

# KOTIKONSTIN VAIKUTTAVUUS

Päivi Kinnunen

Marja-Liisa Ollikainen

Jyväskylän kaupunki

Aikuissosiaalityö

24.5.2019

JYVÄSKYLÄ



Asunnottomuuden  
ennaltaehkäisy  
kuntastrategiat

Vipuvoimaa  
EU:lta  
2014–2020



Euroopan unioni  
Euroopan sosiaalirahasto

## Tiivistelmä

Kotikonsti oli Jyväskylässä pilottina toiminut päihdekuntoutuksen malli. Se oli asiakkaan kotona tapahtuvaa tuettua päihdekierteen katkaisuhuotoa. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, oliko Kotikonsti-toiminnasta apua asiakkaiden toistuvien terveyspalvelujen käyttöön ja toisaalta pyrittiin selvittämään, oliko Kotikonsti-toiminnasta apua pitkällä tähtäimellä, pääsikö asiakas tarkoituksenmukaisempien palveluiden piiriin ja siten vähenikö lääkäriissä käynnit vai alkoivatko toistuvat käynnit uudelleen.

Tutkimus on sekä kvantitatiivinen että kvalitatiivinen tutkimus. Kvantitatiivisen tutkimuksen aineisto kerättiin Jyväskylän kaupungin terveyskeskussairaalan avosairaanhoidosta ja terveyskeskussairaalan vuodeosastoilta, Keski-Suomen keskussairaalan päivystyksestä sekä päihde- ja depressiohoitajilta. Aineisto kerättiin Ex-report-ohjelmalla Jyväskylän terveyskeskussairaalan tilastoinneista sekä Keski-Suomen sairaanhoitopiirin tilastoinneista. Aineisto tallennettiin ja käsiteltiin tutkimusta varten laadittuun Excel-ohjelmaan. Laadullisen tutkimuksen aineisto on kerätty haastattelemalla 13 vapaaehtoisia Kotikonsti-toiminnassa mukana ollutta asiakasta heidän kotonaan. Haastattelu toteutettiin strukturoimattomana eli avoimena haastatteluna. Saatu aineisto analysoitiin sisällön analyysi –menetelmällä.

Tutkimuksessa ilmeni, että asiakkaiden käynnit lääkäriissä ja päivystyksessä vähenivät samoin kuin sairaalavuorokaudetkin Kotikonstin aikana.



## The abstract

Kotikonsti was a pilot project model of intoxicant rehabilitation at Jyväskylä. It was a method in which detoxification treatment was carried out at the clients' homes. The purpose of the research was to find out if the Kotikonsti program would decrease clients' needs to frequently contact health services. On the other hand, it was studied if Kotikonsti would, over time, help the clients to find more appropriate services and thus have an impact on the use of health care appointments.

The research was implemented both as a quantitative and as a qualitative research. The data of the quantitative research was collected from the statistics in hospitals at Jyväskylä Health Care Center and at Central Hospital in Central Finland by using the Ex-report program. The data was filed to an Excel-program. The data of the qualitative research was collected by interviewing 13 voluntary Kotikonsti clients at their homes. The data were analyzed by using the content analysis method.

According to the results, the clients' contacts to health services decreased during the Kotikonsti customership. The time spent in hospital treatments decreased too.

## SISÄLTÖ

1. JOHDANTO	1
2. TUTKIMUKSEN TAUSTA	3
2.1 Kotikonstin toimintaprosessi	4
2.2 Kotikonsti käytännössä	5
2.3 Kokemuksia Kotikonstista	6
3. TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	7
3.1 Tutkimuksen tavoitteet	7
3.2 Tutkimusmenetelmä ja tutkimuskysymykset	7
3.3 Tutkimusaineiston kerääminen	8
3.4 Tutkimusaineiston analyysi	9
4. AIKATAULU	10
5. EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	10
5.1 Luotettavuus eli reliabiliteetti	11
5.2 Pätevyys eli validiteetti	12
6. TUTKIMUSTULOKSET	13
7. TUTKIMUSTULOSTEN HYÖDYNTÄMINEN	34
8. JOHTOPÄÄTÖKSET	35

Lähteet

Liitteet



## 1. JOHDANTO

Alkoholin kulutus on kasvanut jälleen vuonna 2018. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen THL:n maaliskuussa 2019 julkaistun ennakkotietojen mukaan alkoholia kulutettiin Suomessa 10,4 litraa vuonna 2018. Kulutusta mitataan litroina 15 vuotta täyttäneitä asukasta kohti sataprosenttiseksi alkoholiksi muunnettuna. Edellisvuoteen verrattuna alkoholinkulutus on kasvanut 0,6 %. Alkoholin kokonaiskulutuksen kasvu johtuu muun muassa kotimaan päivittäistavarakauppojen alkoholin myynnin kasvusta (4,6 %). Alkoholilain uudistus tuli voimaan kokonaisuudessaan 1.3.2018. Tällöin päivittäistavara-kaupat saivat oikeuden myydä enintään 5,5 % alkoholia sisältäviä alkoholijuomia aiemman 4,7 %:n sijaan. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos THL, tilasto, ennakkotieto: Alkoholijuomien kulutus 2018).

Päihdehuoltolaki velvoittaa kunnat järjestämään päihdepalveluja kunnassa esiintyvän tarpeen mukaan. Päihdehuoltolain 7 pykälä laajentaa päihdepalveluihin oikeutettujen joukon koskemaan myös päihdeongelmaisen läheisiä. Oikeus päihdepalvelujen saamiseen ei edellytä päihderiippuvuutta. Sosiaali- ja terveysministeriön päihdepalveluiden laatusuosituksen mukaan palvelujen tulisi olla kaikkien esteettömästi saavutettavissa. Tämä on kuitenkin käytännössä osoittautumassa vaikeaksi erityisesti ikääntyneille, vammaisille sekä kieli- ja kulttuurivähemmistön edustajille.

Hoitoon hakeutumisen kynnyks on korkea. Leimautuminen alkoholistiksi, häpeä, pelko sekä epätietoisuus lykkäävät hoitoon hakeutumista ja jopa estää hoitoon hakeutumisen. Ongelman pahentumisen riski on korkea ja usein hoitoon hakeudutaan vasta silloin, kun muita vaihtoehtoja ei enää ole.

Päihdepalvelut tulee olla jokaisen sitä tarvitsevan saatavilla ja kotiin vietynä palveluna se mahdollistuu kaikkein heikoimmassa asemassa olevien asiakkaiden kohdalla. Kotikonsti matalan kynnyksen toimintana on tavoittanut haasteelliseksi koetun asiakasryhmän.

Kotikonstista saatujen kokemusten mukaan päihteiden käytön vähentäminen tai kokonaan juomisen lopettaminen on onnistunut. Päihteidenkäytön muutoksen myötä asiakkaiden toimintakyky parani, he aloittivat harrastustoimintaa, käynnit päihdehoitajan ja/tai depressiohoitajan vastaanotoilla ja jopa palasivat työelämään monen vuoden jälkeen. Palautteen mukaan asiakkaat olivat tyytyväisiä, että tämän kaltainen palvelu mahdollistui heidän kohdallaan. Kotihoidon työntekijöiltä on tullut palautetta, jonka mukaan asiakkaan alkoholin käytön vähentyminen nähtiin parantavan asiakkaan toimintakykyä ja kotona selviytymistä. Kotihoidon henkilöstö on tuonut esille tarvetta saada lisää koulutusta päihteistä, päihteiden käytön puheeksi ottamisesta ja asiakkaan kohtaamisesta. Yhteistyö toimijoiden kesken kehittyi pilotin aikana.

