilaajan edustajan kanssa sovittiin, että potilaat ottavat kyselylomakkeen Matalan kynnyksen palvelupisteen vastaanottohuoneesta ja täyttävät lomakkeen aulassa. Palautelaatikko jätettiin terveysaseman aulassa sijaitsevaan neuvontaan ja potilaat palauttivat täytetyt lomakkeet neuvonnan työntekijälle, joka laittoi lomakkeet palautelaatikkoon. Tämä järjestely vaati Matalan kynnyksen palvelupisteen työntekijöiltä tiedottamista kyselystä ja kyselyn palauttamisesta. Lisäksi neuvonnan henkilökuntaa tuli opastaa, jotta he tietävät minne lomake tulee palauttaa. Tutkimus toteutettiin aikavälillä tammi-maaliskuu 2018.

Työn tilaajan edustajan kanssa sovittiin, että opinnäytetyön tekijät saavat tiedon Matalan kynnyksen palvelupisteen kävijöistä aikaväliltä tammi-maaliskuu. Tämän tiedon perusteella ja kyselyyn vastanneiden määrällä opinnäytetyön tekijät pystyivät laskemaan vastausprosentin. Opinnäytetyön tekijät pohtivat tutkimusta aloitettaessa, jääkö vastausprosentti toivottua alhaisemmaksi, koska palautelaatikko ei ole yleisessä tilassa ja ulkopuolinen henkilö, eli neuvonnan työntekijä, laittaa lomakkeen laatikkoon eikä potilas saa itse laittaa lomaketta palautelaatikkoon.

Huhtikuun 2018 alussa järjestettiin tapaaminen työn tilaajan edustajan kanssa Matalan kynnyksen palvelupisteen tiloissa. Samalla saatiin täytetyt kyselylomakkeet tulosten analysointia varten. Tässä tapaamisessa oli mukana aika-  
taulullisista syistä vain toinen opinnäytetyön tekijöistä. Tapaamisessa oli työn tilaajan edustajan lisäksi myös kaksi Matalan kynnyksen palvelupisteen työntekijää. Työntekijät kertoivat, että etenkin tutkimuksen alussa he jakoivat aktii-

visesti kyselylomakkeita potilaille vastaanottokäynnin päätteeksi. Kolmen kuukauden tutkimusaikana kyselylomakkeiden jakaminen työntekijöiden toimesta kuitenkin ajoittain unohtui. Tällä saattoi olla vaikutusta pieneksi jääneeseen vastausmäärään. Yhteensä täytettyjä kyselylomakkeita oli 19 kappaletta. Kävijöitä Matalan kynnyksen palvelupisteessä oli tutkimuksen toteuttamisen aikavälillä 105. Näin ollen kyselytutkimuksen vastausprosentiksi saatiin 18 %.

Täytettyjen kyselylomakkeiden saamisen jälkeen opinnäytetyön tekijät alkoivat analysoida tuloksia. Täytettävät kyselylomakkeet oli tehty Microsoft Word -ohjelmalla ja tulosten analysoinnissa käytettiin Webropol-ohjelmaa. Opinnäytetyön tekijöillä oli Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulun kautta saadut tunnukset Webropol-ohjelmaan, ja Webropol-ohjelmalla luotiin identtinen sähköinen kyselylomake. Tämän jälkeen opinnäytetyön tekijät syöttivät itse täytettyjen kyselylomakkeiden vastaukset Webropol-ohjelmalla luotuun sähköiseen kyselylomakkeeseen. Webropol-ohjelman sähköiseen kyselylomakkeeseen täytettiin vastaukset samalla tavalla, kuin ne oli paperiversioihin laitettu, lainkaan muuttamatta. Osa kyselylomakkeista oli osittain puutteellisesti täytettyjä, mutta pienen vastausmäärän vuoksi opinnäytetyön tekijät päättivät ottaa analysointiin mukaan myös puutteellisesti täytetyt kyselylomakkeet. Webropol-ohjelman avulla tulokset saatiin analysoidua ja sieltä saatiin myös valmis raportti vastauksista. Kirjalliseen opinnäytetyöhön siirrettiin tuloksia kuvaavat kuvat ja kaaviot Webropol-ohjelmasta hyödyntäen Microsoft Excel -ohjelmaa. Webropol-ohjelman valmiit kuvat olivat opinnäytetyön tekijöiden mielestä epäselvempiä kuin Excelin, joten kuvat ja kaaviot päädyttiin liittämään opinnäytetyöhön Excel-ohjelman kautta.

Kun aineisto on saatu kerättyä, tarkistetaan, onko nähtävissä selkeitä virheitä tai puutteita. Virheitä tai puutteita voivat olla esimerkiksi kyselylomakkeen puutteellinen täyttäminen. Jos kyselylomake on puutteellisesti täytetty, tulee tutkijan miettiä pitääkö lomake hylätä kokonaan. Tietojen täydentäminen tarkoittaa aineiston täydentämistä kyselyllä tai haastattelulla. Esimerkiksi matalan vastausprosentin vuoksi voidaan järjestää jatkoaikaa kyselylle, jolloin tarkoituksena on täydentää aineistoa. Tämän jälkeen aineisto järjestetään tiedon tallennusta ja analyysia varten. Analysointi tulee aloittaa heti aineiston kerää-

misen jälkeen, koska aineistoa voidaan tällöin vielä selventää ja täydentää tarvittaessa. (Hirsjärvi ym. 2010, 221–224.) Opinnäytetyön tekijöiden toteuttamassa kyselyssä puutteellisesti täytettyjä kyselylomakkeita oli muutama. Koska kyselytutkimukseen vastanneiden lukumäärä jäi pieneksi, myös puutteellisesti täytetyt kyselylomakkeet otettiin mukaan tulosten analysointiin. Aikataulullisista syistä oli jo ennen tutkimuksen aloittamista sovittu työn tilaajan edustajan kanssa, ettei kyselyaikaa tulla jatkamaan, ellei tutkimukseen vastanneita olisi selvästi vähemmän kuin 10.

Tulokset käsiteltiin opinnäytetyöntekijöiden toimesta luottamuksellisesti ja niin, että yksittäistä vastaajaa ei voida tunnistaa. Kyselylomake, jota käytettiin tutkimuksessa, oli paperinen kyselylomake, joka laadittiin Microsoft Word -ohjelmalla. Kyselyn analysointivaiheessa opinnäytetyön tekijät siirsivät paperilomakkeilla kerätyt tiedot sähköiseen Webropol-ohjelmaan. Webropol-ohjelma on kysely- ja raportointityökalu, jonka avulla käyttäjä voi luoda kyselylomakkeen ja käyttää ohjelmaa kyselyn tulosten raportoinnissa. Webropol-ohjelmalla tulokset esitetään prosentteina ja frekvensseinä ja Webropol-ohjelmalla voidaan luoda erilaisia visuaalisia raportteja muun muassa kuvaajien avulla. (Webropol s.a.). Kvantitatiivisessa eli määrällisessä tutkimuksessa analysoinnissa käytetään tilastollisia menetelmiä. Määrällisen tutkimuksen käsitteitä ovat havaintoyksikkö eli vastaaja, muuttuja eli operationalisoitu käsite ja arvo eli muuttujien luokka. Onnistunut kyselylomakkeen suunnittelu ja aineiston huolellinen tallentaminen helpottavat analyysia. Aineistoa voidaan kuvailla frekvenssein ja prosenttiosuusin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 100–103.)

Opinnäytetyön tekijöiden laatimassa kyselylomakkeessa oli myös kaksi avointa kysymystä, ja oli tarkoitus, että ne analysoitaisiin sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysillä tarkastellaan tekstimuotoista aineistoa (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006), mikä tässä tutkimuksessa tarkoittaa avointen kysymysten analysointia. Sisällönanalyysissä tekstiä tarkastellaan eritellen, etsien yhtäläisyyksiä ja eroja sekä tiivistäen (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Tässä opinnäytetyössä hyödynnettiin sisällönanalyysia, eli vastauksista etsittiin toisiaan vastaavia ilmaisuja, tarkastellessa vastaajien myönteisiä ko-

kemuksia Matalan kynnyksen palvelupisteestä. Parannusehdotuksia ja kehittämiskohteita käsittelevässä avoimessa kysymyksessä sisällönanalyysiä ei hyödynnetty, koska vastauksia oli vain kaksi eikä niistä löytynyt toisiaan vastaavia ilmaisuja.

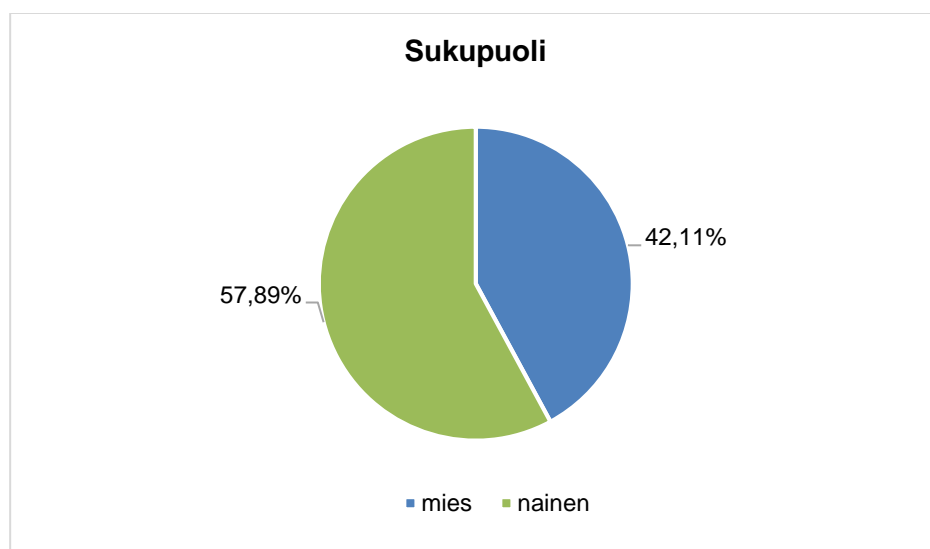
Tulosten analysoinnin ja raportin saamisen jälkeen alettiin järjestää tapamista työn tilaajan edustajan kanssa, jotta tulokset voitiin esitellä työn tilaajalle ja Matalan kynnyksen palvelupisteen työntekijöille. Jo tutkimusta aloitettaessa sovittiin, että tutkimustulokset tullaan kertomaan työn tilaajan edustajalle ja työntekijöille heidän tiimipalaverissaan tutkimusajan päätyttyä ja tulosten analysoinnin jälkeen. Tulokset esiteltiin opinnäytetyön tekijöiden toimesta 21.5.2018. Tulokset ja niiden tarkastelu ovat tässä opinnäytetyössä luvuissa 6 ja 8.1. Opinnäytetyön teoreettista osuutta on tehty koko opinnäytetyön prosessin ajan, myös varsinaisen tutkimuksen toteuttamisen jälkeen. Kyselylomakkeen laatimisen jälkeenkin opinnäytetyön tekijät ja ohjaava opettaja kokivat, että teoreettista osuutta tulee vielä lisätä. Tässä oli riskinä, että teoreettista tietoa etsiessä tulee vielä jotakin sellaista esille, jota opinnäytetyön tekijät eivät ole huomioineet kyselylomaketta laatiessaan, mutta joka olisi oleellista huomioida ja selvittää tutkimuksessa. Teoriasta ei kyselylomakkeen laadinnan jälkeen kuitenkaan noussut mitään merkittävää, mikä olisi tullut huomioida kyselylomaketta laadittaessa.



## 6 TUTKIMUSTULOKSET

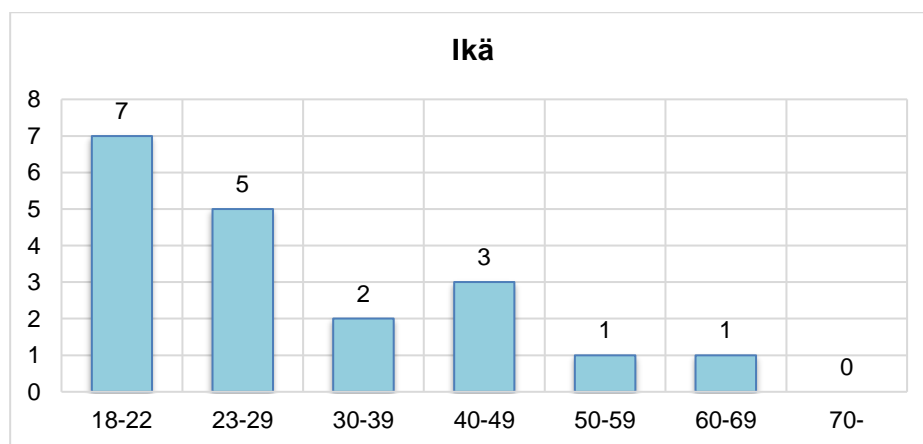
### 6.1 Vastaajien taustatekijät

Taustamuuttujilla tarkasteltiin vastaajien sukupuolta, ikää, asiointisyytä, mitä potilaan asia koski ja ohjattiinko potilas jatkohoitoon vastaanottokäynnin jälkeen. Vastaajia oli yhteensä 19 (N = 19). Kuvasta 2 nähdään, että vastaajista 58 % (f=11) oli naisia ja 42 % (f=8) oli miehiä.



Kuva 2. Vastaajien sukupuoli (N = 19)

Vastaajien ikäjakauma on esillä kuvassa 3.



Kuva 3. Vastaajien ikäjakauma (N = 19)

Eniten vastaajia oli ikäryhmässä 18–22-vuotiaat, joita oli 36,84 % (f=7) vastaajista. Toiseksi eniten vastaajia oli ikäryhmässä 23–29-vuotiaissa eli 26,32 % (f=5). 30–39-vuotiaita vastaajia oli 10,53 % (f=2) ja 40–49-vuotiaita 15,79 % (f=3). 50–59- ja 60–69-vuotiaita oli molempia 5,26 % (f=1) vastaajista. Yli 70-vuotiaita vastaajia ei ollut lainkaan.

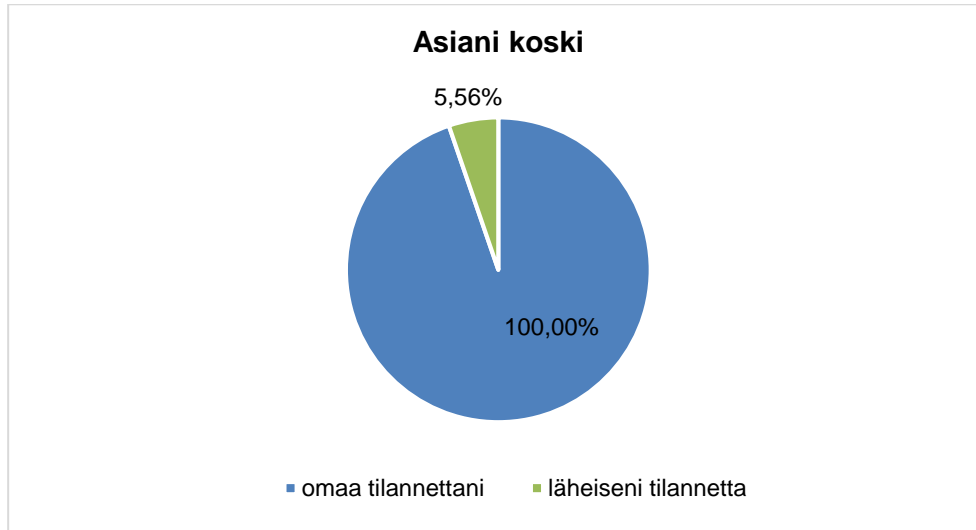
Kuvassa 4 esitetään potilaiden asiointisyyt eli minkä asian vuoksi potilas oli haikautunut Matalan kynnyksen palvelupisteeseen.



Kuva 4. Vastaajien asiointisyyt (N = 19)

Suurin osa vastaajista 68,42 % (f=13) asioi Matalan kynnyksen palvelupisteessä mielenterveysasioissa. 21,05 % (f=4) asioi mielenterveys- ja päihdeasioissa ja 10,53 % (f=2) asiointisyyt olivat päihdeasiat. 5,26 % (f=1) oli valinnut muun syyn ja kirjoittanut avoimeen kysymykseen syyksi työpaikkakiusaamisen. Tämä vastaaja oli valinnut muun syyn lisäksi asiointisyyksi mielenterveysasiat.

Taustamuuttujissa selvitettiin myös, minkälaista tilannetta potilaiden vastaanottokäynti koski. Vaihtoehtoina oli potilaan omaa tilannetta koskeva tai läheisen tilannetta koskeva käynti. Kuvassa 5 esitetään vastaajien tilannetta vastaanottokäynnillä.



Kuva 5. Vastaajien tilanne vastaanottokäynnillä (N = 19)

Kaikki vastaajat olivat valinneet asiansa koskeneen omaa tilannettaan. Yksi vastaajista oli valinnut edellä mainitun lisäksi vaihtoehdon läheiseni tilannetta.

Taustakysymyksissä selvitettiin myös potilaiden ohjausta jatkohoitoon. Lisäksi tässä oli avoin kysymys, eli vastaajat kirjoittivat, minne heidät ohjattiin jatko- hoitoon. Tämä kysymys lisättiin työntilaajien toiveesta. Kuva 6 esittelee potilaiden jatkohoitoon ohjaamista.

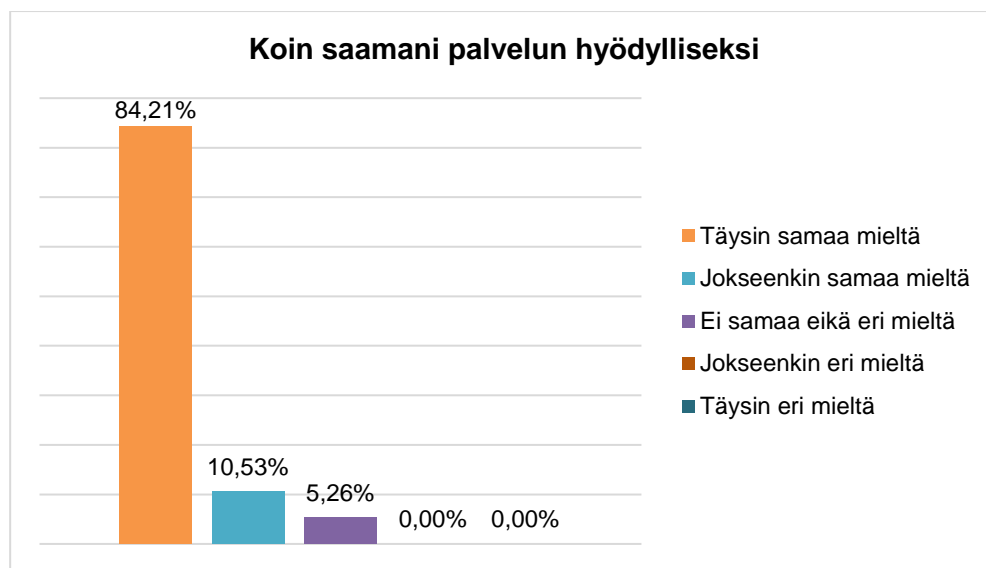


Kuva 6. Vastaajien jatkohoitoon ohjaaminen (N = 19)

Kaikki vastaajat ohjattiin jatkohoitoon vastaanottokäynnin jälkeen. Tässä opin- näytetyössä ei tulla käsittelemään tämän kysymyksen avoimia vastauksia, jotta potilaiden intymiteettisuoja säilyy. Osa vastaajista kirjoitti hyvinkin yksityis- kohtaisesti, minne heidät ohjattiin jatkohoitoon. Tämän kysymyksen avoimet vastaukset on käsitelty työn tilaajan kanssa, jotta he ovat saaneet toivomansa tiedon paikoista ja tahoista, joihin potilaat on ohjattu jatkohoitoon vastaanotto- käynnin jälkeen.

## 6.2 Potilaiden kokemus ohjauksesta Matalan kynnyksen palvelupis- teessä

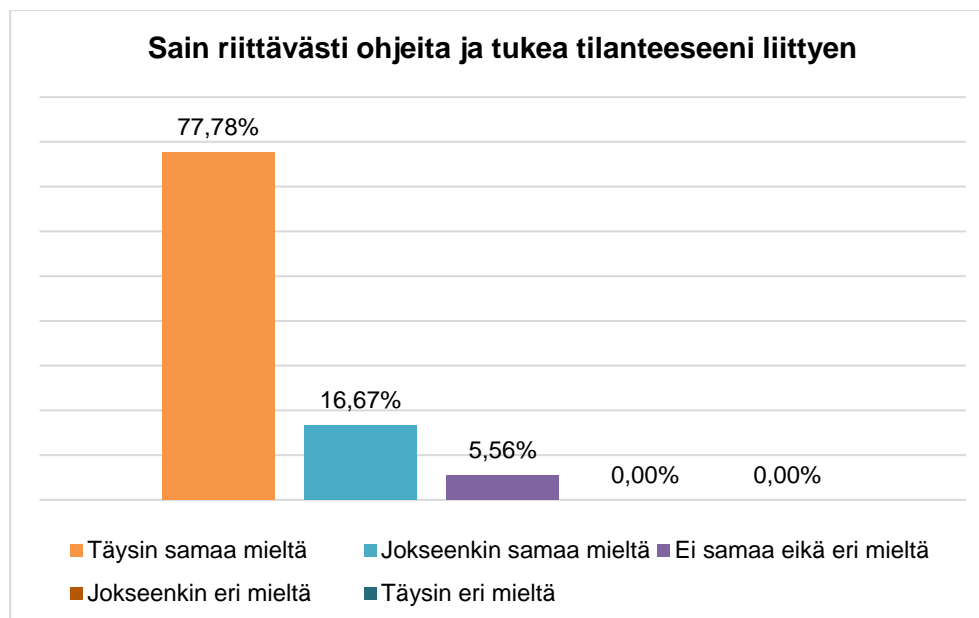
Ohjausta käsitteleviä kysymyksiä laadittiin kyselylomakkeeseen neljä kappa- lletta (kysymykset 6–9). Kuvassa 7 esitetään vastaajien kokemuksia palvelun hyödyllisyydestä.



Kuva 7. Vastaajien kokemus palvelun hyödyllisyydestä (N = 19)

Vastaajista 84,21 % (f=16) oli täysin samaa mieltä siitä, että palvelu oli hyödyllistä. Jokseenkin samaa mieltä oli 10,53 % (f=2) vastaajista. Ei samaa eikä eri mieltä vastaajista oli 5,26 % (f=1) Kukaan vastaajista ei ollut jokseenkin eri mieltä tai täysin eri mieltä. Näiden tulosten perusteella voidaan todeta, että vastaajat kokivat saamansa palvelun hyödylliseksi.

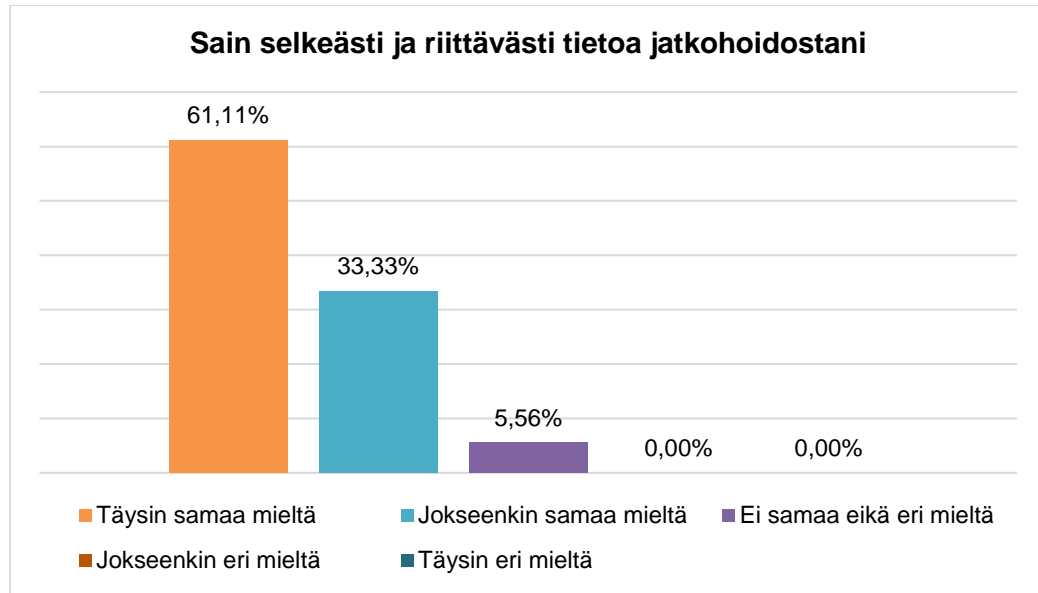
Kuvassa 8 esitetään potilaiden kokemusta ohjeiden ja tuen riittävistä määrästä potilaan tilanteeseen nähden. Tässä kysymyksessä vastaajia on 18 (N = 18), koska yksi vastaaja oli jättänyt vastaamatta tähän kysymykseen.



Kuva 8. Vastaajien kokemus ohjeiden ja tuen riittävydestä potilaan tilanteeseen nähden (N = 18)

Vastaajista 77,78 % (f=14) oli täysin samaa mieltä siitä, että sai riittävästi ohjeita ja tukea tilanteeseensa liittyen. Jokseenkin samaa mieltä vastaajista oli 16,67 % (f=3) ja ei samaa eikä eri mieltä oli 5,56 % (f=1). Kukaan vastaajista ei ollut jokseenkin eri mieltä tai täysin eri mieltä. Tämän mukaan vastaajat olivat tyytyväisiä saamiinsa ohjeisiin ja tukeen, jota he saivat Matalan kynnyksen palvelupisteen vastaanottokäynnillä.

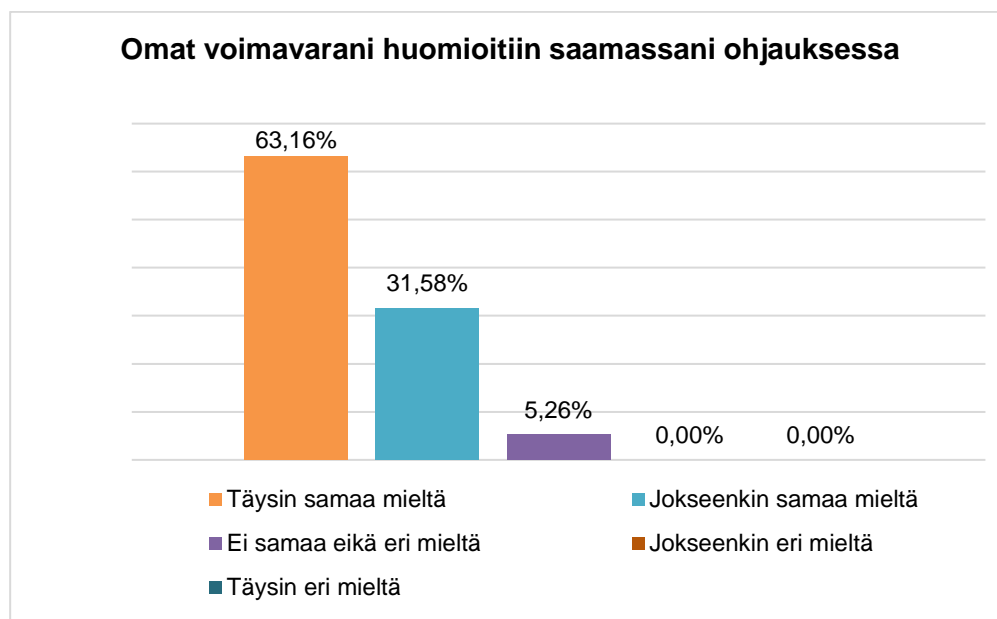
Jatkohoitoa ja riittävää tiedonsaantia koskevan kysymyksen tulokset on esitetty kuvassa 9. Myös tässä kysymyksessä vastaajien lukumäärä oli 18 (N = 18), koska yksi vastaajista ei vastannut tähän kysymykseen.