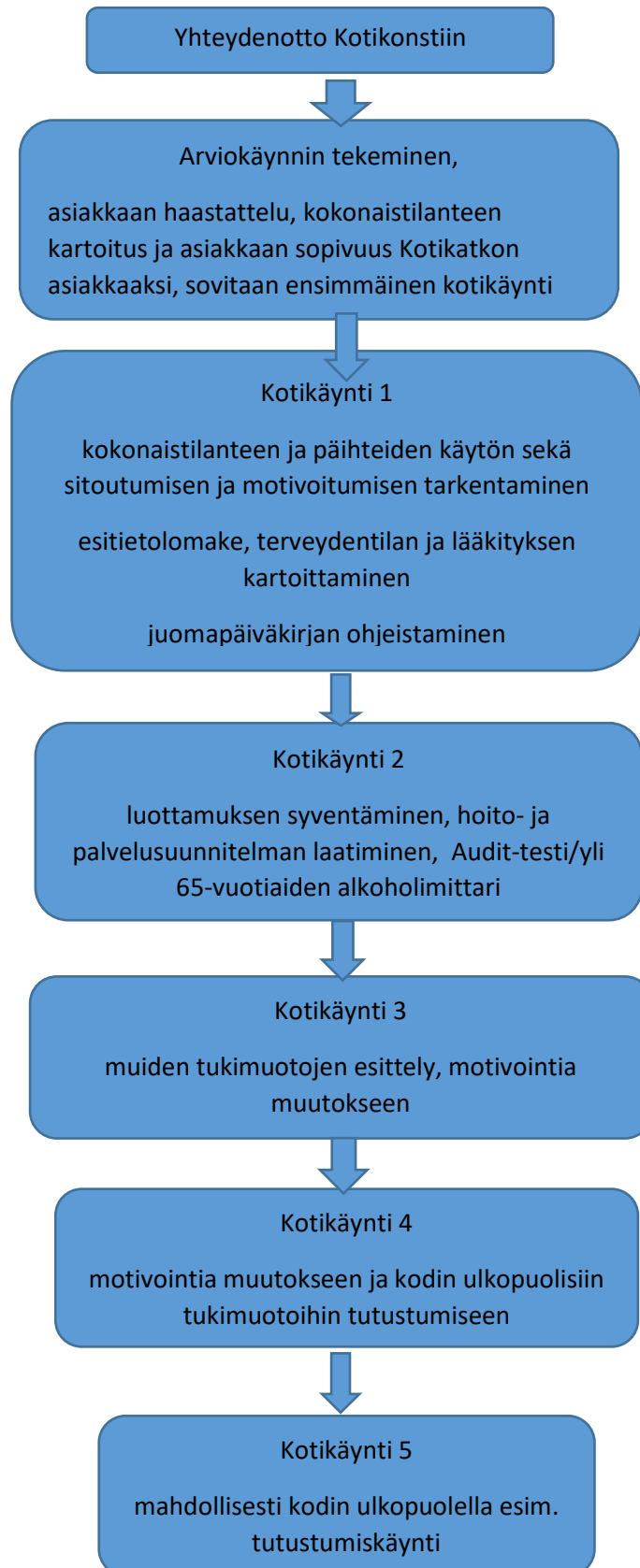


## 1. TUTKIMUKSEN TAUSTA

Kotikonsti-toiminta on yksi painopistealue (2016 – 2019) ESR-rahoitteisessa hankkeessa ”Asunnottomuuden ennaltaehkäisyn kuntastrategiat – varhainen välittäminen ja osallisuus ja asumisen tuki”, johon Jyväskylän kaupunki on osallistunut. Painotus on erityisesti kolmessa kohderyhmässä: vankilasta vapautuvat ja yhdyskuntaseuraamusta suorittavat, oleskeluluvan saaneet turvapaikanhakijat sekä päihde- ja mielenterveysasiakkaat ja – kuntoutujat. Yhtenä osana oli tarkoitus testata liikkuvan työn mallia, kuten kotona tehtävää katkaisuhoidotyötä eli Kotikonstia. (Nieminen 2016; Ijäs 2017, 10.) Kotikonstin vaikuttavuustutkimusta varten arviointimittaristo kehitettiin yhteistyössä Prodia Oy:n tutkija Virpi Sillanpään kanssa.

Kotikonsti palveluna oli asiakkaan kotona tapahtuvaa tuettua päihdekierteen katkaisuhoidtoa (Kotikonsti-esite n.d.). Toiminta on inhimillistä, asiakaslähtöistä, yksilöllistä, turvallista sekä nopea hoitomuoto päihdeongelmiin (Ijäs 2017, 10). Palvelun tavoitteena oli tukea ja motivoida asiakkaita päihteiden käytön muutoksessa sekä toimintakyvyn, arjen sujumuuden ja hyvinvoinnin lisääntymisessä (Kotikonsti-esite n.d.). Kotiin annettava katkaisuhoidto on laitoshoidtoa edullisempaa, mutta mahdollistaa päihdeettömän elämäntavan myös varsinaisen laitoshoidon jälkeen (Nieminen 2016). Monesti koti on hoidon toteuttamiselle paras mahdollinen paikka, mikäli asiakkaan tilanne ei vaadi jatkuvaa lääketieteellistä hoitoa tai seurantaa. (Kotikonsti-esite n.d.).

## 2.1 Kotikonstin toimintaprosessi



## Kuvio 1 Kotikonstin toimintaprosessi

### 2.2 Kotikonsti käytännössä

Kotikonstin ensimmäisellä käynnillä asiakkaalle kerrottiin palvelusisällöstä, kartoitettiin kokonaistilanne sekä arvioitiin palvelun sopivuutta asiakkaalle. Käynnillä pyrittiin selvittämään senhetkinen päihteiden käyttö ja päihdetausta, asiakkaan terveydentila, vieroitusoireet sekä sosiaalinen tilanne. (Kotikonsti-esite n.d.).

Seuraavalla, niin sanotulla motivointikäynnillä täytettiin asiakkaan kanssa AUDIT-kysely, joka toimi keskustelun ohjaajana sekä aloitettiin päihdepäiväkirjan pitäminen (Kotikonsti-esite n.d.). AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) on Maailman Terveysjärjestö WHO:n kehittämä kymmenen kysymyksen testi, joka on todettu toimivaksi alkoholin liikakäytön tunnistajaksi (Tulostettavat testit – Alkoholi n.d.). Ikäihmisten kanssa käytettiin alkoholimittaria, joka on tarkoitettu yli 65-vuotiaille. Kokonaisuudessaan ensimmäinen viikko sisälsi asiakkaan motivointia päihteettömyyteen sekä luottamuksen rakentamista. Kokonaistilanteen kartoituksen pohjalta asiakkaalle laadittiin osallistava hoito- ja kuntoutussuunnitelma. (Kotikonsti-esite n.d.).

Kotikonsti-toimintaan kuului myös jälkikuntoutus, jossa asiakkaalle annettiin riittävä tuki päihteiden käytön vähentämiseen ja päihteettömyyteen. Asiakkaalle räätälöitiin yksilöllisesti esimerkiksi tarpeen mukaiset avopalvelut, vertaistukea, harrastuksia sekä mielekästä tekemistä päihteiden käytön tilalle. Jälkikuntoutuksessa korostui yhteistyö eri toimijoiden kanssa (esimerkiksi AA, A-kilta) ja asiakkaat pyrittiin saattamaan vaihtamaan palvelusta toiseen. Asiakkaalle tarjottiin vielä tukikäyntejä muihin avopalveluihin kiinnittyessä tai intervallihoitoa retkahdusten ehkäisemiseksi. (Kotikonsti-esite n.d.).

### 2.3 Kokemuksia Kotikonstista

Jyväskylän ammattikorkeakoulun opiskelijat tekivät tammikuussa 2018 opinnäytetyön Kotikonsti-toiminnasta. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa asiakkaiden kokemuksia Kotikonsti-toiminnasta ja sen nimi oli ”Asiakkaiden kokemuksia kotona tapahtuvasta päihdekuntoutuksesta”. Tutkimukseen osallistui kuusi henkilöä. Ikäjakama oli 32-71 vuotta. Haastatteluun osallistujista kaksi tavoitteli päihdeettömyyttä, mikä olikin molempien kohdalla toteutunut. Kolmella henkilöllä oli ollut tavoitteena päihteiden käytön vähentäminen. Kaikkien kohdalla tavoitteet eivät liittyneet päihteiden käytön muutoksiin. Yksi toivoi ratkaisuja lääkehoidon toteutumiseen ja kertoi tavoitteen säännöllisestä lääkkeiden ottamisesta toteutuneen. Muut tavoitteet liittyivät elämänhallintaan, voimavaroihin ja mielialaan. Muutoksina haastateltavat mainitsivat kasvaneen sisukkuuden, muuttuneen elämänasenteen ja elämän mielekkyyden lisääntymisen. Yksi haastateltava oli kertonut suunnittelevansa ensimmäistä kertaa elämässään työharjoittelua ja opiskelua. Myös toinen haastateltava oli tuonut esiin uudelleen kouluttautumisen mahdollisuutta.

Lähes jokainen haastateltu oli kokenut, että Kotikonsti oli ollut hyödyllinen osa kuntoutumisen polkua. Jokaisen saama hyöty oli yksilöllinen. Kotikonsti koettiin hyödyttäneen elämänasenteen muutoksessa, mielialassa, henkilökohtaisen tuen saannissa, muiden palveluiden tarpeen vähenemisessä ja arjen sujumisessa. Yksi haastateltava oli todennut, että Kotikonsti oli sillä hetkellä tärkeä osa kuntoutumista ja toivoi, ettei Kotikonsti loppuisi. Yksi haastatelluista ei ollut osannut sanoa, oliko Kotikonstista ollut hänelle hyötyä.

Haastateltavat olivat tyytyväisiä Kotikonsti-toimintaan. Toimintaa kuvattiin tehokkaaksi ja aiemmista käytetyistä päihdepalveluista poikkeavaksi. Haastateltavat olivat kokeneet saaneensa vaikuttaa sisältöön omalla kohdallaan.

Tutkimukseen osallistuneet kuusi vastaaja antoivat palvelulle arvosanaksi (keskiarvo) 8,8. Haastateltavia oli pyydetty antamaan numeerinen arvosana välillä yhdestä kymmeneen koko Kotikonsti-toiminnalle. Kotikonsti sai kaksi kahdeksaa, kolme yhdeksää ja yhden kymmeneen. Kahdeksan ja yhdeksän arvosanoja perusteltiin sillä, että vaikka he ovat olleet palveluun tyytyväisiä, on kaikessa aina parantamisen varaa.

### 3. TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

#### 3.1. Tutkimuksen tavoitteet

Tässä tutkimuksessa pyrittiin selvittämään, onko Kotikonsti-toiminnasta ollut apua asiakkaiden toistuvien terveyspalvelujen käyttöön (lääkärissä/päivystyksessä käynnit, sairaalavuorokaudet sekä päihde- ja depressiohoitajan vastaanotot). Toisaalta pyrittiin selvittämään, onko Kotikonsti-toiminnasta ollut apua pitkällä tähtäimellä, onko asiakas päässyt tarkoituksenmukaisempien palveluiden piiriin ja näin esimerkiksi päivystyskäynnit vähentyneet vai onko kenties entisenlainen usein toistuvat käynnit alkaneet uudelleen.

#### 3.2 Tutkimusmenetelmä ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksessa selvitettiin (kvantitatiivinen osuus) asiakkaan käynnit lääkärisä/päivystyksessä, sairaalavuorokaudet, sekä päihde- ja depressiohoitajan vastaanotot puoli vuotta ennen Kotikonstin asiakkuutta, edellä mainitut asiat Kotikonstin aikana, sekä samat asiat puoli vuotta Kotikonstin päättymisen jälkeen.

Laadullisessa (kvalitatiivisessa) osuudessa asiakkaalle esitettiin avoin kysymys: ”Kerro vapaamuotoisesti ja mitä haluat, mitä elämäsi kuuluu Kotikonstin jälkeen”. Kaikkia Kotikonstin asiakkaita ei ehditty haastatella tiiviin aikataulun vuoksi. Haastateltaviksi asiakkaiksi valikoituivat ne asiakkaat, joihin saatiin yhteys maaliskuun 2019 aikana, yhteensä 13 asiakasta.

Kvantitatiiviseen tutkimukseen osallistuivat nämä samat 13 henkilöä, jotka valikoituivat haastateltaviksi kvalitatiiviseen osuuteen.