Kuva 9. Vastaajien kokemus riittävästä ja selkeästä tiedonsaannista jatkohoidosta (N = 18)

Vastaajista 61,11 % (f=11) oli täysin samaa mieltä siitä, että sai selkeästi ja riittävästi tietoa jatkohoidostaan. 33,33 % (f=6) oli jokseenkin samaa mieltä. Vastaajista 5,56 % (f=1) ei ollut samaa eikä eri mieltä. Vastaajista kukaan ei ollut valinnut vaihtoehtoa jokseenkin eri mieltä tai täysin eri mieltä. Näin ollen voidaan todeta, että potilaat kokivat saaneensa riittävästi ja selkeästi tietoa jatkohoidostaan.

Viimeinen ohjausta käsittelevä kysymys liittyi potilaiden voimavarojen huomiointiin (kuva 10). Tässä kysymyksessä vastaajia oli 19 (N = 19).

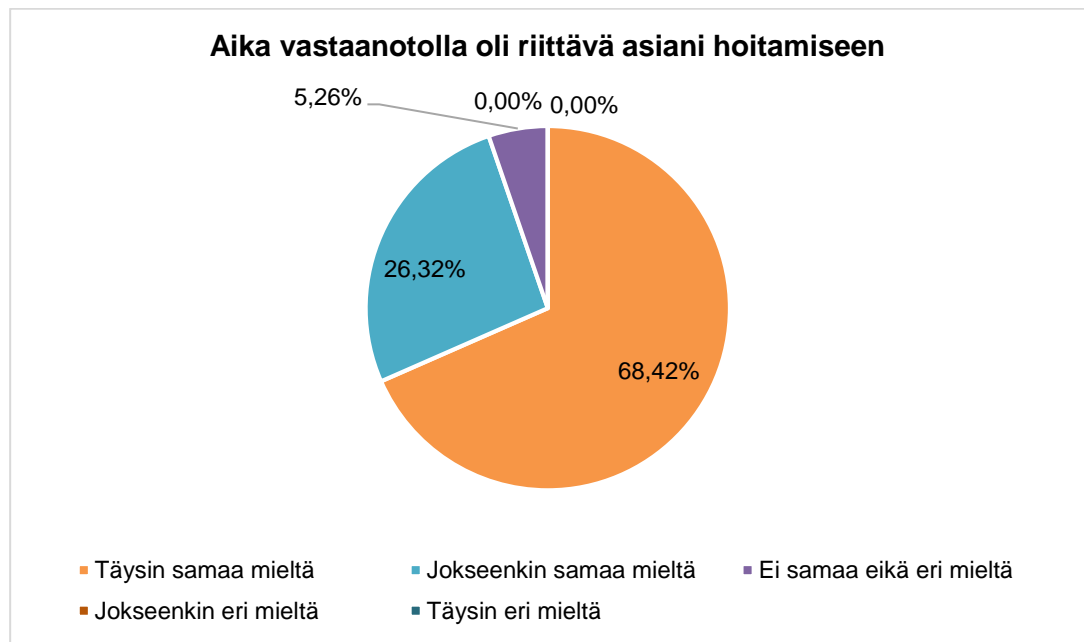


Kuva 10. Vastaajien kokemus voimavarojen huomioimisesta ohjauksessa (N = 19)

Vastaajista 63,16 % (f=12) oli täysin samaa mieltä siitä, että voimavarat huomioitiin ohjauksessa. Jokseenkin samaa mieltä oli 31,58 % (f=6) ja 5,26 % (f=1) ei ollut samaa eikä eri mieltä. Vastauksia ei ollut vaihtoehdoissa jokseenkin eri mieltä tai täysin eri mieltä. Vastaajat kokivat, että heidän voimavaransa otettiin huomioon ohjauksessa.

### 6.3 Palvelun saatavuus Matalan kynnyksen palvelupisteessä

Kyselylomakkeessa kysymykset 10–13 käsittelivät palvelun saatavuutta Matalan kynnyksen palvelupisteessä. Ensimmäinen palvelun saatavuutta käsittelevä kysymys liittyi vastaanottoajan riittävyyteen. Kuvassa 11 esitetään vastaajien kokemuksia vastaanottoajan riittävyydestä. Kaikki vastaajat (N = 19) vastasivat tähän kysymykseen.

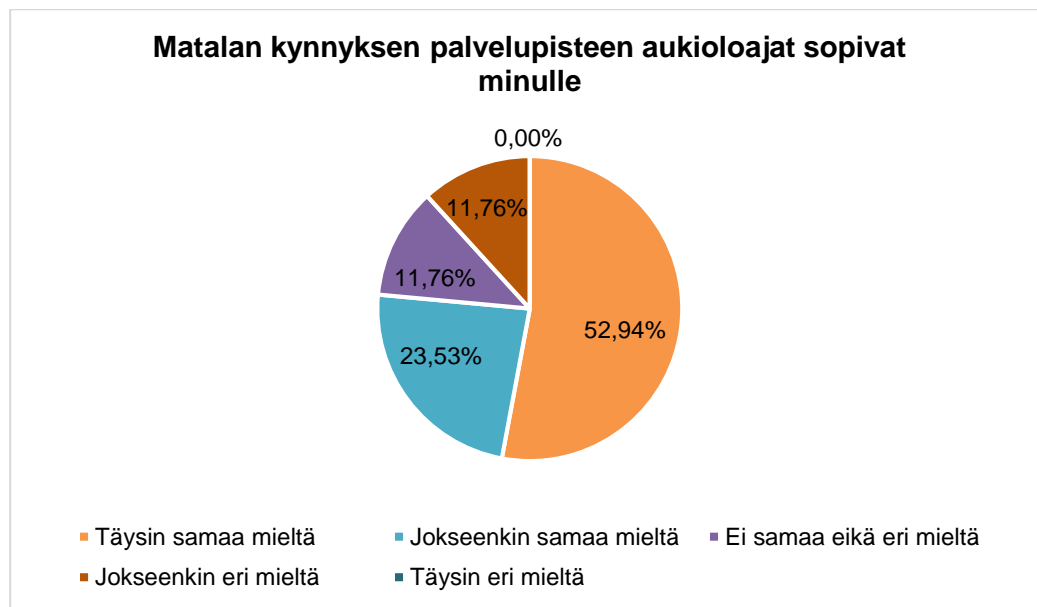


Kuva 11. Vastaajien kokemus vastaanottoajan riittävyydestä (N = 19)

68,42 % (f=13) oli täysin samaa mieltä vastaanottokäynnin ajan riittävyydestä. Jokseenkin samaa mieltä oli 26,32 % (f=5). Ei samaa eikä eri mieltä oli 5,26 % (f=1) vastaajista. Kukaan vastaajista ei ollut valinnut tähän kysymykseen vastausvaihtoehtoja jokseenkin eri mieltä tai täysin eri mieltä. Vastaajien kokemuksen mukaan vastaanottoaika oli riittävä asian hoitamiseen.



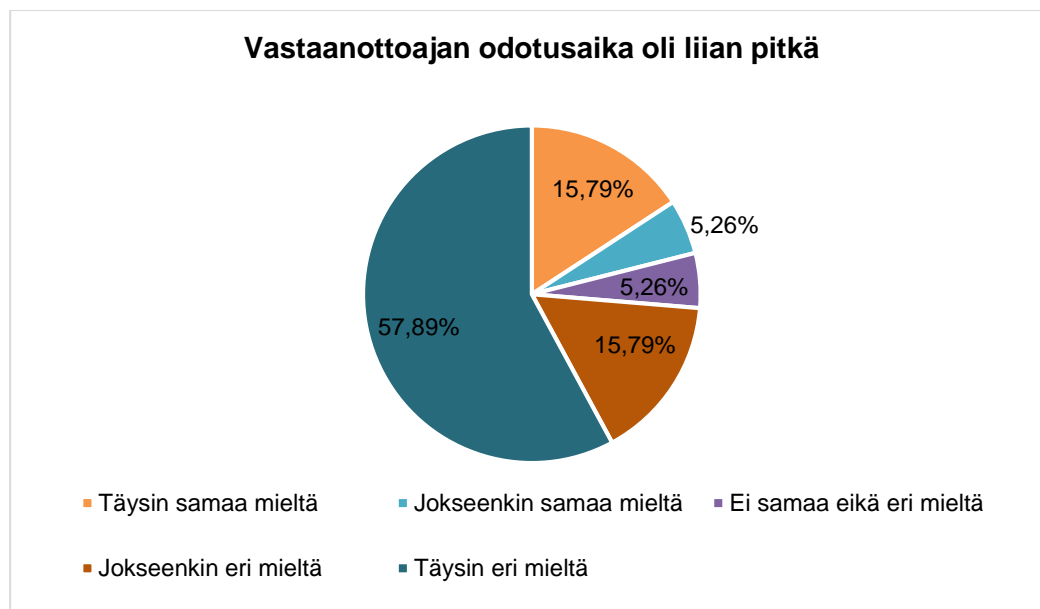
Seuraava palvelun saatavuutta koskeva kysymys koski Matalan kynnyksen palvelupisteen aukioloaikojen sopivuutta potilaille. Tähän kysymykseen vastanneita oli 17 (N = 17). Kuvassa 12 esitetään vastaajien kokemuksia aukioloaikojen sopivuudesta.



Kuva 12. Vastaajien kokemus aukioloaikojen sopivuudesta (N = 17)

Vastaajista 52,94 % (f=9) oli täysin samaa mieltä Matalan kynnyksen palvelupisteen aukioloaikojen sopivuudesta. 23,53 % (f=4) oli jokseenkin samaa mieltä. 11,76 % (f=2) vastasi ei samaa eikä eri mieltä ja jokseenkin eri mieltä. Kukaan vastaajista ei ollut valinnut vaihtoehtoa täysin eri mieltä. Suurin osa vastaajista koki aukioloajat sopivana, mutta kaksi vastaajaa ei ollut samaa eikä eri mieltä ja kaksi vastaajaa oli jokseenkin eri mieltä.

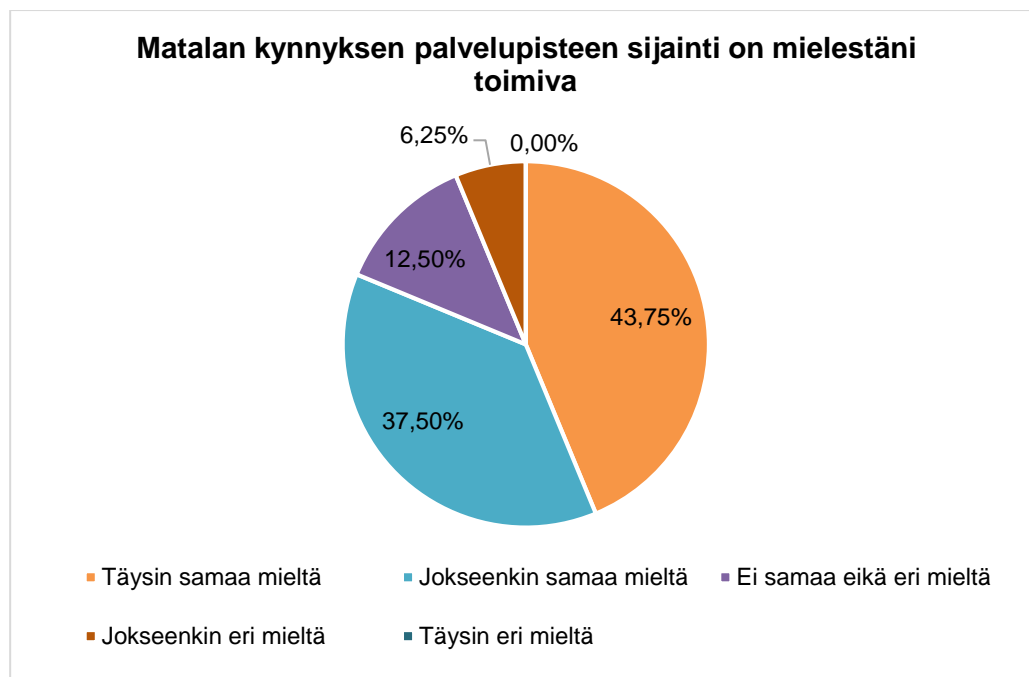
Potilaiden kokemuksia palvelun saatavuudesta selvitettiin kysymyksellä vastaanottoajan odotusajasta. Odotusaikaan liittyvän kysymyksen tulokset esitetään kuvassa 13. Tähän kysymykseen vastanneita oli 19 (N = 19).



Kuva 13. Vastaajien kokemus vastaanottoajan odotusajasta (N = 19)

Vastaajista 57,89 % (f=11) oli täysin eri mieltä väittämästä, jonka mukaan vastaanottoajan odotusaika oli liian pitkä. 15,79 % (f=3) oli jokseenkin eri mieltä. Vastaajista 15,76 % (f=3) oli valinnut vaihtoehdon täysin samaa mieltä. Vastanneista 5,26 % (f=1) oli väittämästä jokseenkin samaa mieltä ja 5,26 % (f=1) ei ollut samaa eikä eri mieltä väittämästä. Suurin osa vastaajista ei kokenut odotusaikaa liian pitkäksi. Kolme vastaajaa koki vastaanottoajan odotusajan olleen liian pitkä.

Viimeinen palvelun saatavuutta koskeva kysymys liittyi Matalan kynnyksen palvelupisteen sijaintiin ja tämän kysymyksen tulokset esitetään kuvassa 14. Tähän kysymykseen vastanneita oli 16 (N = 16).

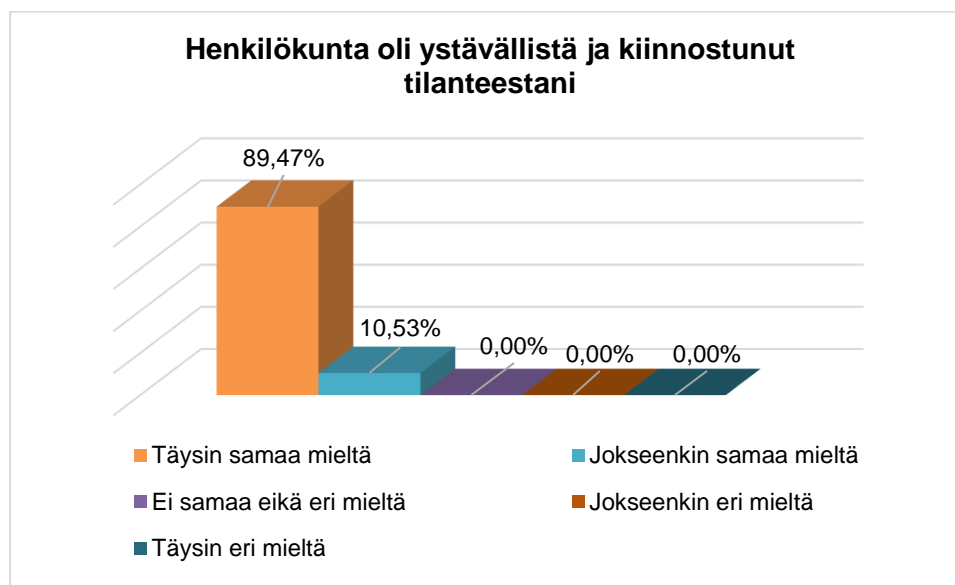


Kuva 14. Vastaajien kokemus Matalan kynnyksen palvelupisteen sijainnin toimivuudesta (N = 16)

Vastaajista 43,75 % (f=7) oli täysin samaa mieltä siitä, että Matalan kynnyksen palvelupisteen sijainti oli toimiva. 37,50 % (f=6) oli jokseenkin samaa mieltä. 12,50 % (f=2) vastaajista ei ollut samaa eikä eri mieltä väittämästä. Jokseenkin eri mieltä vastaajista oli 6,25 % (f=1). Vastaajista kukaan ei ollut valinnut vaihtoehtoa täysin eri mieltä. Suurin osa vastaajista koki Matalan kynnyksen palvelupisteen sijainnin toimivana. Kaksi vastaajaa ei ollut samaa eikä eri mieltä väittämästä ja yksi vastaaja oli jokseenkin eri mieltä väittämästä.

#### 6.4 Potilaiden kohtelu Matalan kynnyksen palvelupisteessä

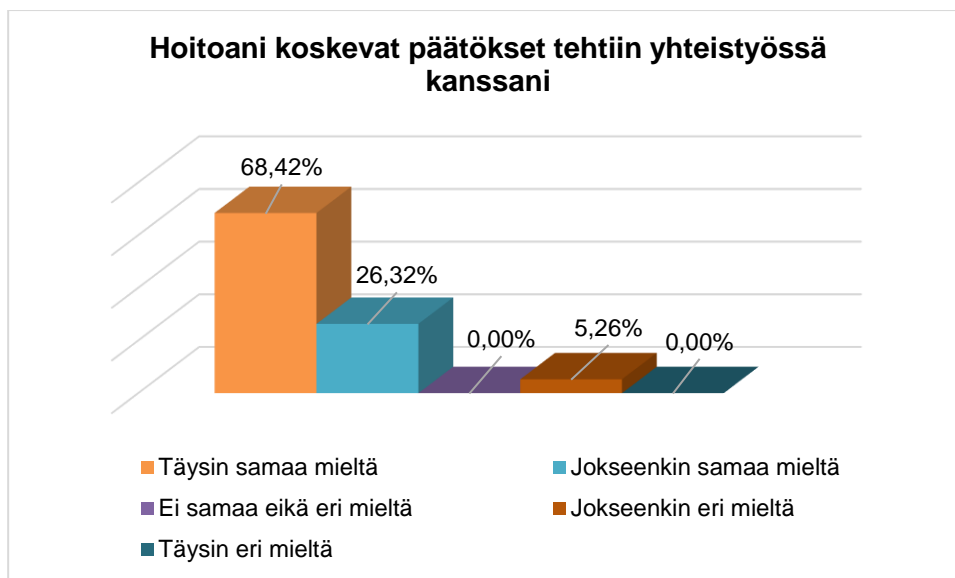
Kohtelua selvittävät kysymykset kyselylomakkeessa olivat kysymykset 14–17. Ensimmäinen kohtelua koskeva kysymys liittyi henkilökunnan ystävällisyyteen ja heidän osoittamaan kiinnostuneisuuteen. Kuvassa 15 esitetään tämän kysymyksen tulokset. Kaikki vastaajat (N = 19) vastasivat tähän kysymykseen.



Kuva 15. Vastaajien kokemus henkilökunnan ystävällisyydestä ja kiinnostuneisuudesta potilaan tilanteesta (N = 19)

89,47 % vastaajista (f=17) oli täysin samaa mieltä siitä, että henkilökunta oli ystävällistä ja kiinnostuneita potilaan tilanteesta. 10,53 % (f=2) oli jokseenkin samaa mieltä. Muita vastausvaihtoehtoja ei valinnut kukaan vastaajista. Kaikki vastaajat kokivat henkilökunnan olleen ystävällistä ja kiinnostuneita potilaan tilanteesta.

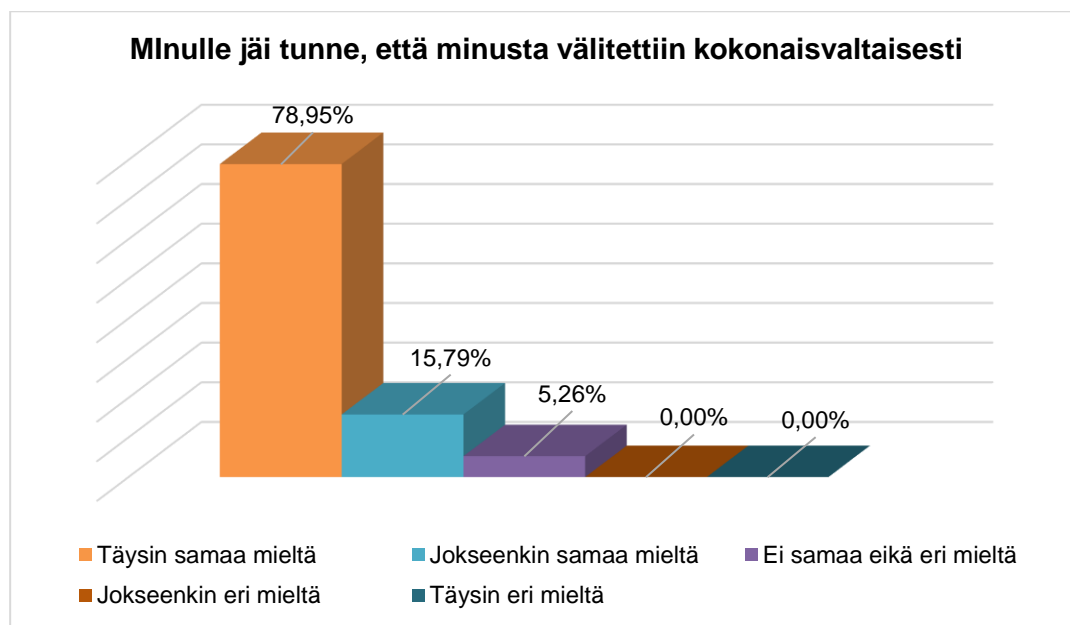
Seuraava potilaiden kohtelua koskeva kysymys liittyi päätösten tekoon yhteistyössä potilaan kanssa. Tähän kysymykseen vastasivat kaikki kyselyyn vastanneet (N = 19). Kuvassa 16 esitetään tämän kysymyksen tulokset.



Kuva 16. Vastaajien kokemus hoitoa koskevien päätösten tekemisestä yhteistyössä potilaan kanssa (N = 19)

Vastaajista 68,42 % (f=13) vastasi olevansa täysin samaa mieltä siitä, että päätökset tehtiin yhteistyössä potilaan kanssa. 26,32 % (f=5) valitsi vaihtoehdon jokseenkin samaa mieltä. 5,26 % (f=1) vastaajista oli jokseenkin eri mieltä. Muita vastausvaihtoehtoja ei valittu. Suurin osa vastaajista oli täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että päätökset tehtiin yhteistyössä potilaan kanssa. Yksi vastaaja oli jokseenkin eri mieltä.

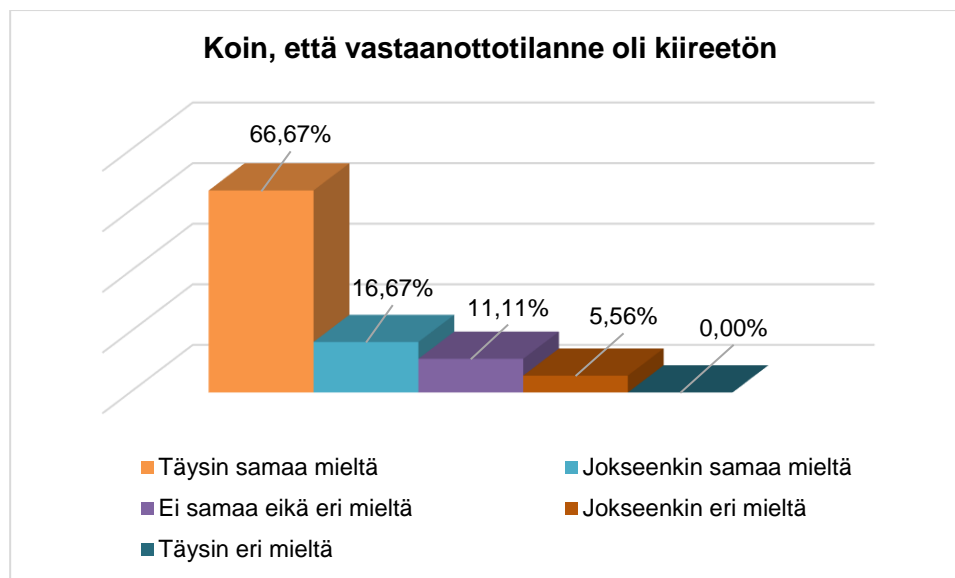
Potilaiden kokemusta kohtelusta selvitettiin kysymyksellä, jolla selvitettiin potilaiden kokemusta henkilökunnan osoittamasta välittämisestä. Kaikki vastaajat (N = 19) vastasivat kysymykseen. Kuvassa 17 esitetään tämän kysymyksen tulokset.



Kuva 17. Vastaajien kokemus kokonaisvaltaisesta välittämisestä (N = 19)

Vastaajista 78,95 % (f=15) oli täysin samaa mieltä väittämän *minulle jäi tunne, että minusta välitettiin kokonaisvaltaisesti* kanssa. 15,79 % (f=3) vastaajista oli jokseenkin samaa mieltä ja 5,26 % (f=1) vastaajista ei ollut samaa eikä eri mieltä väittämän kanssa. Vastaajat eivät olleet valinneet muita vastausvaihtoehtoja. Selvästi suurin osa vastaajista koki, että heistä välitettiin kokonaisvaltaisesti. Yksi vastaaja ei ollut samaa eikä eri mieltä kokonaisvaltaisesta välittämisestä.

Viimeinen potilaiden kohtelua selvittävä kysymys liittyi vastaanottotilanteen kiireettömyyteen. Tähän kysymykseen vastasi 18 (N = 18) vastaajaa. Kuvassa 18 esitetään tämän kysymyksen tulokset.



Kuva 18. Vastaajien kokemus vastaanottotilanteen kiireettömyydestä (N = 18)

66,67 % (f=12) oli täysin samaa mieltä väittämän *koin, että vastaanottotilanne oli kiireetön* kanssa. 16,67 % (f=3) oli jokseenkin samaa mieltä. 11,11 % (f=2) ei ollut samaa eikä eri mieltä ja 5,56 % (f=1) oli jokseenkin eri mieltä väittämän kanssa. Kukaan vastaajista ei ollut täysin eri mieltä. Suurin osa vastaajista koki, että vastaanottotilanne oli kiireetön. Kaksi vastaajaa ei ollut samaa eikä eri mieltä ja yksi vastaaja oli jokseenkin eri mieltä vastaanottotilanteen kiireettömyydestä.