### 3.3 Tutkimusaineiston kerääminen

Tavanomaisin tapa määrällisessä tutkimuksessa on, että tutkija kerää aineiston henkilökohtaisesti ennalta suunnitellulla kyselyllä, haastattelulomakkeella tai systemaattisella havainnoinnilla. Tutkimusongelmasta riippuen tutkija voi käyttää myös *valmiita rekistereitä* esim. henkikirjoitusrekisterit, asiakasrekisterit tai *tilastoja* esim. Tilastokeskuksen tilastot. (Vilkka, 2014).

Kotikonstin vaikuttavuustutkimuksessa kerättiin tutkittavista tietoa sekä perusterveydenhuollosta että erikoissairaanhoidosta. Tutkimusluvut tietojen saantia varten haettiin kaikilta tietoja luovuttavilta tahoilta. Tutkittavista kerättiin tiedot heidän käynneistään päivystyksessä, terveyskeskuksessa lääkärin vastaanotolla sekä päihdehoitajan ja depressiohoitajan vastaanotolla. Myös sairaalassa vietetyt vuorokaudet huomioitiin tutkimuksessa.

Lääkärissä/päivystyksessä käynnit, sairaalavuorokaudet sekä päihde- ja depressiohoitajan vastaanotot kerättiin Ex-report -ohjelman avulla Keski-Suomen sairaanhoitopiiristä ja Jyväskylän kaupungin terveyskeskussairaalaista ja avoterveydenhuollosta. Aineisto tallennettiin Excel-taulukkoon.

Haastattelu toteutettiin strukturoimattomana eli avoimena haastatteluna. Haastateltaville kerrottiin tutkimuksesta, sen tarkoituksesta ja että tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Haastateltaville korostettiin, etteivät henkilötiedot tule ilmi missään vaiheessa eikä haastattelusta pysty tunnistamaan haastateltavia. Haastateltavat saivat vapaasti kertoa mitä halusivat elämästään Kotikonstin jälkeen. Haastattelijalla kirjasi kertomuksen, jonka haastateltava luki ja hyväksyi.

### 3.4 Tutkimusaineiston analyysi

Analyysimenetelmien perusjaotteluna voidaan pitää jakoa määrälliseen ja laadulliseen analyysiin. Määrällisellä analyysillä pyritään selvittämään esimerkiksi erilaisia ilmiöiden syy-seuraussuhteita, ilmiöiden välisiä yhteyksiä tai ilmiöiden yleisyyttä numeroiden ja tilastojen avulla. (Jyväskylän yliopisto 2015).

Tutkimuksessa selvitettiin tutkittavien käynnit lääkärissä, päivystyksessä, päihde- ja depressiohoitajan luona (kappale) sekä mahdolliset sairaalavuorokaudet (vrk). Tutkimuksessa selvitettiin myös hinta (euro) kullekin käynnille.

Määrällisen analyysin parina pidetään laadullista eli kvalitatiivista tutkimusta, jossa pyritään ymmärtämään laatua, ominaisuuksia ja merkityksiä kokonaisvaltaisesti. Laadullisen ja määrällisen analyysin välistä eroa usein korostetaan, vaikka molempia suuntauksia voidaan käyttää myös samassa tutkimuksessa ja molemmilla voidaan selittää, tosin eri tavoin, samoja tutkimuskohteita. (Tuomivaara, 2005).

Laadullisissa menetelmissä yhteisenä piirteenä korostuu muun muassa kohteen taustaan, tarkoitukseen ja merkityksiin liittyvät näkökulmat. (Tuomivaara, 2005).

Sisällönanalyysi on tieteellinen metodi, joka pyrkii päätelmiin erityisesti verbaalisesta datasta. Tavoitteena on analysoida systemaattisesti ja objektiivisesti esimerkiksi haastattelua. Analyysissa tuotettu aineisto voidaan myös kvantifioida eli analyysia jatketaan siten, että sanallisesti kuvatussa aineistosta tuotetaan määrällisiä tuloksia. Analyysin tarkoitus on luoda sanallinen ja selkeä kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Sisällönanalyysillä pyritään järjestämään aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon. Analyysin tarkoituksena on erilaisen näkökulman esille tuominen ja informaatioarvon lisääminen. Ongelmana on kuitenkin se, että aineistot ovat niin pieniä, ettei niiden kvantifiointi tuo välttämättä lisätietoa tai erilaista näkökulmaa. (Silius, 2005). Tutkimuksessa kirjoitettiin tutkittavien kertomukset. Haastateltavat kertoivat elämästään Kotikonstin jälkeen, muun muassa nykyisestä tai tämänhetkisestä päihteiden käytöstään, terveydentilastaan, taloudellisesta tilanteestaan, asumisestaan, mahdollisista harrastuksistaan tai siitä

millaista heidän sosiaalinen elämä nykyisin on. Haastateltavat kertoivat myös siitä, ovatko vielä niiden palveluiden piirissä, mihin heidät ohjattiin Kotikonstin aikana. Aineisto aluksi hajotettiin osiin, käsitteellistettiin ja koottiin uudella tavalla kokonaisuudeksi. Tuloksiksi saatiin lopulta ”päähteidenkäyttö” sekä ”ohjautuminen palveluiden piiriin”.

#### 4. AIKATAULU

Tutkimukseen tarvittava tiedonkeruu oli tarkoitus toteuttaa maaliskuussa 2019. Tutkimuksen analysointi oli tarkoitus toteuttaa huhtikuussa 2019. Tutkimusluvan hakeminen viivästyi ja sen vuoksi erikoissairaanhoidon tietojen osalta tiedonkeruu ja analysointi päästiin toteuttamaan vasta toukokuussa 2019. Tutkimuksen raportti kirjoitettiin ja toimitettiin tilaajalle toukokuussa 2019.

#### 5. EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Hyvä tutkimuskäytäntö edellyttää, että tutkittavilta saadaan osallistumisestaan perehtyneesti annettu suostumus. Perehtyneisyydellä tarkoitetaan sitä, että tutkittavalle kerrotaan kaikki oleellinen tieto siitä, mitä tutkimuksen kuluessa tulee tapahtumaan, ja että tutkittava on informaation ymmärtänyt. Suostumuksella puolestaan tarkoitetaan sitä, että tutkittava kykenee tekemään rationaalisia arviointeja hänelle annettujen tietojen perusteella, ja että tutkittava osallistuu tutkimukseen vapaaehtoisesti. (Hirsjärvi ym. 2004, 26-27, ks. myös Kuula 2006, 99-133 ja Aineistonhallinnan käsikirja, tutkittavien informointi.) Tutkijan tulee kertoa, mitä tutkimukseen lupautuminen tarkoittaa ja mitä seurauksia siitä on. Tutkijan ja tutkittavan välistä suhdetta sävyttää tutkimuksen suhteen tiedon ja vallan epätasapaino (Pelkonen & Louhiala 2002, 130). Tutkijalla on tietoa ja myös valta päättää, mitä tutkittavalle kertoo ja mitä ei, mikä tekee tutkijan eettisesti vastuulliseksi tutkittavista.

Tutkimustietojen käsittelyssä keskeiset käsitteet ovat luottamuksellisuus ja anonymiteetti. Myös tietoja julkistettaessa tulee pitää huolta luottamuksellisuuden säilyttämisestä ja anonymiteettisuojasta. Tuloksia julkistettaessa on siis huolehdittava siitä, ettei tutkittavien



henkilöllisyys paljastu. Mitä arkaluontoisemmasta aiheesta on kysymys, sitä tiukemmin on suojattava anonymiteettiä. Vaikka tuloksia julkaistaessa ei yksityisiä henkilöitä mainita nimiltä, voivat tiedot olla muuten niin yksityiskohtaisia, että varsinkin lähipiiri saattaa tunnistaa yksittäisen tutkittavan. Tutkijan tulee huomioida tämä riski ja harkita menettelynsä mahdolliset seuraukset. (Yhteiskuntatieteellisen tutkimuksen tietosuojaja 1987, 16-19, Kuula 2006, 201-207.)

Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Tutkittaville lähetettiin tietosuojaseloste, mistä ilmeni, että tutkittava voi kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen, keskeyttää osallistumisen tai peruuttaa suostumuksensa missä tahansa tutkimuksen vaiheessa. Eettisiä asioita käsiteltiin asiakkaan kanssa suostumuslomakkeen allekirjoittamisen ja haastattelun yhteydessä. Haastateltavat suostuivat mielellään tutkimukseen ja toivoivat tutkimuksen kautta mahdollisesti Kotikonsti-tyyppisen palvelun alkavan uudelleen. Haastatellut asiakkaat pysyvät anonyymeinä. Kun asiakkaat oli haastateltu, ne kirjoitettiin puhtaaksi eikä asiakkaan tiedot tulleet ilmi. Tulokset esitetään siten, ettei niistä pysty tunnistamaan asiakasta.

Tutkimukseen liittyviä tietoja käytetään vain tutkimustarkoitukseen ja tiedot hävitetään tutkimusprosessin päätyttyä.

### 5.1 Luotettavuus eli reliabiliteetti

Reliabiliteetti ilmaisee sen, miten luotettavasti mittari mittaa haluttua ilmiötä. Reliabiliteettia voidaan arvioida esim. toistomittauksilla. Mittaus on luotettava, jos samasta aineistosta suoritettavat mittaukset antavat eri mittauskerroilla ja eri mittaajien suorittamana samat tulokset. (Hirsijärvi & Hurme 2009, 186). Tämän tutkimuksen aineisto kerättiin Jyväskylän kaupungin perusterveydenhuollon tilastoinneista tietojärjestelmän pääkäyttäjän toimesta ja Keski-Suomen sairaanhoitopiirin tilastoinneista teknisen asiantuntijan toimesta. Tarvittavien tietojen keräämiseksi ilmoitettiin asiakkaiden henkilötiedot, heidän asiakkuutensa ajanjakso Kotikonstissa sekä pyydettiin kaikkien osalta tiedot puoli vuotta ennen Kotikonstin asiakkuutta, Kotikonstin aikana ja puoli vuotta Kotikonstin asiakkuuden jälkeen. Kaikkien osalta pyydettiin samat tiedot. Koska tiedot kerättiin valmiista tilastoista, myöhemmin samoista henkilöistä, samoin tiedoin kerättäessä aineisto todennäköisesti on

sama.