Kyselylomakkeessa oli myös kaksi avointa kysymystä (kysymykset 18 ja 19), joista toinen analysoitiin sisällönanalyysilla. Ensimmäisenä avoimena kysymyksenä selvitettiin potilaiden kokemuksia myönteisistä asioista Matalan kynnyksen palvelupisteessä. Taulukossa 2 esitetään tämän kysymyksen sisällönanalyysi. Tähän kysymykseen vastasi 8 vastaajaa (N = 8).

Taulukko 2. Vastaajien myönteisiä kokemuksia Matalan kynnyksen palvelupisteestä

Alkuperäinen ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka
<i>"Sain heti uusia näköaloja"</i>	Ohjauksen saaminen	<b>Ohjaus</b>
<i>"Sain puhua asioitani ja ongelmiani"</i> <i>"Pääsin purkamaan tilannetta jollekin."</i> <i>"Palvelun sijainti. Lyhyt odotusaika"</i> <i>"Sujuva asiointi"</i>	Pääsee puhumaan tilanteestaan  Pääsy palvelun piiriin	<b>Saatavuus</b>
<i>"Minun hyvinvoinnista oltiin aidosti kiinnostuneita"</i> <i>"Kertomiani asioita ei vähätelty ja minut otettiin tosissaan. Todella ystävällinen ja rento tunnelma auttoi kertomaan mikä mieltä painaa :)"</i> <i>"Välittävää ja ystävällistä palvelua"</i>	Kiinnostus potilaan tilanteesta	<b>Kohtelu</b>

Tämän kysymyksen vastauksista nousi esille samoja asioita kuin edellisissäkin kysymyksissä: saatu ohjaus koettiin myönteiseksi, palvelun saatavuus koettiin hyväksi, vastaajat olivat tyytyväisiä kohteluun ja palvelun saatavuuteen oltiin tyytyväisiä.

Toinen avoin kysymys oli "mitä haluaisitte parannettavan Matalan kynnyksen palvelupisteessä?". Tähän kysymykseen tuli vastauksia vain kaksi ja molemmat liittyivät palvelun saatavuuteen. Toinen vastaajista toivoisi lyhyempää odotusaikaa, ja toinen toivoisi mahdollisuutta päästä suoraan lääkärin vastaanotolle.



## 7 YHTEENVETO TUTKIMUSTULOKSISTA

Kyselyyn vastanneita henkilöitä oli yhteensä 19. Kävijöitä Matalan kynnyksen palvelupisteessä tutkimuksen toteuttamisaikana oli 105 eli vastausprosentti oli 18 %. Suurin osa kyselyyn vastanneista asioi Matalan kynnyksen palvelupisteessä mielenterveysasioissa ja toiseksi eniten asioitiin mielenterveys- ja päihdeasioissa. Kaikkien vastaajien asioinnin syynä oli oma tilanne ja yhdellä vastaajalla asioinnin syynä oli oman tilanteen lisäksi läheisen tilanne. Kaikki vastaajat oli ohjattu jatkohoitoon vastaanottokäynnin jälkeen.

Lähes kaikki vastaajat kokivat palvelun hyödylliseksi ja saaneensa riittävästi tukea ja ohjeita omaan tilanteeseensa liittyen. Lähes kaikkien vastaajien kokemuksen mukaan jatkohoidosta annettiin selkeästi ja riittävästi tietoa. Vastaajista selvästi suurin osa oli kokenut, että vastaanotolla huomioitiin heidän voimavaransa ohjauksessa.

Kyselytutkimukseen vastanneista lähes kaikkien mielestä aika vastaanotolla oli riittävä asian hoitamiseen. Suurin osa vastanneista koki Matalan kynnyksen palvelupisteen aukioloajat sopiviksi, mutta muutama vastaaja ei ollut samaa eikä eri mieltä tai oli jokseenkin eri mieltä aukioloaikojen sopivuudesta. Neljän vastaajan mielestä odotusaika vastaanotolle oli liian pitkä. Suurimman osan mielestä odotusaikaa vastaanotolle ei koettu liian pitkäksi. Suurin osa vastaajista piti Matalan kynnyksen palvelupisteen sijaintia toimivana.

Kaikkien vastaajien mielestä Matalan kynnyksen palvelupisteen henkilökunta oli ystävällistä ja kiinnostuneita potilaan tilanteesta. Vastaajien mukaan hoitoa koskevat päätökset tehtiin yhteistyössä lähes kaikkien kanssa ja vain yksi vastaaja oli vastannut olevansa jokseenkin eri mieltä tästä. Selvästi suurimmalle osalle vastanneista jäi tunne, että heistä välitettiin kokonaisvaltaisesti. Suurimman osan mielestä vastaanottotilanne oli ollut kiireetön. Kaksi vastaajaa ei ollut samaa eikä eri mieltä kiireettömyydestä ja yksi vastaaja oli ollut jokseenkin eri mieltä.

Avoimissa kysymyksissä selvitettiin potilaiden kokemuksia myönteisistä asioista, joita he kokivat vastaanotolla sekä kehityskohteita. Myönteisinä asioina

koettiin pääsy palvelun piiriin ja tilanteen selvittely ja asioista puhuminen ammattilaisen kanssa. Myös henkilökunnan ystävällisyys ja kiinnostuneisuus potilaiden tilanteisiin koettiin myönteisenä. Avoimissa kysymyksissä parannusehdotuksia Matalan kynnyksen palvelupisteen toimintaan liittyen tuli vain kaksi. Toinen vastaajista toivoisi lyhyempää odotusaikaa ja toinen toivoisi pääsyä suoraan lääkärille.

## **8 POHDINTA**

### **8.1 Tulosten tarkastelu**

Tulosten analysoinnin jälkeen tulokset tulee selittää ja tulkita. Tulkinta on tutkijan omaa pohdintaa tuloksista ja tutkija tekee tuloksista omia johtopäätöksiä. Tutkijan tulkitessa tuloksia, tulee pohtia, miten tutkijan kielenkäyttö on vaikuttanut tuloksiin aineistoa kerätessä. (Hirsjärvi ym. 2010, 229.) Opinnäytetyön tekijöiden tekemässä tutkimuksessa tulee siis pohtia, oliko kysymysten asettelussa jotain sellaista, mikä sai tulokseksi tietyn vastauksen. Opinnäytetyön tekijät olivat asettaneet ohjausta koskeviin kysymyksiin väittämät ”sain riittävästi ohjeita ja tukea tilanteeseeni liittyen” ja ”sain selkeästi ja riittävästi tietoa jatkohoidostani”. Koska näissä väittämissä kysyttiin kahta asiaa, voi olla, että vastaaja on kokenut saavansa riittävästi ohjeita, mutta ei välttämättä riittävästi tukea tai saaneensa selkeästi tietoa jatkohoidosta, mutta ei välttämättä riittävästi. Tämän vuoksi vastaukset eivät välttämättä vastaa todenmukaisesti kysymyksiin. Opinnäytetyön tekijät olivat kuitenkin tietoisesti tehneet osasta kyselylomakkeen kysymyksistä kahta asiaa kysyviä, jotta kyselylomake pysyi tiiviinä ja kysymystä saatiin tarkennettua.

Suurin osa vastaajista oli 18–22-vuotiaita. Opinnäytetyön tekijöillä ei ole tiedossa, oliko tutkimuksen aikana kävijöitä eniten tästä ikäryhmästä. Opinnäytetyön tekijät pohtivat, olivatko nuoret aikuiset aktiivisempia vastaamaan kyselytutkimukseen kuin muiden ikäryhmien edustajat tai ovatko nuoret aikuiset mahdollisesti löytäneet Matalan kynnyksen palvelupisteen helpommin.

Ohjaukseen liittyvissä väittämissä lähes kaikki vastaajat olivat kokeneet palvelun hyödylliseksi. Jo opinnäytetyöprosessia aloitettaessa työn tilaajan edustajat kertoivat pitkistä jonoista mielenterveys- ja päihdepalveluihin. Matalan kynnyksen palvelupisteen tarkoituksena on madaltaa potilaiden kynnystä hakeutua palvelujen piiriin ja päästä palvelujen piiriin nopeammin. Palvelun hyödyllisyyttä kuvaa myös potilaiden jatkohoitoon ohjaaminen. Kaikki vastaajat oli taustamuuttujien mukaan ohjattu jatkohoitoon. Näin ollen palvelun tarkoitus eli potilaan tilanteen kartoittaminen ja jatkohoitopaikan löytäminen potilaalle on täyttynyt. Lähes kaikki vastaajat kokivat saaneensa riittävästi ohjeita ja tukea tilanteeseensa liittyen ja saaneensa selkeästi ja riittävästi tietoa jatkohoidostaan. Rautava-Nurmen ym. (2015) ja Ilolan ym. (2013) mukaan tietoa ei tule antaa hoidon alkuvaiheessa liian suurta määrää, mutta riittävällä tiedonsaannilla potilas pystyy arvioimaan, mikä on hänelle parhaaksi (Rautava-Nurmi ym. 2015, 409; Ilola ym. 2013, 20–22.)

Vastaajista suurin osa oli täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä väittämästä ”omat voimavarani huomioitiin saamassani ohjauksessa”. Ahosen ym. (2013) mukaan hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat potilaan sisäiset ja ulkoiset tekijät. Potilaan sisäisiä tekijöitä ovat esimerkiksi kyky ymmärtää ohjeita, persoonalliset tekijät, potilaan oma itsetunto, elämänasenne, uskomukset ja pelot. (Ahonen ym. 2015, 36–41.) Opinnäytetyön tekijöiden mielestä näitä sisäisiä tekijöitä voidaan ajatella myös potilaan voimavaroiksi. Hoitajan tulee ottaa vastaanotolla huomioon esimerkiksi potilaan kyky ottaa ohjausta ja ohjeita vastaan. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella voidaan todeta, että vastaajat ovat olleet tyytyväisiä saamansa ohjaukseen Matalan kynnyksen palvelupisteessä ja Matalan kynnyksen palvelupisteen työntekijät ovat onnistuneet potilaiden ohjaamisessa.

Lähes kaikkien vastaajien kokemuksen mukaan aika vastaanotolla oli riittävä asian hoitamiseen. Karjalaisen (2013) tutkimuksen mukaan riittämätön aika vastaanotolla haittaa vuorovaikutuksen onnistumista (Karjalainen 2013, 43). Tässä tutkimuksessa vastaajat olivat kuitenkin tyytyväisiä sekä saamaansa ohjaukseen että kohteluun, joten potilaiden kokemus ajan riittävydestä tukee myös ohjaukseen ja kohteluun liittyvien kysymysten positiivisia tuloksia. Suu-

rin osa vastaajista koki, että Matalan kynnyksen palvelupisteen aukioloajat olivat sopivat. Muutama vastaaja oli kuitenkin kokenut, että aukioloajat eivät olleet täysin sopivat. Laitilan ja Pietilän (2012) mukaan potilaat eivät juurikaan pääse vaikuttamaan palveluaikojen suunnitteluun (Laitila & Pietilä 2012, 22–31). Matalan kynnyksen palvelupisteen työntekijät toimivat myös muissa Kotkan kaupungin mielenterveys- ja päihdepalvelujen toimipisteissä, joten esimerkiksi kokopäiväinen Matalan kynnyksen palvelupisteen vastaanotto ei ole tällä hetkellä mahdollinen. Suurin osa vastanneista oli tyytyväisiä Matalan kynnyksen palvelupisteen sijaintiin. Kahden vastaajan mielestä Matalan kynnyksen palvelupisteen sijainti ei ollut toimiva. Avoimissa vastauksissa ei tullut kuitenkaan ilmi kehittämiskohteita Matalan kynnyksen palvelupisteen sijaintiin liittyen.

Leemannin ja Hämäläisen (2015) mukaan palvelujen saatavuutta voidaan parantaa matalan kynnyksen palveluilla (Leemann & Hämäläinen 2015, 1). Tämän opinnäytetyöprosessin aikana keväällä 2018 Kotkan kaupunki oli aloittanut Matalan kynnyksen palvelupisteen toiminnan jokaisella Kotkan kaupungin terveysasemalla. Matalan kynnyksen palvelupisteen saatavuus on siis todennäköisesti parantunut ja sijainniltaan Matalan kynnyksen palvelupisteet ovat helpommin kotkalaisten tavoitettavissa. Vastaanottoajan odotusaika oli saanut heikoimmat arvostelut palvelun saatavuuteen liittyvistä väittämistä ja neljä vastaajaa oli kokenut odotusajan olleen liian pitkä.

Tämän tutkimuksen perusteella vastaajat olivat tyytyväisiä kohteluun Matalan kynnyksen palvelupisteessä. Erityisesti vastaajat kokivat henkilökunnan olleen ystävällistä ja kiinnostuneita potilaiden tilanteesta. Hämäläisen ym. (2017) mukaan onnistuneen kohtaamisen jälkeen potilas kokee, että hoitaja on ollut aidosti kiinnostunut ja hoitaja on ollut läsnä potilasta varten (Hämäläinen ym. 2017, 152–153). Suurin osa vastaajista koki, että päätökset tehtiin yhteistyössä heidän kanssaan. Yksi vastaaja oli ollut jokseenkin eri mieltä tästä. Hämäläinen ym. (2017) kertovat kuuntelemisen vaativan kiireettömyyttä kohtausmistilanteessa. Kuulluksi tuleminen voimaannuttaa potilasta ja voi auttaa potilasta löytämään voimavaroja, joista hän ei aiemmin ole ollut tietoinen. (Hämäläinen ym. 2017, 156–157.) Lähes kaikille vastaajille jäi tunne, että heistä välitettiin kokonaisvaltaisesti. Hämäläisen ym. (2017) mukaan potilas tahtoo tulla

nähdyksi, kuulluksi ja hyväksytyksi kohtaamistilanteessa ja aidolla läsnäololla hoitaja voi vahvistaa tätä tunnetta (Hämäläinen ym. 2017, 153). Suurin osa vastaajista koki vastaanottotilanteen olleen kiireetön. Muutama vastaaja oli kokenut, että vastaanottotilanne olisi voinut olla kiireettömämpi. Vastaanottotilanteen kesto Matalan kynnyksen palvelupisteessä on noin 20 minuuttia. Aika tulee pitää maltillisena, jotta Matalan kynnyksen palvelupisteen aukioloaikana ehditään palvella mahdollisimman montaa potilasta. Toisaalta 20 minuuttia on melko lyhyt aika ja osa potilaista voisi tarvita pidemmänkin ajan tilanteen selvittämiseksi.

Avoimilla kysymyksillä pyrittiin selvittämään potilaiden myönteisiä kokemuksia Matalan kynnyksen palvelupisteestä ja löytämään kehittämiskohteita tai parannettavaa palvelupisteen toiminnasta. Myönteisiä asioita käsittelevän avoimen kysymyksen vastausten perusteella voidaan todeta vastaajien olleen tyytyväisiä saamaansa palveluun. Erityisen tyytyväisiä avoimien vastausten perusteella potilaat olivat olleet kohteluun. Myös oman tilanteen käsittely ammatillaisen kanssa koettiin myönteisenä. Kehittämiskohteita selvittävään avoimeen kysymykseen tuli vastauksia vain kaksi. Toinen vastaajista toivoisi odotusajan olevan lyhyempi, mutta odotusaika vastaanotolle voi vaihdella paljonkin päivästä ja kellonajasta riippuen. Nyt Matalan kynnyksen palvelupisteen palvelut ovat kuitenkin jokaisella Kotkan kaupungin terveysasemalla, joten saatavuus todennäköisesti paranee ja odotusajat voivat olla lyhyemmät, kun potilaat mahdollisesti jakautuvat eri terveysasemille.

## **8.2 Tutkimuksen luotettavuuden ja eettisyyden arviointi**

Tutkimusten luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat, joten kaikkien tutkimusten luotettavuutta tulee arvioida. Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida mittaustulosten toistettavuudella. Tulos on reliabele eli luotettava, jos mittaustulos pysyy samana tutkimusta toistettaessa. Validius eli pätevyys on toinen käsite, jolla arvioidaan tutkimuksen luotettavuutta. Validiteetti tarkoittaa mittarin pätevyyttä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. (Hirsjärvi ym. 2010, 231.) Tarkemmin reliabiliteettia ja validiteettia käsitellään luvussa 8.3.

Tutkimuksen luotettavuus ja tulosten uskottavuus vaativat hyvän tieteellisen käytännön noudattamista eli tutkimusetiikkaa (Helsingin yliopisto 2018). Ensimmäinen tutkimusetiikkaan vaikuttava asia on tutkittavan aiheen valinta. Tutkimusaiheita valittaessa tutkijan tulee pohtia, miksi tutkimus tehdään ja kenen ehdoilla se tehdään. (Hirsjärvi ym. 2010, 24.) Tutkimusetiikan mukaisesti tutkijan tulee olla kiinnostunut uuden tiedon hankkimisesta, tutkijan tulee olla tunnollinen, jotta hankittu ja välitetty tieto on mahdollisimman luotettavaa, tutkijan tulee toimia rehellisesti koko tutkimusprosessin aikana, tutkimuksesta ei saa aiheutua vahinkoa, ihmisarvoa ei tule loukata ja tutkijoiden tulee suhtautua toisiinsa tasavertaisesti. Tasavertaisuus tutkijoiden välillä tarkoittaa, ettei toinen tutkija vähättele toisen tekemää tutkimusta vaan kertoo aiemmasta tutkimuksesta ja sen tuloksista neutraalisti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172.) Tässä tutkimuksessa opinnäytetyön tekijät olivat alusta alkaen kiinnostuneita aiheesta ja tiedon hankkimisesta. Tutkimusprosessin kulusta ja tuloksista kerrottiin rehellisesti huomioiden myös mahdolliset epäkohdat tutkimuksen kulussa ja toteutuksessa.

Tutkimusetiikkaan kuuluu olennaisena osana vastaajien itsemääräämisoikeus ja vapaaehtoisuus. Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja halutessaan vastaaja voi keskeyttää tutkimukseen osallistumisensa. Tutkimukseen osallistuvalla on annettava tietoa aineiston säilyttämisestä ja tulosten julkaisusta. Vastaajan anonymiteettiä on suojeltava eli tutkimustuloksia julkistettaessa yksittäistä vastaajaa ei saa tunnistaa. Potilastyytyväisyyttä tutkittaessa tulee ottaa huomioon, että tutkimukseen ei kutsuta vain hoitoon tyytyväisiä potilaita. Mikäli vain tyytyväisiä potilaita kutsutaan tutkimukseen, ei välttämättä saada selville kehittämiskohteita tai muuten merkittävää tietoa toiminnan kehittämistä varten. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 177.) Matalan kynnyksen palvelupisteen potilastyytyväisyyttä tutkittaessa potilaille ei lähetetty varsinaista kutsua, vaan kaikki Matalan kynnyksen palvelupisteen potilaat saivat halutessaan vastata kyselyyn. Kyselyyn vastaaminen oli samalla suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Kysely täytettiin nimettömänä, joten potilaiden anonymiteetti suojattiin. Alkuperäisen suunnitelman vastaisesti palautelaatikko ei ollut yleisessä tilassa eivätkä potilaat päässeet itse palauttamaan lomaketta. Ulkopuolinen henkilö (neuvonnan työntekijä) laittoi täytetyn

lomakkeen palautelaatikkoon. Kyselylomakkeissa ei kysytty kuitenkaan yksilöiviä tietoja, joten potilaiden tunnistaminen vastausten perusteella ei ole mahdollista. Opinnäytetyön tekijät hakivat kyselylomakkeet kyselyajan päätyttyä Matalan kynnyksen palvelupisteen tiloista ja tulosten analysoinnin jälkeen kyselylomakkeet hävitettiin asianmukaisesti laittamalla ne Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoululla sijaitsevaan lukittuun tietosuojajäteastiaan.

Tutkimuksen luotettavuuteen kuuluu olennaisena osana tutkimuksen laadun arviointi. Tutkimuksen laatua voidaan arvioida tarkastelemalla tutkimuksen vastaavuutta aiempien tutkimusten tulosten kanssa. Laatua arvioidaan myös pohtimalla, onko teoreettinen pohja ollut riittävän kattava ja onko käsitteiden määrittelyssä mitattavaan muotoon eli operationalisoinnissa onnistuttu. Luotettavuuteen vaikuttaa myös vastaajien lukumäärä eli onko vastauksia riittävästi. Tärkeä luotettavuutta arvioiva tekijä on tulosten hyödynnettävyys eli voiko tuloksia hyödyntää käytännön tasolla. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 46–48.) Koska opinnäytetyön tekijät etsivät teoreettista tietoa myös kyselylomakkeen laatimisen jälkeen, luotettavuus heikkeni. Teoriasta ei kuitenkaan noussut esille mitään uutta ja merkittävää, mikä olisi pitänyt huomioida jo ennen kyselylomakkeen laadintaa.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää potilaiden kokemuksia ja mielipiteitä, joten tuloksia oli tarkoitus hyödyntää palvelun kehittämisessä. Syksyllä 2017 opinnäytetyön tekijät saivat tiedon, että Matalan kynnyksen palvelupisteessä käy vähemmän kävijöitä, kuin palveluntarjoajan toiveena oli. Tämä huolestutti myös opinnäytetyön tekijöitä, koska liian vähäisillä vastauksilla ei saada riittävän luotettavaa ja kattavaa analyysia toiminnan kehittämiseen. Lisäksi palautelaatikon sijainti neuvonnassa saattoi vaikuttaa vastausprosenttiin laskevasti. Kävijöitä tammi-maaliskuun 2018 välisenä aikana Matalan kynnyksen palvelupisteessä oli 105, joista 19 vastasi kyselyyn. Kyselyn vastausprosentti oli 18 %. Koska vastausmäärä jäi pieneksi, tutkimusta ei voida pitää täysin luotettavana. Vastausprosentin pieneksi jäämiseen voi vaikuttaa myös kyselyn kohderyhmä. Mielenterveys- tai päihdepotilas ei välttämättä jaksanut vastata kyselyyn vastaanottokäynnin jälkeen. Kyselyn toteuttaneilla opinnäytetyön tekijöillä ei ole myöskään varmuutta siitä, kuinka todenmukaisesti vastaajat ovat vastanneet kyselyyn.

### 8.3 Reliabiliteetti ja validiteetti

Reliabiliteetti tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta, mittarin luotettavuutta ja käyttövarmuutta. Kvantitatiivisessa eli määrällisessä tutkimuksessa tällä tarkoitetaan mittarin johdonmukaisuutta eli mittaako se aina samaa asiaa. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 209; KvantiMOTV 2008; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 157; Hirsjärvi ym. 2010, 131.) Tutkimuksen reliabiliteettia voidaan tarkastaa tekemällä kysely uudelleen samoille henkilölle sopivan ajan päästä: mikäli päästään samaan tulokseen, on tutkimus reliabiliteetti. Tutkimusta toistettaessa tulee huomioida, että edellisestä tutkimuksesta on kulunut riittävästi aikaa, mutta aikaa ei saa olla kulunut liikaa. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 209; KvantiMOTV 2008; Hirsjärvi ym. 2010, 131.) Aikaa on kulunut riittävästi, jos vastaaja ei muista mitä vastasi edellisellä tutkimuskerralla. Liikaa aikaa on puolestaan kulunut, jos vastaajan tilanne on ehtinyt muuttua ja se vaikuttaa tulosten poikkeamiseen. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 209; KvantiMOTV 2008.)

Reliabiliteetin mittaaminen uudella tutkimuksella samoille henkilöille ei kuitenkaan ole paras mahdollinen tapa, sillä muutokset tuloksissa selittyvät useammin vastaajan tilanteen tai olosuhteiden muuttumisella, kuin mittarivirheellä. (KvantiMOTV 2008). Toinen tapa arvioida mittarin reliabiliteettia on kahden arvioijan käyttäminen. Mikäli kaksi tai useampi arvioija pääsee samaan tulokseen, kertoo se mittarin reliabiliteetista eli luotettavuudesta. (Hirsjärvi ym. 2010, 231.) Tässä tutkimuksessa käytettyä kyselylomaketta on mahdollista hyödyntää myös myöhemmin. Matalan kynnyksen palvelupisteen palveluita on saatavissa kaikilta Kotkan kaupungin terveysasemilta, joten samalla kyselylomakkeella voidaan tarkastella mahdollisesti suurempia kävijämääriä ja eroja ohjaamisessa, palvelun saatavuudessa ja kohtelussa eri palvelupisteissä.

Validiteetti tarkoittaa mittarin pätevyyttä eli mittaako mittari sitä, mitä sen on tarkoituskin mitata (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 207; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152; Hirsjärvi ym. 2010, 231–232). Validiteetti on kvantitatiivisen eli määrällisen tutkimuksen tärkeimpiä asioita, koska tulosten luotettavuuteen vaikuttaa mittarin luotettavuus (Paunonen & Vehviläinen-



Julkunen 2006, 206). Mittarin pätevyyteen vaikuttaa, ovatko vastaajat ymmärtäneet kysymyksen juuri niin kuin tutkija on sen ajatellut. Tutkimustuloksia ei voida pitää pätevänä, jos tutkija tulkitsee tuloksia oman ajattelutapansa mukaan ja vastaaja on ymmärtänyt kysymyksen eri tavalla. (Hirsjärvi ym. 2010, 231–232.)

Kohderyhmän huomiointi, mittauksen suoritustapa ja mittauksen ajankohta vaikuttavat mittarin validiteettiin (KvantiMOTV 2008). Jotta mittari on validi, tulee tutkijan operationalisoida mitattavat asiat. Operationalisointi tarkoittaa käsitteiden määrittämistä mitattavaan muotoon. Käsitteiden määrittäminen tulisi tehdä niin, että vastaaja ymmärtää kysymyksen samalla tavalla kuin tutkija on sen tarkoittanut. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 207; KvantiMOTV 2008.) Opinnäytetyön tekijät pyrkivät operationalisoimaan eli määrittämään kysymykset mahdollisimman yksinkertaiseen muotoon. On kuitenkin mahdollista, että opinnäytetyön tekijät ja vastaajat ovat ajatelleet kysymykset eri tavoin. Erityisesti kahta asiaa kysyvät kysymykset ovat voineet vaikuttaa tutkimuksen validiteettiin heikentävästi.

#### **8.4 Tutkimuksen hyödynnettävyys ja jatkotutkimusehdotukset**

Tämän tutkimuksen tulokset on esitelty työn tilaajalle toukokuussa 2018. Paikalla olivat opinnäytetyön tekijöiden lisäksi työn tilaajan edustaja ja Matalan kynnyksen palvelupisteen työntekijöitä. Tutkimustulokset antoivat työn tilaajan edustajalle ja henkilökunnalle tietoa potilaiden kokemuksista Matalan kynnyksen palvelupisteessä. Opinnäytetyön tekijöiden mielestä oli tärkeää, että myös Matalan kynnyksen palvelupisteen työntekijät olivat paikalla kuulemassa tutkimuksen tuloksia, koska kyselyssä käsiteltiin potilaiden kokemuksia ja antamaa palautetta palvelusta. Opinnäytetyön tekijöiden mielestä palautteen saanti on tärkeää henkilökunnalle. Palautteen avulla työntekijät pystyvät kehittämään omaa toimintaansa, ja positiivinen palaute tukee myös työssäjaksamista. Tulosten esittelyn jälkeen tulokset lähetettiin työn tilaajan edustajalle sähköpostitse, jotta myös mahdollisesti poissaolleet työntekijät saavat palautteen ja tutkimuksen tulokset tietoonsa ja henkilökunta voi yhdessä käsitellä tuloksia ja kehittää toimintaansa.