## 5.2 Pätevyys eli validiteetti

Validiteetti ilmaisee sen, miten hyvin tutkimuksessa käytetty mittausmenetelmä mittaa juuri sitä ominaisuutta, mitä on tarkoituskin mitata. Laadullisessa tutkimuksessa on olennaista arvioida tutkimuksen uskottavuutta ja luotettavuutta. Tulokset eivät voi olla sattumanvaraisia ja menetelmällä pitää voida tutkia sitä, mitä tutkimuksessa on tarkoituskin tutkia. Eräs laadullisen tutkimuksen luotettavuuteen liittyvä näkökulma on yleistettävyys. Voiko tutkimuksen tuloksia yleistää. (Jyväskylän yliopisto, Avoimet, Humanistis-yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, Tutkimusprosessi, tutkimuksen toteuttaminen, 2019). Tässä tutkimuksessa tutkittavien joukko vastaa Kotikonstin asiakaskuntaa iältään, mutta tässä tutkimuksessa naisia on miehiä enemmän. Kotikonstin asiakkaita miehiä oli 54 % ja naisia 47 %. Luotettavuuteen tässä tutkimuksessa on pyritty kuvailemalla koko tutkimusprosessi mahdollisimman tarkasti painottaen samalla tulosten tulkinnan ja ymmärtämisen suhdetta teoreettiseen viitekehykseen. Tulokset on tarkoitus raportoida niin tarkkaan, että lukija voi toteuttaa vastaavanlaisen tutkimuksen uudestaan.

## 6. TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimukseen osallistui 13 vapaaehtoista Kotikonstin asiakasta. Tutkituista yhdeksän oli naisia ja 4 miehiä. Vastanneiden ikä vaihteli 31 – 83 vuoden välillä. (ks. kuvio 2)

ikä	30 – 39	40 – 49	50 – 59	60 – 69	70 – 79	80 ->
sukupuoli						
mies	1 hlö	0 hlö	0 hlö	1 hlö	1 hlö	1 hlö
nainen	2 hlö	0 hlö	5 hlö	2 hlö	0 hlö	0 hlö

Kuvio 2. Tutkimukseen osallistuneiden ikä- ja sukupuolijakauma

Tulosten mukaan tutkittavat olivat käyneet 31 kertaa Jyväskylän kaupungin terveyskeskuksessa avoterveydenhuollossa lääkärin vastaanotolla kuuden kuukauden aikana ennen Kotikonstin asiakkuutta. Lääkärin vastaanotolla käynnin keskihinta Jyväskylän terveysasemilla oli 84,14 euroa. Sairaalavuorokausia terveyskeskussairaalan vuodeosastoilla ennen Kotikonstin asiakkuutta oli 114 vuorokautta. Sairaalavuorokauden hinta Kyllön osastoilla oli 225 euroa ja Palokan osastoilla 215 euroa.

**Palveluiden käyttö perusterveydenhuollossa ja siitä aiheutuneet kustannukset ennen (6 kk) Kotikonstia**

<b>Henkilö</b>	<b>Lääkärikäynnit, kpl</b>	<b>Lääkärikäynneistä aiheutunut kustannus, €</b>	<b>Sairaalavuorokaudet (vrk)</b>	<b>Sairaalavuorokaudet, €</b>
1	0		0	0
1	0	0	0	0
2	6	504,84	2	450
3	0		13	2925
4	5	420,7	10	2200
4	7	588,98	0	0
5	0		1	225
6	7	588,98	2	450
7	0		0	0
8	1	84,14	0	0
9	1	84,14	0	0
10	0		43	9465
11	0		19	4275
12	2	168,28	20	4500
13	2	168,28	4	900
<b>yhteensä</b>	<b>31</b>	<b>2608,34</b>	<b>114</b>	<b>25390</b>

Kuvio 3. Perusterveydenhuollon palveluiden käyttö ja siitä aiheutuneet kustannukset ennen Kotikonstia

Kotikonstin asiakkuuden aikana Jyväskylän kaupungin terveyskeskuksessa avoterveydenhuollossa lääkärissä käyntejä oli kahdeksan kappaletta. Lääkärin vastaanotolla käynnin keskihinta Jyväskylän terveysasemilla oli 84,14 euroa. Sairaalavuorokausia terveyskeskussairaalan vuodeosastoilla oli 21 vuorokautta. Sairaalavuorokauden hinta Kyllön osastoilla oli 225 euroa ja Palokan osastoilla 215 euroa.

**Palveluiden käyttö perusterveydenhuollossa ja siitä aiheutuneet kustannukset Kotikonstin aikana**

Terveyspalvelut				
Henkilö	Lääkärikäynnit, kpl	Lääkärikäynneistä aiheutunut kustannus, €	Sairaalavuorokaudet (vrk)	Sairaalavuorokaudet, €
1	0		0	
1	0		0	
2	0		0	
3	2	168,28	4	860
4	0		3	675
4	0		0	
5	0		0	
6	0		0	
7	1	84,14	0	
8	1	84,14	0	
9	0		0	
10	4	336,56	5	1125
11	0		9	2025
12	0		0	
13	0		0	
<b>yhteensä</b>	<b>8</b>	<b>673,12</b>	<b>21</b>	<b>4685</b>

Kuvio 4. Perusterveydenhuollon palveluiden käyttö ja siitä aiheutuneet kustannukset Kotikonstin aikana

Kuusi kuukautta Kotikonstin loppumisen jälkeen tutkittavat olivat käyneet Jyväskylän kaupungin terveyskeskuksessa avoterveydenhuollossa lääkärin vastaanotolla 26 kertaa. Lääkärin vastaanotolla käynnin keskihinta Jyväskylän terveysasemilla oli 84,14 euroa. Sairaalavuorokausia terveyskeskussairaalan vuodeosastoilla oli 34 vuorokautta. Sairaalavuorokauden hinta Kyllön osastoilla oli 225 euroa ja Palokan osastoilla 215 euroa.

**Palveluiden käyttö perusterveydenhuollossa ja siitä aiheutuneet kustannukset Kotikonstin jälkeen (6 kk)**

Henkilö	Lääkärikäynnit, kpl	Lääkärikäynneistä aiheutunut		
		kustannus, €	Sairaalavuorokaudet (vrk)	Sairaalavuorokaudet, €
1	1	84,14	0	0
1	0		0	0
2	2	168,28	0	0
3	3	252,42	0	0
4	4	336,56	2	450
4	0		0	0
5	3	252,42	0	0
6	2	168,28	0	0
7	2	168,28	0	0
8	0		0	0
9	0		32	7200
10	2	168,28	0	0
11	0		0	0
12	6	504,84	0	0
13	2	168,28	0	0
<b>Yhteensä</b>	<b>26</b>	<b>2187,64</b>	<b>34</b>	<b>7650</b>

Kuvio 5. Perusterveydenhuollon palveluiden käyttö ja siitä aiheutuneet kustannukset Kotikonstin jälkeen

Tulosten mukaan tutkittavat olivat käyneet päivystyksessä 27 kertaa kuuden kuukauden aikana ennen Kotikonstin asiakkuutta. Päivystyskäynti, joka sisältää lääkärin tekemän kliinisen tutkimuksen ja hoito-ohjeet sekä päivystyspoliklinikan hoitohenkilökunnan tekemät laboratoriotutkimukset ja toimenpiteet klo 8 – 22 välisenä aikana on hinnaltaan 80,98 euroa. Saman sisältöinen yöpäivystyskäynti klo 22 – 8 välisenä aikana on hinnaltaan 115,50 euroa. Tuloksista ei selvinnyt tarkkaa ajankohtaa, jolloin tutkittavat olivat käyneet päivystyksessä, mutta tiedossa oli, että käyntejä on sekä klo 8 – 22 välillä että klo 22 – 8 välillä. Tästä johtuen päivystyskäynnille laskettiin keskiarvohinta 98,24 euroa.

***Päivystyskäynnit ja niistä aiheutuneet kustannukset ennen (6 kk) Kotikonstia***

<b><i>Henkilö</i></b>	<b><i>Päivystyskäynnit, kpl</i></b>	<b><i>Päivystyskäynnit, €</i></b>
1	0	0
1	0	0
2	8	785,92
3	3	294,72
4	3	294,72
4	0	0
5	0	0
6	3	294,72
7	1	98,24
8	2	196,48
9	0	0
10	3	294,72
11	2	196,48
12	1	98,24
13	1	98,24
<b>yhteensä</b>	<b>27</b>	<b>2652,48</b>

Kuvio 6. Päivystyskäynnit 6 kk ennen Kotikonstia

Kotikonstin asiakkuuden aikana päivystyksessä käyntejä oli 16 kappaletta. Päivystyskäynti, joka sisältää lääkärin tekemän kliinisen tutkimuksen ja hoito-ohjeet sekä päivystyspoliklinikan hoitohenkilökunnan tekemät laboratoriotutkimukset ja toimenpiteet klo 8 – 22 välisenä aikana on hinnaltaan 80,98 euroa. Saman sisältöinen yöpäivystyskäynti klo 22 – 8 välisenä aikana on hinnaltaan 115,50 euroa. Tuloksista ei selvinnyt tarkkaa ajankohtaa, jolloin tutkittavat olivat käyneet päivystyksessä, mutta tiedossa oli, että käyntejä on sekä klo 8 – 22 välillä että klo 22 – 8 välillä. Tästä johtuen päivystyskäynnille laskettiin keskiarvohinta 98,24 euroa.

***Päivystyskäynnit ja niistä aiheutuneet kustannukset Kotikonstin aikana***

<b><i>Henkilö</i></b>	<b><i>Päivystyskäynnit, kpl</i></b>	<b><i>Päivystyskäynnit, €</i></b>
1	0	0
1	0	0
2	3	294,72
3	3	294,72
4	0	0
4	0	0
5	5	491,2
6	0	0
7	0	0
8	0	0
9	1	98,24
10	4	392,96
11	0	0
12	0	0
13	0	0
<b>yhteensä</b>	16	1571,84

Kuvio 7. Päivystyskäynnit Kotikonstin aikana



Kuusi kuukautta Kotikonstin loppumisen jälkeen ei päivystyskäyntejä ollut kenelläkään tutkittavista.