Tutkimuksessa esiin nousseet kehittämiskohteet liittyivät lähinnä palvelun saatavuuteen. Kotkan kaupunki oli kuitenkin jo, ennen kuin opinnäytetyön tekijät esittelivät tutkimustulokset työn tilaajalle, aloittanut Matalan kynnyksen palvelupisteiden toiminnan jokaisella terveysasemalla. Palvelupisteiden lisäämisellä on suuri vaikutus palvelun saatavuuteen. Koska tämän kyselytutkimuksen vastaajien lukumäärä jäi alhaiseksi, pohdittiin, ovatko kyselytutkimuksen tulokset riittävän luotettavia. Tutkimusta toistettaessa vastaajien lukumäärä olisi hyvä saada nostettua korkeammaksi. Vähäisen vastausmäärän vuoksi tutkimuksen tavoite, eli palautteen saaminen ja mahdollisten kehittämiskohteiden esiin nouseminen Matalan kynnyksen palvelupisteessä, ei toteutunut täysin. Vähäisen vastaajamäärän vuoksi palvelusta ei saatu kovinkaan runsaasti palautetta eikä kehittämiskohteita juurikaan noussut esille. Tämän vuoksi kysely ei täysin palvellut työn tilaajaa Matalan kynnyksen palvelupisteiden toiminnan kehittämisen kannalta.

Jatkotutkimusehdotuksena opinnäytetyön tekijät ehdottavat vastaavan kyselytutkimuksen toteuttamista jokaisessa Kotkan kaupungin Matalan kynnyksen palvelupisteessä. Tällä hetkellä Matalan kynnyksen palvelupisteitä on Kotkassa kolme. Toteuttamalla kysely kaikissa Matalan kynnyksen palvelupisteissä olisi mahdollista saada tietoa, onko saatavuus tähän tutkimukseen nähden parantunut, ja lisäksi olisi mahdollista nähdä, kokevatko potilaat alueellisia eroja ohjauksessa, palvelun saatavuudessa tai kohtelussa. Toisena jatkotutkimusehdotuksena opinnäytetyön tekijät nostavat esiin kyselytutkimuksen toteuttamisen työntekijöiden näkökulmasta. Tällä voitaisi tutkia esimerkiksi työntekijöiden kokemuksia omista ohjaustaidoistaan, palvelun saatavuudesta ja potilaiden kohtelun onnistumisesta. Tuloksia voitaisi verrata potilaiden kokemuksiin ja havaita onko potilaiden ja työntekijöiden kokemusten välillä eroja. Työntekijöiden näkökulmaa olisi mahdollista tutkia myös erilaisesta näkökulmasta, ja selvittää työntekijöiden kokemuksia eri tutkimusongelmin Matalan kynnyksen palvelupisteessä. Työn tilaajan edustajan mukaan potilaiden positiiviset kokemukset olivat yllättäneet työntekijät, jotka olivat kokeneet esimerkiksi vastaanottoajan olleen ajoittain riittämätön.

Mahdollista jatkotutkimusta tehdessä tulee myös miettiä, onko tämän tutkimuksen toteuttaneet tehneet riittävän kattavan ja selkeän kyselylomakkeen eli

mittarin ja tarpeen mukaan muuttaa sitä. Opinnäytetyön tekijät olivat tyytyväisiä mittariin eli kyselylomakkeeseen ennen tutkimuksen alkua. Tutkimustuloksia tarkastellessa jäätiin kuitenkin pohtimaan, olivatko kahta asiaa kysyvät kysymykset vastaajille vaikeaselkoisia. Myös alhainen vastaajamäärä sai pohtimaan, olisiko kyselylomakkeen pitänyt olla selkeämpi, lyhyempi tai jollakin tapaa houkuttelevampi. Seuraavaa tutkimusta toteuttaessa tulisi myös huomioida paremmin lomakkeiden helpompi palauttaminen eli vastaajan olisi tärkeää saada palauttaa lomake itse palautelaatikkoon.

## LÄHTEET

Aalto, M. 2007. Päihdehäiriö ja samanlainen muu mielenterveyden häiriö - Kaksoisdiagnoosin haaste. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo96517.pdf> [viitattu 12.10.2017].

Aalto, M. s.a. Kaksoisdiagnoosi. Päihdelinkki. WWW-dokumentti. Saatavissa <https://www.paihdelinkki.fi/sgn/tietopankki/tietoiskut/kaksoisdiagnoosi> [viitattu 12.10.2017].

Ahonen, M., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V & Uski-Tallqvist, T. 2015. Kliininen hoitotyö. 1.–5. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Forsman, R. & Ruusu, M. 2012. Mielenterveys- ja päihdeasiakkaan palvelut Etelä-Kymenlaakson mielenterveys- päihde- ja perusterveydenhuollossa – palveluntarjoajan näkökulma. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu. Terveyden edistämisen koulutusohjelma. Opinnäytetyö YAMK. PDF-dokumentti. Saatavissa: [http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/41386/Ruusu\\_Maarit.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/41386/Ruusu_Maarit.pdf?sequence=1&isAllowed=y) [viitattu 5.10.2017].

Gilbody, S. & Bower, P. 2010. Depression in Primary Care: Evidence and Practice. New York: Cambridge University Press. E-kirja. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 15.10.2018].

Helsingin yliopisto. 2018. Tutkimusetiikka. Päivitetty 10.9.2018. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.helsinki.fi/fi/tutkimus/tutkimusymparisto/tutkimusetiikka> [viitattu 5.10.2017].

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara P. 2010. Tutki ja kirjoita. 15.–16. painos. Helsinki: Tammi.

Holmberg, J. 2016. Hoitajana mielenterveys- ja päihdetyössä. 1. painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Hult, M. 2014. Työttömien terveys ja hyvinvointi: haastattelututkimus. Itä-Suomen yliopisto. Preventiivinen hoitotiede. Pro-gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto.

Hämäläinen, K., Kanerva, A., Kuhanen, C., Schubert, C. & Seuri, C. 2017. Mielenterveyshoitotyö. 5. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Ilola, T., Honkanen, R., Heikkinen, K., Katomaa, J. & Hoikka, A. 2013. Anestesiahoitotyön käsikirja. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Jones, J., Fitzpatrick, J. & Rogers V. 2016. Psychiatric-mental Health Nursing. New York: Springer Publishing Company. E-kirja. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 5.10.2018].

Kampman, O., Heiskanen, T., Holi, M., Huttunen, M. & Tuulari J. 2017. Masennus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. E-kirja. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 15.10.2018].

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1. painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Karjalainen, M. 2013. Sairaanhoidajan osaaminen matalan kynnyksen mielenterveyspalveluissa -vastaanottotyötä tekevien näkemyksiä. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotiede. Pro-gradu tutkielma.

Kotkan kaupunki s.a. Mielenterveys- ja päihdepalvelut. WWW-dokumentti. Saatavissa: [http://www.kotka.fi/asukkaalle/terveyspalvelut/mielenterveys-ja\\_paihdepalvelut](http://www.kotka.fi/asukkaalle/terveyspalvelut/mielenterveys-ja_paihdepalvelut) [viitattu 26.2.2017].

Kotkan mielenterveys- ja päihdepalvelut –esite asiakkaille s.a. Kotkan kaupunki. PDF-dokumentti. Saatavissa: [http://www.kotka.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/kotka/embeds/kotkawwwstructure/32184\\_MIEPA\\_ESITE\\_yleisesite\\_asiakkaille\\_09\\_2018.pdf](http://www.kotka.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/kotka/embeds/kotkawwwstructure/32184_MIEPA_ESITE_yleisesite_asiakkaille_09_2018.pdf) [viitattu 13.10.2018].

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T & Schubert, C. 2014. Mielenterveyshoitotyö. 3.–4. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kumpulainen, K., Aronen, E., Ebeling, H., Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K. & Sourander, A. 2016. Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. 1. painos. Helsinki: Duodecim Oy.

Kuntaliitto. 2017. Terveyskeskuksen vastaanotto toiminta. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.kuntaliitto.fi/asiiantuntijapalvelut/sosiaali-ja-terveysasiat/terveyskeskuksen-vastaanottoiminta> [viitattu 24.10.2018].

KvantiMOTV. 2003. Mittaaminen: Tilastoyksikkö ja muuttajat. Päivitetty 27.10.2003. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/mittaaminen/tilastoyksikko.html> [viitattu 25.9.2017].

KvantiMOTV. 2007. Mittaaminen. Päivitetty 16.2.2007. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/mittaaminen/mittaaminen.html#yleista> [viitattu 25.9.2017].

KvantiMOTV. 2008. Mittaaminen: Mittarin luotettavuus. Päivitetty 2.7.2008. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/mittaaminen/luotettavuus.html#reliabiliteetti> [viitattu 5.10.2017].

KvantiMOTV. 2010. Aineistotyyppit. Päivitetty 8.12.2010. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/tutkimus/aineistotyyppit.html> [viitattu 5.10.2017].

Kähärä, K. 2015. Mielenterveyden palveluodotukset perusterveydenhuollossa –tutkimus Suupohjan seutukunnan yhteisöissä. Tampereen yliopisto. Lääketieteen yksikkö. Väitöskirja.

Laitila, M. & Pietilä, A.-M. 2012. Työntekijöiden käsityksiä asiakkaan osallisuudesta mielenterveys- ja päihdetyössä. *Tutkiva hoitotyö* 1, 22–31.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

- Leemann, L. & Hämäläinen, R.-M. 2015. Matalan kynnyksen palvelut. PDF-dokumentti. Saatavissa: [https://thl.fi/documents/966696/3775621/Tietopaketti\\_Matalan\\_Kynnyksen\\_Palvelut.pdf/97b1aef8-b8ca-4ec3-ac4c-b80d3e754cec](https://thl.fi/documents/966696/3775621/Tietopaketti_Matalan_Kynnyksen_Palvelut.pdf/97b1aef8-b8ca-4ec3-ac4c-b80d3e754cec) [viitattu 30.5.2017].
- Lotvonen, E & Lindroos, L. 2015. Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoito. Päihdelinkki. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopaketti/tietoiskut/paihdeongelmien-hoito/kaksoisdiagnoosipotilaiden-hoito>
- Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. 2017. Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. E-kirja. Saatavissa: <https://kaakuri.finna.fi/> [viitattu 15.10.2018].
- Mielenterveyspalvelut s.a. STM. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://stm.fi/mielenterveyspalvelut> [viitattu 10.4.2017].
- Mäkelä, M. 2015. Hoitoon ja kohteluun kohdistuva tyytymättömyys. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.
- Nevalainen, V. 2010. Uusi terveydenhuolto -hoitotyön vuosikirja 2010. Helsinki: Fioca Oy.
- Partanen, A., Holmberg, J., Inkinen, M., Kurki, M. & Salo-Chydenius S. 2015. Päihdehoitotyö. 1. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2006. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1.–4. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Päihdepalvelut s.a. STM. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://stm.fi/paihdepalvelut> [viitattu 10.4.2017].
- Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2015. Hoitotyön taidot ja toiminnot. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. Sisällönanalyysi. WWW-dokumentti. Saatavissa: [http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7\\_3\\_2.html](http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_2.html) [viitattu 30.11.2017].
- STM. 2009. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Sosiaali- ja terveysministeriön selityksiä 2009:3. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70007/passthru.pdf?sequence=1> [viitattu 2.3.2017].
- STM. 2012. Ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:24. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/69912/978-952-00-3382-8.pdf> [viitattu 2.3.2017].

Surakka, V.-M. & Karttunen, N. 2016. Yleisimpien lääkkeiden ja alkoholin yhteiskäyttö. Päihdelinkki. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/alkoholi/yleisimpien-laakkeiden-ja-alkoholin-yhteiskaytto> [viitattu 28.2.2017].

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

THL. 2009. Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen – Opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80082/8c520a2b-6ed1-4789-bc9b-8597c85121ee.pdf?sequence=1> [viitattu 5.10.2017].

THL. 2016. Päihdetilastollinen vuosikirja 2016. PDF-dokumentti. Saatavissa: [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131756/P%c3%a4ihdetilastollinen%20vuosikirja%202016\\_verkko.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131756/P%c3%a4ihdetilastollinen%20vuosikirja%202016_verkko.pdf?sequence=1) [viitattu 5.10.2017].

THL. 2018. Mielenterveyspalvelut. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyspalvelut> [viitattu 13.10.2018].

Vantaan kaupunki s.a. Vantaalla saa nyt mielenterveys ja päihdepalveluja vuoronumerolla. WWW-dokumentti. Saatavissa: [http://www.vantaa.fi/uutisia/terveys\\_ja\\_sosiaalipalvelut/101/0/126615](http://www.vantaa.fi/uutisia/terveys_ja_sosiaalipalvelut/101/0/126615) [viitattu 10.9.2017].

Vuorilehto M., Larri T., Kurki M. & Hätönen H. 2014. Uudistuva mielenterveys työ. Helsinki: Fioca Oy.

Webropol s.a. Kyselytulosten raportit. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://webropol.fi/kysely-ja-raportointityokalu/analysoi-ja-visualisoi/> [viitattu 4.10.2017].

Yoder-Wise, P. 2011. Leading and managing in nursing. 5. painos. St. Louis: Elsvier cop.