***Päivystyskäynnit ja niistä aiheutuneet kustannukset Kotikonstin jälkeen (6 kk)***

<b>Henkilö</b>	<b>Päivystyskäynnit, kpl</b>	<b>Päivystyskäynnit, €</b>
1	0	0
1	0	0
2	0	0
3	0	0
4	0	0
4	0	0
5	0	0
6	0	0
7	0	0
8	0	0
9	0	0
10	0	0
11	0	0
12	0	0
13	0	0
<b>Yhteensä</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Kuvio 8. Päivystyskäynnit Kotikonstin jälkeen

Tulosten mukaan ennen Kotikonstin asiakkuutta tutkittavat olivat olleet erikoissairaanhoidossa vierotus-hoidossa 77 vuorokautta ja päivystysosastolla hoidettavana 32 vuorokautta. Erikoissairaanhoidon vuorokausihinta on 592,30 euroa ja päivystysosastolla on käytössä DRG-tuotteistus eli hinta määräytyy muun muassa diagnoosien ja toimenpiteiden perusteella. Tässä tapauksessa DRG-hinta oli 333 euroa.

**Sairaalavuorokaudet erikoissairaanhoidossa ja niistä aiheutuneet kustannukset ennen (6 kk) Kotikonstia**

<b>Henkilö</b>	<i>Erikoissairaanhoido vierotus, vrk</i>	<i>Erikoissairaanhoido vierotus €</i>	<i>Päivystysosasto, vrk</i>	<i>Päivystysosasto vrk €</i>
1	0	0	0	0
1	0	0	0	0
2	16	9476,8	3	999
3	19	11253,7	0	0
4	0	0	5	1665
4	3	1776,9	0	0
5	0	0	0	0
6	2	1184,6	0	0
7	0	0	2	666
8	0	0	0	0
9	0	0	0	0
10	0	0	22	7326
11	19	11253,7	0	0
12	14	8292,2	0	0
13	4	2369,2	0	0
<b>yhteensä</b>	<b>77</b>	<b>45607,1</b>	<b>32</b>	<b>10656</b>

Kuvio 9. Sairaalavuorokaudet erikoissairaanhoidon vierotuksessa ja sairaalavuorokaudet päivystysosastolla ennen Kotikonstia

Kotikonstin asiakkuuden aikana tutkittavat olivat olleet erikoissairaanhoidossa vierotushoidossa 40 vuorokautta ja päivystysosastolla hoidettavana 26 vuorokautta. Erikoissairaanhoidon vuorokausihinta on 592,30 euroa ja päivystysosastolla on käytössä DRG-tuotteistus eli hinta määräytyy muun muassa diagnoosien ja toimenpiteiden perusteella. Tässä tapauksessa DRG-hinta oli 333 euroa.

**Sairaalavuorokaudet erikoissairaanhoidossa ja niistä aiheutuneet kustannukset Kotikonstin aikana**

<b>Henkilö</b>	<i>Erikoissairaanhoido vierotus, vrk</i>	<i>Erikoissairaanhoido, vierotus €</i>	<i>Päivystysosasto, vrk</i>	<i>Päivystysosasto, €</i>
1	0	0	0	0
1	0	0	0	0
2	3	1776,9	1	333
3	3	1776,9	5	1665
4	0	0	6	1998
4	4	2369,2	0	0
5	0	0	1	333
6	0	0	0	0
7	0	0	0	0
8	0	0	0	0
9	0	0	13	4329
10	20	11846	0	0
11	10	5923	0	0
12	0	0	0	0
13	0	0	0	0
<b>yhteensä</b>	<b>40</b>	<b>23692</b>	<b>26</b>	<b>8658</b>

Kuvio 10. Sairaalavuorokaudet erikoissairaanhoidon vierotuksessa ja sairaalavuorokaudet päivystysosastolla Kotikonstin aikana

Kuusi kuukautta Kotikonstin loppumisen jälkeen ei erikoissairaanhoidossa vierotushoitovuorokausia eikä päivystysosastolla sairaalavuorokausia ollut kenelläkään tutkittavista.

**Sairaalavuorokaudet erikoissairaanhoidossa Kotikonstin jälkeen**

<b>Henkilö</b>	<i>Erikoissairaanhoido, vierotus, vrk</i>	<i>Erikoissairaanhoido, vierotus €</i>	<i>Päivystysosasto, vrk</i>	<i>Päivystysosasto, €</i>
1	0	0	0	0
1	0	0	0	0
2	0	0	0	0
3	0	0	0	0
4	0	0	0	0
4	0	0	0	0
5	0	0	0	0
6	0	0	0	0
7	0	0	0	0
8	0	0	0	0
9	0	0	0	0
10	0	0	0	0
11	0	0	0	0
12	0	0	0	0
13	0	0	0	0
<b>Yhteensä</b>	0	0	0	0

Kuvio 11. Sairaalavuorokaudet erikoissairaanhoidon vierotuksessa ja sairaalavuorokaudet päivystysosastolla Kotikonstin jälkeen

Tulosten mukaan tutkittavat olivat käyneet päihdehoitajan vastaanotolla 35 kertaa ja depressiohoitajan vastaanotolla kerran kuuden kuukauden aikana ennen Kotikonstin asiakkuutta. Päihde- ja depressiohoitajan ajanvarauksellisen vastaanottokäynnin hinta on 77,81 euroa.

**Käynnit päihde- ja depressiohoitajan vastaanotoilla ja niistä aiheutuneet kustannukset ennen (6 kk) Kotikonstia**

<b>Henkilö</b>	<i>Päihdehoitajan käynnit, kpl</i>	<i>Päihdehoitajan käynnit, €</i>	<i>Depressiohoitajan käynnit kpl</i>	<i>Depressiohoitajan käynnit, €</i>
1	2	155,62	1	77,81
1	0	0	0	0
2	8	622,48	0	0
3	1	77,81	0	0
4	5	389,05	0	0
4	3	233,43	0	0
5	1	77,81	0	0
6	3	233,43	0	0
7	1	77,81	0	0
8	0	0	0	0
9	0	0	0	0
10	6	466,86	0	0
11	3	233,43	0	0
12	0	0	0	0
13	2	155,62	0	0
<b>yhteensä</b>	35	2723,35	1	77,81

Kuvio 12. Käynnit päihde- ja depressiohoitajan vastaanotolla ja niistä aiheutuneet kustannukset ennen Kotikonstia

Tulosten mukaan Kotikonstin asiakkuuden aikana käynnit päihdehoitajan vastaanotolla lisääntyivät merkittävästi. Myös käynnit depressiohoitajan vastaanotolla lisääntyivät hieman. Päihde- ja depressiohoitajan ajanvarauksellisen vastaanottokäynnin hinta on 77,81 euroa.

**Käynnit päihde- ja depressiohoitajien vastaanotoilla ja niistä aiheutuneet kustannukset Kotikonstin aikana**

<b>Henkilö</b>	<i>Päihdehoitajan käynnit, kpl</i>	<i>Päihdehoitajan käynnit, €</i>	<i>Depressiohoitajan käynnit, kpl</i>	<i>Depressiohoitajan käynnit, €</i>
1	0	0	0	0
1	9	700,29	1	77,81
2	0	0	0	0
3	0	0	0	0
4	10	778,1	0	0
4	5	389,05	1	77,81
5	27	2100,87	0	0
6	2	155,62	0	0
7	0	0	0	0
8	17	1322,77	1	77,81
9	0	0	0	0
10	4	311,24	0	0
11	4	311,24	0	0
12	0	0	0	0
13	12	933,72	4	311,24
<b>yhteensä</b>	90	7002,9	7	544,67

Kuvio 13. Käynnit päihde- ja depressiohoitajan vastaanotoilla ja niistä aiheutuneet kustannukset Kotikonstin aikana

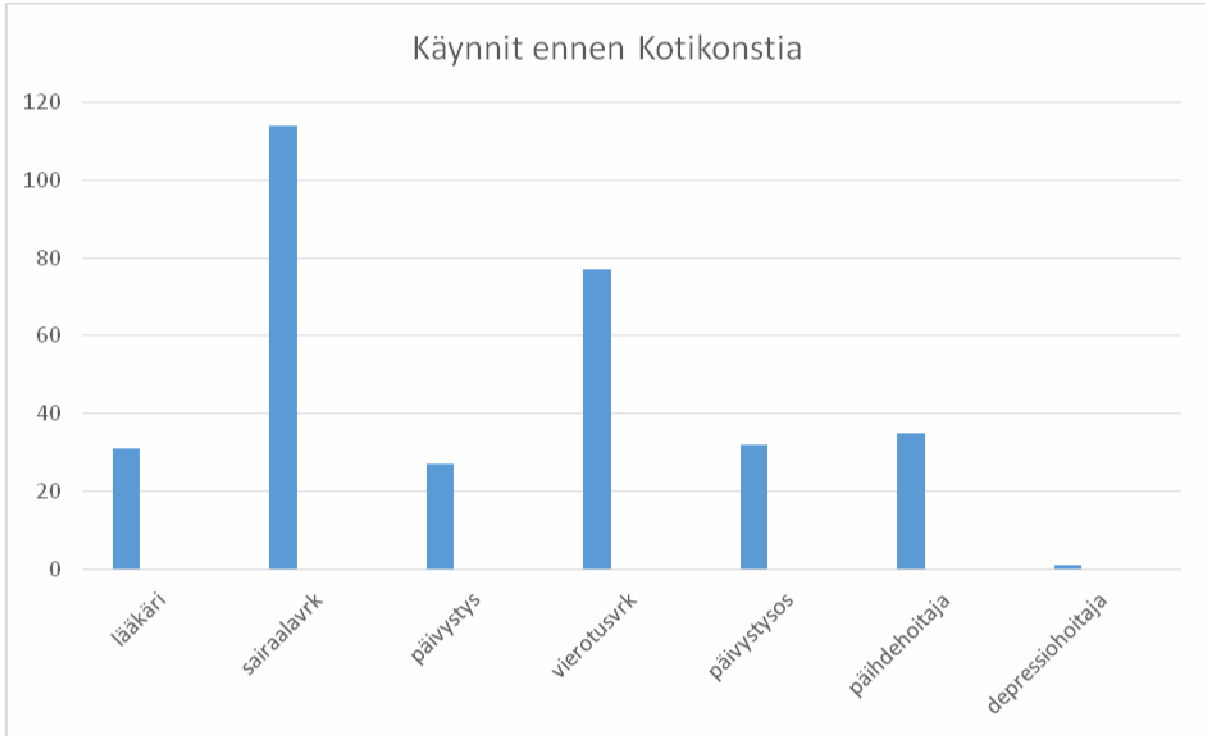
Tulosten mukaan kuusi kuukautta Kotikonstin loppumisen jälkeen tutkittavien käynnit päihde- ja depressiohoitajan vastaanotolla vähenivät. Edelleen kuitenkin käyntejä oli enemmän kuin ennen Kotikonstin asiakkuutta. Päihde- ja depressiohoitajan ajanvarauksellisen vastaanottokäynnin hinta on 77,81 euroa.