**TUTKIMUSTAULUKKO**

Tiedonhaku toteutettu manuaalisella haulilla kirjastoista ja elektronisista järjestelmistä. Tiedonhaussa käytettyjä tietokantoja: Medic, Theseus (YAMK-opinnäytetyöt)

Tutkimuksia haettiin aikaväliltä 2012–2018.

Tiedonhaussa käytettyjä hakusanoja: saata\*, mielen\* ja matala\*, mielenterv\*, kohtel\*, mielenterveys\*, päihde\* ja näiden muutokset/yhdistämiset

Tutkimus	Tutkimuksen tarkoitus	Menetelmä ja aineisto	Tutkimustulokset
Forsman, R. & Ruusu, M. 2012. Mielenterveys- ja päihdeasiakkaan palvelut Etelä-Kymenlaakson mielenterveys- päihde- ja perusterveydenhuollossa – palveluntarjoajan näkökulma. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu. Terveyden edistämisen koulutusohjelma. Opinnäytetyö YAMK.	Selvittää mielenterveys- ja päihdeasiakkaalle tarjottavien palvelujen nykytilaa ja kartoittaa palveluihin liittyviä kehittämistarpeita mielenterveys-, päihde- ja perusterveydenhuollon näkökulmasta Etelä-Kymenlaakson alueella. Tutkimusta hyödynnettiin Etelä-Kymenlaakson mielenterveys- ja päihdestrategian rakentamisessa.	Kvalitatiivinen tutkimus, aineisto kerätty teemahaastattelulla. Haastattelussa haastateltu 10 perusterveydenhuollon mielenterveys- ja päihdepalvelujen esimiestä.	Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden palvelujen järjestämiseen liittyä paljon haasteita. Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden yhdenvertaista kohtelua voidaan parantaa kehittämällä matalan kynnyksen palveluvaihtoehtoja perusterveydenhuoltoon ja mielenterveyspalveluihin.
Hult, M. 2014. Työttömien terveys ja hyvinvointi: haastattelututkimus. Itä-Suomen yliopisto. Preventiivinen hoitotiede. Pro-gradu -tutkielma.	Kuvaa työttömien terveyttä ja hyvinvointia ja niihin liittyviä tekijöitä. Osa-alueina koettu terveydentila, terveyttä ja hyvinvointia edistävät tekijät, kokemukset terveyspalveluista ja työn ja työttömyyden kuvaaminen.	Kvalitatiivinen haastattelututkimus. Teemahaastattelussa haastateltiin 14 työtöntä pääkaupunkiseudulla asuvaa henkilöä.	Pääasiassa haastatellut olivat tyytyväisiä perusterveyden huollon palveluihin ja palvelun saatavuuteen. Palveluissa koetaan olevan epätasaisuutta. Palvelujen saatavuuden ongelmina koettiin pitkät jonot ja hoitoon pääsyn vaikeus. Lisäksi terveysongelmien vähättely koettiin hoidon saamisen ongelmana.
Karjalainen, M. 2013. Sairaanhoitajan osaaaminen matalan kynnyksen mielenterveyspalveluissa -vastaanototyötä tekevien näkemyksiä. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotiede. Pro-gradu tutkielma.	Selvittää matalan kynnyksen mielenterveyspalveluissa vastaanotolla työskentelevien kokemuksia vuorovaihtuksesta ja osaamisesta.	Haastattelututkimus. Teemahaastattelussa haastateltiin 10 vastaanotolla työskentelevää työntekijää.	Potilaan kohtaaminen ainutlaatuisena ja arvokkaana ihmisenä koettiin tärkeäksi. Hoitajalla pitää olla vahva ammatti-identiteetti. Vuorovaikutustaidot koettiin tärkeäksi osaksi vastaanottotoimintaa. Hoitajalla tulee olla aito halua aut-



			taa ja tukea potilasta. Riittämätön aika koettiin vuorovaikutusta haittaavaksi tekijäksi. Hoitajalla tulee olla halukkuutta kehittää omaa tietämystään.
Kähärä, K. 2015. Mielen terveyden palveluodotukset perusterveydenhuollossa – tutkimus Suupohjan seutukunnan yhteisöissä. Tampereen yliopisto. Lääketieteen yksikkö. Väitöskirja.	Selvittää mielen terveyshuollon palveluodotuksia.	Kehittämishankkeessa luotiin alueellinen toimintamalli sosiaali- ja mielen terveyspalveluihin. Kyselytutkimuksessa tutkittiin mielen terveyshuollon palveluodotuksia. Kyseleyn osallistui 1791 henkilöä, jotka kuuluivat väestöryhmään, alueen kunnallisiin päättäjiin tai sosiaali- ja terveydenhuollonhenkilöstöön.	Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön mukaan mallintamisella voidaan parantaa mielen terveyspalvelujen saataavuutta ja toimivuutta. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö parantaa potilaiden hoitoon pääsyä oikea-aikaisemmin ja helpommin.
Laitila, M. & Pietilä, A.-M. 2012. Työntekijöiden käsityksiä asiakkaan osallisuudesta mielen terveys- ja päihdetyössä. Tutkimus. Tutkiva hoitotyö 1, 22-31.	Selvittää työntekijöiden käsityksiä asiakkaan osallisuudesta mielen terveys- ja päihdetyössä.	Avoin haastattelu, 11 mielen terveys- ja päihdetyöntekijää erilaisista yksiköistä tietyn sairaanhoitopiirin alueella.	Asiakkaiden osallisuus ei toteudu riittävästi mielen terveys- ja päihdetyössä: asiakkaat eivät juurikaan pääse vaikuttamaan hoitojen saatavuuteen. Palvelujen kehittämiseen ja hoitoon osallistumiseen asiakkaat pääsevät osallistumaan jonkin verran. Kaikki asiakkaat eivät halua tai kykene osallistumaan omaan hoitoonsa.
Mäkelä, M. 2015. Hoitoon ja kohteluun kohdistuva tyytymättömyys. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.	Selvittää mistä tekijöistä johtuu potilaiden tyytymättömyys hoitoon ja kohteluun.	Kaksi osatutkimusta selvittävät mitkä tekijät vaikuttavat potilaiden kokemaan tyytymättömyyteen hoitoon ja kohteluun liittyen. Aineisto käsiteltiin induktiivisella sisällön analyysillä ja aineistona käytettiin yleisönosastokirjoituksia ja muistutuksia. Vastaajia	Potilaiden kokema huono kohtelu liittyvät potilaiden alistamiseen, henkiseen väkivaltaan, epäammattiliseen käytökseen ja koskemattomuuden loukkamiseen. Suurin osa vastaajista (16 %) koki alistamista. Toiseksi eniten vastaajat kokivat henkistä

		tutkimuksessa yhteensä 394.	väkivaltaa (vastaajista 12 %). Vastaajista 9 % koki hoitohenkilökunnan käyttäytyneen epäammattillisesti ja 4 % koki koskemattomuuden loukkaamista.
--	--	-----------------------------	--

## MUUTTUJATAULUKKO

Tutkimusongelma	Teoreettinen tarkastelu s.	Kysymys
<b>Taustamuuttajat</b>		1.–5.
<b>1. Minkälaisena potilaat kokevat saamansa ohjauksen Matalan kynnyksen palvelupisteessä?</b>	s. 16–18	<p>6. Koin saamani palvelun hyödylliseksi.</p> <p>7. Sain riittävästi ohjeita ja tukea tilanteeseeni liittyen.</p> <p>8. Sain selkeästi ja riittävästi tietoa jatkohoidostani.</p> <p>9. Omat voimavarani huomiointiin saamassani ohjauksessa.</p>
<b>2. Minkälaisena potilaat kokevat palvelun saatavuuden Matalan kynnyksen palvelupisteessä?</b>	s. 18–19	<p>10. Aika vastaanotolla oli riittävä asiani hoitamiseen.</p> <p>11. Matalan kynnyksen aukioloajat sopivat minulle.</p> <p>12. Vastaanottoajan odotusaika oli liian pitkä.</p> <p>13. Matalan kynnyksen palvelupisteeseen sijainti on mielestäni toimiva.</p>
<b>3. Minkälaisena potilaat kokevat kohtelun Matalan kynnyksen palvelupisteessä?</b>	s. 20–21	<p>14. Henkilökunta oli ystävällistä ja kiinnostunut tilanteestani.</p> <p>15. Hoitoani koskevat päätökset tehtiin yhteistyössä kanssani.</p> <p>16. Minulle jäi tunne, että minusta välitettiin kokonaisvaltaisesti.</p> <p>17. Koin, että vastaanottotilanne oli kiireetön.</p>

**Hyvä Matalan kynnyksen palvelupisteen käyttäjä**

Olemme sairaanhoitajaopiskelijat Ville Junnola ja Emma Lavonen Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulusta Kotkasta. Teemme opinnäytetyönämme tutkimusta Matalan kynnyksen palvelupisteen potilaiden kokemuksista. Työn tilaajana toimii Kotkan kaupungin mielenterveys- ja päihdepalvelut.

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää potilastyytyväisyyttä Matalan kynnyksen palvelupisteessä. Potilastyytyväisyyskyselyssä ilmi tulevien tietojen perusteella Kotkan kaupungin mielenterveys- ja päihdepalvelut voivat kehittää toimintaansa. Kyselyyn vastaamiseen menee aikaa noin 10 minuuttia. Palauttaa täytetty kyselylomake palautelaatikkoon. Palvelujen kehittämisen kannalta on tärkeää, että saisimme mahdollisimman monta vastausta kyselyymme.

Aineisto kerätään vain tätä tutkimusta varten. Kyselylomakkeet täytetään nimettömänä ja yksittäistä vastaajaa ei voida tunnistaa. Aineistoa käsittelevät ainoastaan tutkijat, joiden yhteystiedot löydätte alapuolelta. Aineisto hävitetään analysoinnin jälkeen tutkijoiden toimesta tietosuojajätteeseen.

Kysely toteutetaan aikavälillä tammikuu–maaliskuu 2018.

Lisätietoja voitte halutessanne kysyä tutkijoilta:

Ville Junnola (sairaanhoitajaopiskelija Kaakkois-Suomen AMK)

e-mail. ville.junnola@edu.xamk.fi

Emma Lavonen (sairaanhoitajaopiskelija Kaakkois-Suomen AMK)

e-mail. emma.lavonen@edu.xamk.fi

KIITOS VASTAUKSESTANNE

**KYSELYLOMAKE**

Liite 4

**Hyvä Matalan kynnyksen palvelupisteen käyttäjä**

Voidaksemme kehittää toimintaamme, keräämme Kotkan Matalan kynnyksen palvelupisteestä palautetta palvelujen käyttäjille suunnatun kyselyn avulla. Pyydämme Teitä ystävällisesti vastaamaan seuraaviin kysymyksiin. Vastauksenne käsitellään luottamuksellisesti eikä yksittäistä vastaajaa voida tunnistaa. **Kysely täytetään nimettömänä.** Voitte palauttaa täytetyn lomakkeen tiloissamme sijaitsevaan palaute-laatikkoon.

Kiitos palautteestanne!

**RASTITTAKAA OMAA TILANNETTANNE KUVAAVA RUUTU SELKEÄSTI****1. Ikä**

<input type="checkbox"/>	18-22
<input type="checkbox"/>	23-29
<input type="checkbox"/>	30-39
<input type="checkbox"/>	40-49
<input type="checkbox"/>	50-59
<input type="checkbox"/>	60-69
<input type="checkbox"/>	70-

**2. Sukupuoli**

<input type="checkbox"/>	mies
<input type="checkbox"/>	nainen

**3. Asioin Matalan kynnyksen palvelupisteessä**

<input type="checkbox"/>	mielenterveysasioissa
<input type="checkbox"/>	päihdeasioissa
<input type="checkbox"/>	mielenterveys- ja päihdeasioissa
<input type="checkbox"/>	muu syy, mikä? _____

**4. Asiani koski**

<input type="checkbox"/>	omaa tilannettani
<input type="checkbox"/>	läheiseni tilannetta

**5. Minut ohjattiin jatkohoitoon vastaanottokäynnin jälkeen**

<input type="checkbox"/>	kyllä, minne? _____
<input type="checkbox"/>	ei

**RASTITAKAA VASTAUSVAIHTOEHTO, JOKA KUVASTAA PARHAITEN KOKEMUSTANNE MATALAN KYNNYKSEN PALVELUPISTEEN VASTAANOTTOKÄYNNISTÄNNE**

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä
<b>6. Koin saamani palvelun hyödylliseksi</b>					
<b>7. Sain riittävästi ohjeita ja tukea tilanteeseeni liittyen</b>					
<b>8. Sain selkeästi ja riittävästi tietoa jatkohoidostani</b>					

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä
9. Omat voimavarani huomioitiin saamassani ohjauksessa					
10. Aika vastaanotolla oli riittävä asiani hoitamiseen					
11. Matalan kynnyksen aukioloajat sopivat minulle					
12. Vastaanottoajan odotusaika oli liian pitkä					
13. Matalan kynnyksen palvelupisteen sijainti on mielestäni toimiva					
14. Henkilökunta oli ystävällistä ja kiinnostunut tilanteestani					
15. Hoitoani koskevat päätökset tehtiin yhteistyössä kanssani					
16. Minulle jäi tunne, että minusta välitettiin kokonaisvaltaisesti					
17. Koin, että vastaanottotilanne oli kiireetön					

**KIRJOITAKAA VASTAUKSENNE OMIN SANOIN**

**18. Mitä myönteisiä asioita koit asioidessasi Matalan kynnyksen palvelupisteessä?**

---



---



---



---



---

**19. Mitä haluaisitte parannettavan Matalan kynnyksen palvelupisteessä?**

---



---



---



---



---

**KIITOS VASTAUKSESTANNE!**