***Käynnit päihde- ja depressiohoitajan vastaanotoilla ja niistä aiheutuneet kustannukset Kotikonstin jälkeen (6 kk)***

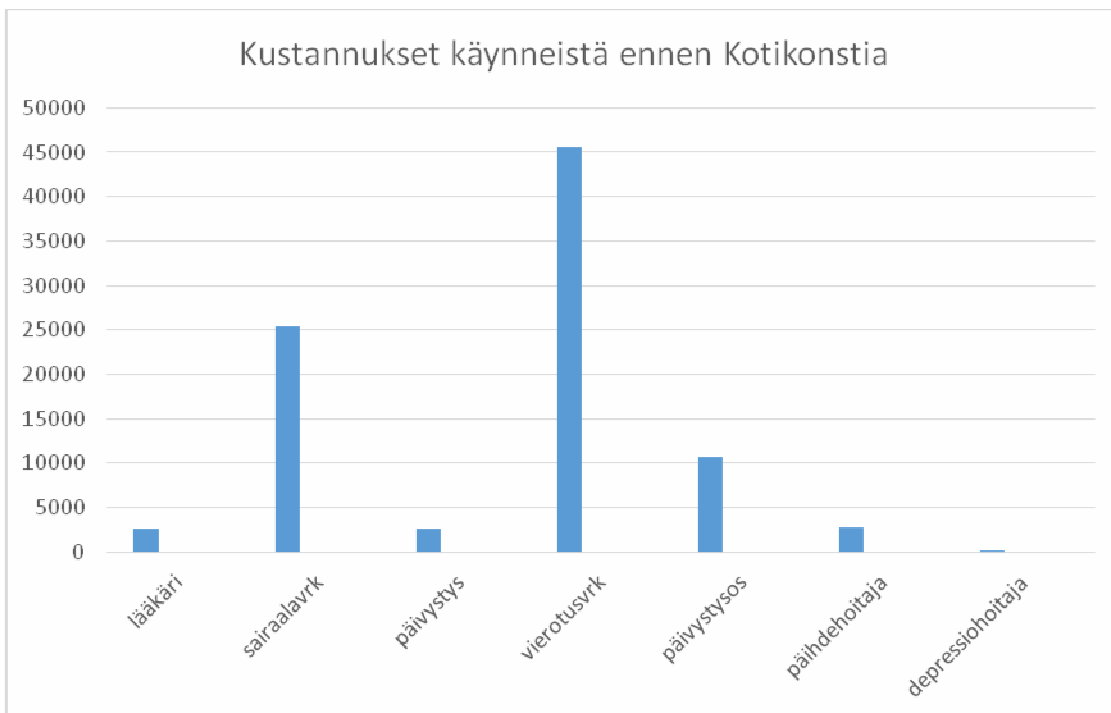
<b>Henkilö</b>	<i>Päihdehoitajan käynnit, kpl</i>	<i>Päihdehoitajan käynnit, €</i>	<i>Depressiohoitajan käynnit, kpl</i>	<i>Depressiohoitajan käynnit, €</i>
1	8	622,48	1	77,81
1	16	1244,96	0	0
2	0	0	0	0
3	0	0	0	0
4	4	311,24	0	0
4	6	466,86	2	155,62
5	12	933,72	0	0
6	0	0	0	0
7	0	0	0	0
8	4	311,24	0	0
9	0	0	0	0
10	0	0	0	0
11	0	0	0	0
12	4	311,24	0	0
13	0	0	0	0
<b>Yhteensä</b>	<b>54</b>	<b>4201,74</b>	<b>3</b>	<b>233,43</b>

Kuvio 14. Käynnit päihde- ja depressiohoitajan vastaanotoilla ja niistä aiheutuneet kustannukset Kotikonstin jälkeen

Tulokset kootusti graafisena esityksenä ennen Kotikonstia, Kotikonstin aikana ja Kotikonstin jälkeen.

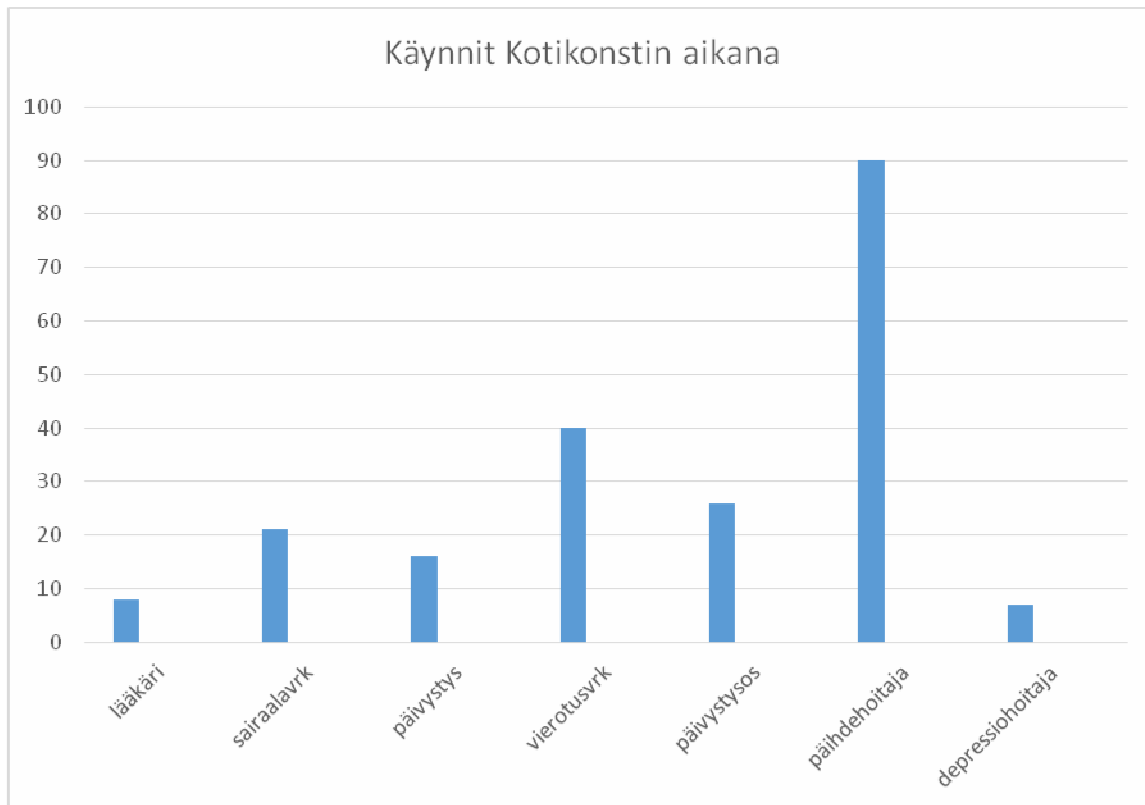


Kuvio 15. Käynnit ennen Kotikonstia





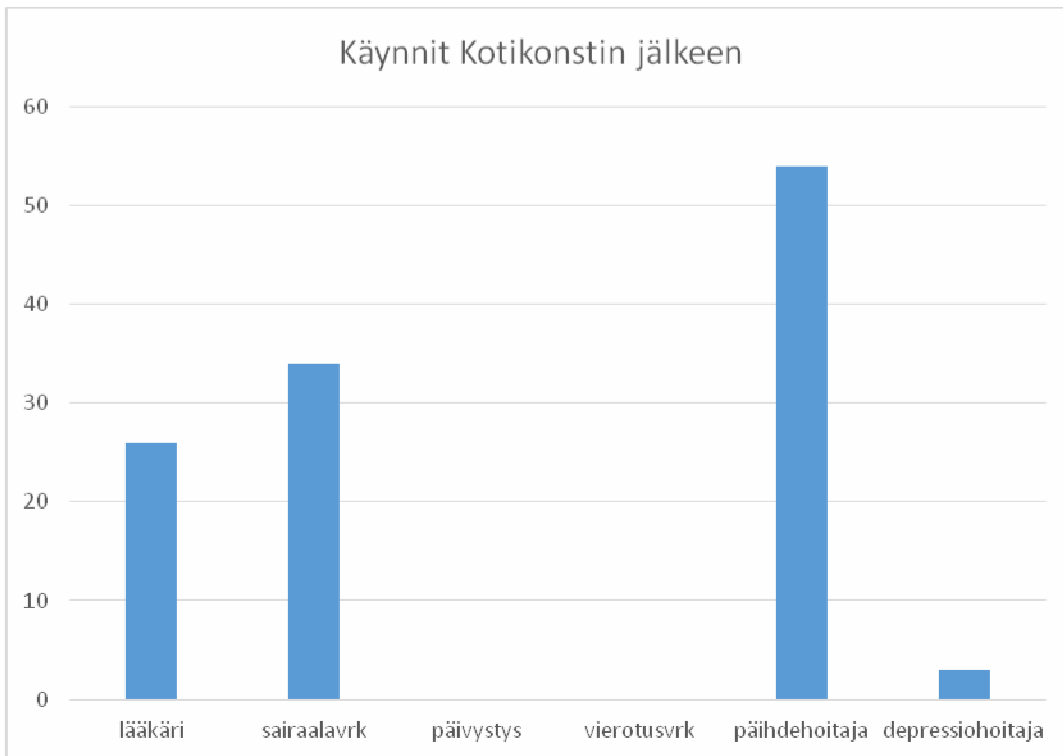
Kuvio 16. Kustannukset ennen Kotikonstia



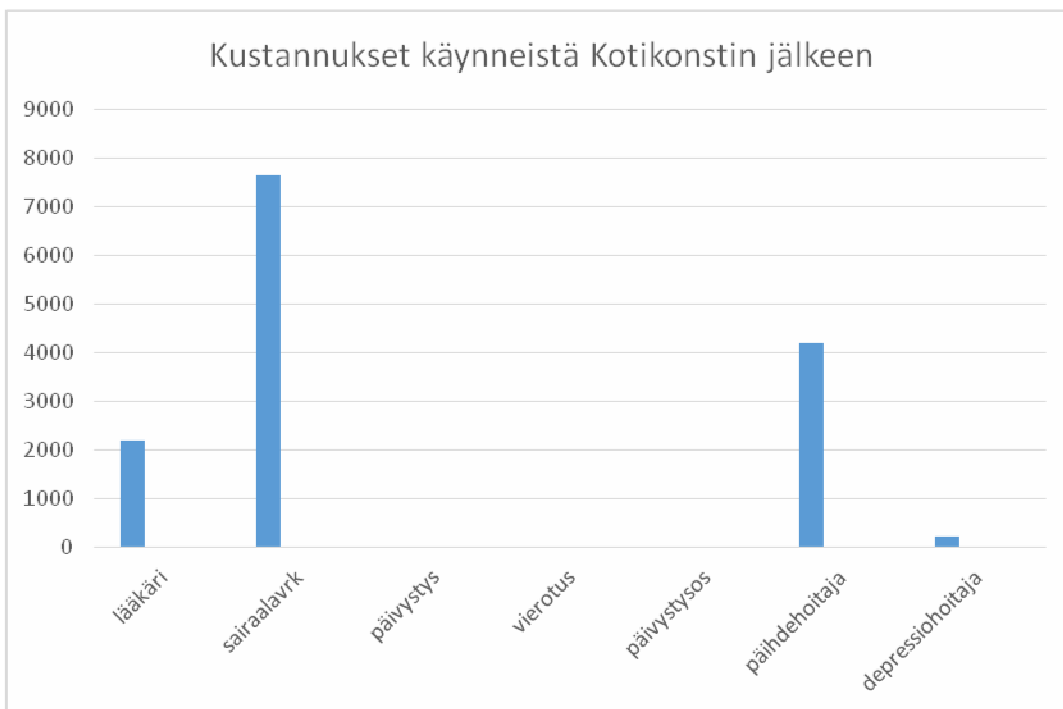
Kuvio 17. Käynnit Kotikonstin aikana



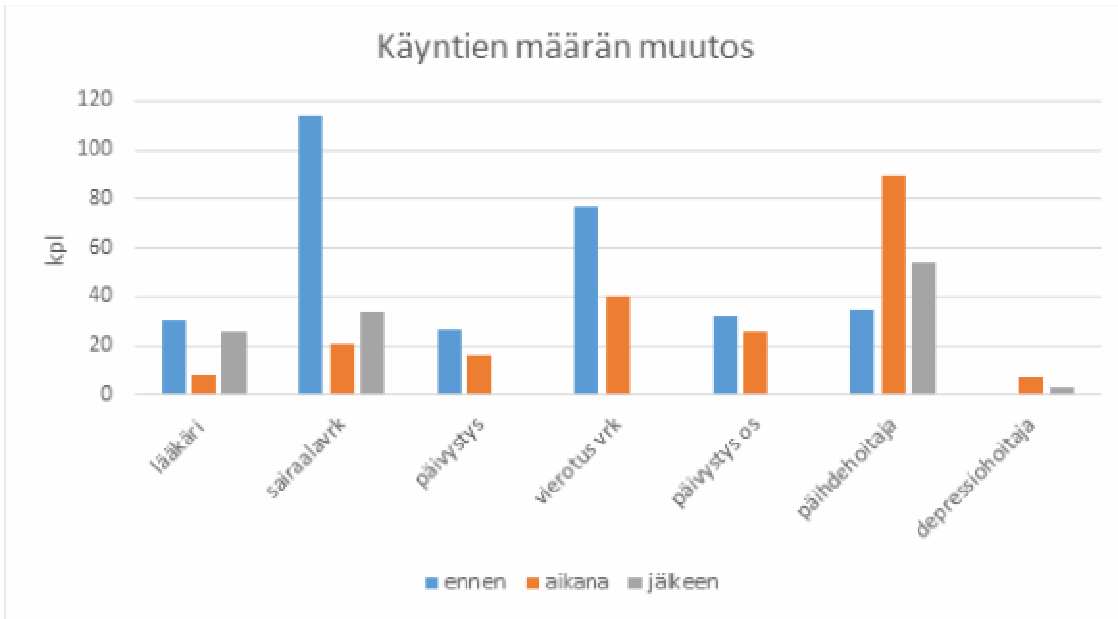
Kuvio 18. Kustannukset Kotikonstin aikana



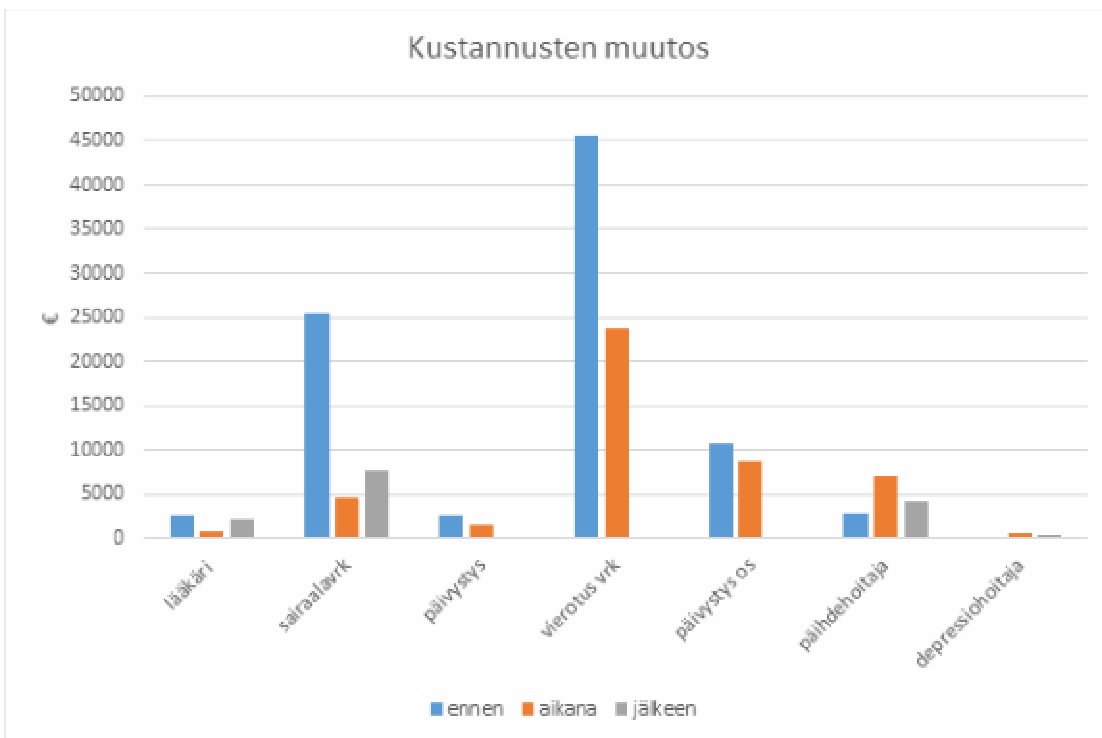
Kuvio 19. Käynnit Kotikonstin jälkeen



Kuvio 20. Kustannukset Kotikonstin jälkeen



Kuvio 21. Yhteenveto käyntimäärien muutoksesta



Kuvio 22. Yhteenveto kustannusten muutoksesta

<i>Lääkärikäynnit, kpl</i>	<i>Lääkärikäynneistä aiheutunut kustannus, €</i>	<i>Sairaalavuorokaudet (vrk)</i>	<i>Sairaalavuorokaudet, €</i>
-5	-420,7	-80	-17740
<i>Päivystyskäynnit, kpl</i>	<i>Päivystyskäynnit, €</i>		
-27	-2652,48		
<i>Erikoissairaanhoidon vierotus, vrk</i>	<i>Erikoissairaanhoidon vierotus €</i>	<i>Päivystysosasto, vrk</i>	<i>Päivystysosasto vrk €</i>
-77	-45607,1	-32	-10656
<i>Päihdehoitajan käynnit, kpl</i>	<i>Päihdehoitajan käynnit, €</i>	<i>Depressiohoitajan käynnit, kpl</i>	<i>Depressiohoitajan käynnit, €</i>
+19	+1478,39	+2	+155,62
<b>Yhteensä</b>			<b>-75447,27</b>

Kuvio 23. Palveluiden käyttömäärien ja kustannusten vertailu ennen-jälkeen Kotikonstin

Yllä olevaan taulukkoon on koottu tutkimukseen osallistuneiden Kotikonstin asiakkaiden (13 henkilöä) palveluiden käyttömäärissä ja kustannuksissa tapahtuneet muutokset (vertailu 6 kk ennen - 6 kk jälkeen Kotikonstin). Kuten nähdään, palveluiden käytöstä johtuneet kustannukset vähenivät noin 75 000 €, kun tarkasteluaika oli 6 kk. Mikäli kehitys jatkuu samanlaisena, on kustannussäästö vuositasolla noin 151 000 € (keskimäärin 11 600 €/henkilö).

Palkkakustannuksia tämän pilotin aikana ei syntynyt, koska pilotointia tehnyt työntekijä oli oppisopimuskoulutuksessa. Tämän pilotoinnin aikana työntekijä teki työtä 50 % Kotikonstissa. Laskennallisesti voidaan laskea, että palkkakustannukset Kotikonstissa olisi sairaanhoitajan palkan mukaan laskettuna sivukuluineen puolelta vuodelta noin 10 000 € (lomarajat mukaan luettuna), jos hän olisi tehnyt 50 % työaikaan virka-aikana. Palkkakustannukset huomioiden kustannussäästö oli noin 65 000 €, kun tarkasteluaika oli 6 kk. Mikäli kehitys jatkuu samanlaisena, on kustannussäästö vuositasolla noin 130 000 € (keskimäärin 10 000 €/henkilö).

Säästöt olisivat isommat, jos työtä tekisi kokoaikainen työntekijä, jolloin myös asiakkuuksia voisi olla enemmän. Kustannuksissa ei ole huomioitu matkakustannuksia, joita syntyy kotikäynti työssä.

Haastateltavat kertoivat elämästään Kotikonstin jälkeen asioita muun muassa nykyisestä tai tämänhetkisestä päihteiden käytöstään, terveydentilastaan, taloudellisesta tilanteestaan, mahdollisista harrastuksistaan tai millaista heidän sosiaalinen elämänsä nykyisin on. Haastateltavat kertoivat myös siitä, ovatko vielä niiden palveluiden piirissä, mihin heidät ohjattiin Kotikonstin aikana.

Kaikki 13 tutkittavaa tulivat ohjatuksi tarkoituksenmukaisempien ja samalla kevyempien palveluiden piiriin. Palveluilla tarkoitetaan tässä tapauksessa esimerkiksi päihde- tai depressiohoitajan säännöllisiä vastaanottokäyntejä, kotihoidon tuottamia palveluja tai psykiatrian poliklinikan tuottamia palveluja. Tutkittavista seitsemän oli haastatteluhetkellä edelleen palveluiden piirissä.

Kuten edellä kuviosta 4 ja 5 ilmenee, kaikkien tutkittavien kohdalla sairaalavuorokaudet perusterveydenhuollossa vähenivät Kotikonstin asiakuuden aikana. Kolmella tutkittavalla lääkärisäkäyntien määrä lisääntyi, mitä selittää esimerkiksi lääkärintodistuksen tarve tiettyä etuisuutta tai palveluita haettaessa. Pitemmällä aikavälillä tarkasteltuna (kuvio 6) tutkittavien sairaalavuorokaudet vähenivät yhtä lukuun ottamatta kaikilla. Tämän yhden kohdalla sairaalavuorokausien raju lisääntyminen ei johtunut päihteistä, vaan muusta sairaalahoitoa vaatineesta terveysongelmasta.

Päivystyskäynnit vähenivät kaikkien muiden kuin kahden tutkittavan osalta. Kahdella tutkittavalla käynnit lisääntyivät. Toisen käyntien lisääntyminen johtui edellisessä kappaleessa jo esiin tulleesta pitkää sairaalahoitoa vaatineesta terveysongelmasta. Toinen tutkittava kertoi, ettei terveyskeskuslääkärille saanut aikaa ja päivystykseen meneminen oli ainoa vaihtoehto. Tämä on nähtävissä myös tuloksista (kuviot 3 ja 4).

Päivystysosastolla sairaalavuorokaudet vähenivät kolmella tutkittavista, kahdella lisääntyi yhdellä vuorokaudella, yhdellä lisääntyi kohtalaisesti viidellä vuorokaudella ja tämän yhden kohdalla lisäys oli merkittävä, johtuen edellä jo mainitusta pitkää sairaalahoitoa

vaatineesta, mutta päihteistä johtumattomasta terveysongelmasta. Yksi jo aikaisemmin mainittu, joka ei ollut päässyt oman terveyskeskuksen lääkärin vastaanotolle ja meni päivystykseen, siirtyi tässä tapauksessa erikoissairaanhoidon päivystysosastolle vuorokaudeksi. Toisen kohdalla, jolla päivystysosaston vuorokaudet lisääntyivät kohtalaisesti, syynä oli pitkän raittiuden jälkeen päihteisiin sortuminen ja tästä aiheutuneet ja sairaalahoitoa vaatineet terveysongelmat. Kenelläkään tutkittavista ei ollut tilaston mukaan hoitajaksoja päivystysosastolla Kotikonstin jälkeen (kuviot 9, 10 ja 11).

Erikoissairaanhoidossa vieroitushoidossa asiakkaat olivat sekä ennen Kotikonstin asiakkuutta että Kotikonstin aikana. Usein Kotikonstin asiakkuus alkoi, kun asiakas oli varsinaisen vieroitushoidon saanut ja siirtyi sitten ikään kuin jatkohoitoon Kotikonstiin. Kotikonstin jälkeen ei tutkittavilla ollut tilaston mukaan hoitajaksoja (kuviot 9, 10 ja 11).

Päihdehoitajan vastaanotoilla käynnit lisääntyivät merkittävästi, mikä oli alun perin Kotikonstin toiminta-ajatuksen tarkoituskin. Pitemmällä aikavälillä, kuusi kuukautta Kotikonstin päättymisen jälkeen päihdehoitajan vastaanotolla käynnit tulosten mukaan laskivat, mutta edelleen olivat kuitenkin huomattavan korkeat verrattuna alkutilanteeseen. Depressiohoitajan vastaanotoilla käynnit lisääntyivät vasta pitemmällä aikavälillä, kuusi kuukautta Kotikonstin päättymisen jälkeen. Keskimäärin vain joka neljäs onnistui pääsemään depressiohoitajan vastaanotolle. Vaikka tutkittavat olisivat mielellään hakeutuneet depressiohoitajan vastaanotolle ja olivat mitä ilmeisemmin sen tarpeessa, vastaanotoille pääsi kuitenkin vasta sitten, kun päihteettömyyttä oli kestänyt kohtuullisen pitkä, ennalta sovittu aika. (Kuviot 12, 13 ja 14)

Tutkittavat kertoivat haastattelun yhteydessä tämän hetkisestä päihteidenkäytöstään. Neljä oli kertomansa mukaan edelleen täysin päihteettömiä. Kolme kertoi päihteiden käytön lisääntyneen huomattavasti Kotikonstin päätyttyä ja heidän kodin ulkopuolelle suuntautunut aktiviteettinsa ja sosiaalinen elämänsä oli vähentynyt. Muut kertoivat päihteiden käytön vähentyneen tai pysyneen samana. Yksi tutkittavista oli parhaillaan työkokeilussa ammatillisena kuntoutuksena ja hän toivoi pystyvänsä palaamaan työelämään takaisin opintojen päivittämisen tai uudelleen kouluttautumisen jälkeen.

Tutkimuksen tulosten ja haastattelujen perusteella Kotikonstista on ollut apua pitemmällä tähtäyksellä siten, että ohjautumalla tarkoituksenmukaisempien palveluiden piiriin, on pystytty vähentämään sairaalavuorokausien määrää sekä perusterveydenhuollossa että myös käyntejä päivystyksessä. Haastateltavat ilmoittivat myös saaneensa apua ja tukea elämänhallintaansa sekä tietoa palvelujärjestelmästä.

## 7. TUTKIMUSTULOSTEN HYÖDYNTÄMINEN

Uusi sosiaalihuoltolaki (1301/2014:§4,6,8,26,42,46) painottaa sitä, että erityistä tukea tarvitsevien palvelutarpeeseen tulee vastata. Aikuissosiaalityössä kehitetään uusia asiakaslähtöisiä työskentelytapoja, jotta palvelujen ulkopuolella olevia erityisen tuen tarpeessa olevia kuntalaisia saataisiin heidän tarpeitaan vastaavien palvelujen piiriin ja sitoutumaan niihin.

Asunnottomuuden ennaltaehkäisyn kuntastrategiat -varhainen välittäminen, osallisuus ja asumisen tuki (AKU) -hanke on osa hallituksen Asunnottomuuden ennaltaehkäisyn toimenpideohjelmaa 2016-2019 (AUNE). Kotikonstin vaikuttavuustutkimuksen tuloksia hyödynnetään AKU-hankkeen loppuarvioinnissa ja -raportoinnissa sekä valtakunnallisesti toimenpideohjelmatasolla.

Asunnottomuuden ennaltaehkäisyn toimenpideohjelman tavoitteena on luoda edellytyksiä valtakunnallisille ja paikallisille ennaltaehkäisevien toimenpiteiden suunnittelulle, kehittämiselle ja pilotoinnille. Jyväskylän Kotikonsti on yksi merkittävimmistä ja konkreettisista toimenpideohjelman kotiin vietävien palveluiden kehittämisen toimenpiteistä. Vaikuttavuustutkimuksen avulla saadaan merkittävää tietoa asunnottomuutta ennaltaehkäisevien kotiin vietävien palveluiden vaikuttavuudesta sekä yksilön hyvinvointiin, että julkisten palveluiden kustannussäästöihin painopisteen siirtyessä korjaavista toimenpiteistä ennaltaehkäiseviin palveluihin.

Kotikonstin vaikuttavuustutkimuksen tuloksia hyödynnetään valtakunnallisella tasolla seuraavan valtakunnallisen asunnottomuuden toimenpideohjelman suunnittelussa sekä Terveyden- ja hyvinvoinninlaitoksen THL:n sosiaalityön valtakunnallisen kehittämisohjelman suunnittelutyössä. Uuden sosiaalityön kehittämisohjelman painopisteitä ovat mm. sosiaalityön vaikuttavat työmenetelmät, vaikuttavuuden seuranta ja jalkautuvan matalan kynnyksen lähipalvelun kehittäminen. Kotikonstin vaikuttavuustutkimuksen merkittävyys on suuri aikuissosiaalityön ja ennaltaehkäisevän asunnottomuustyön kehittämisessä yhteiskunnallisella tasolla.



## 8. JOHTOPÄÄTÖKSIÄ

Kotikonsti oli tarkoitettu Jyväskylän kaupungin alueella asuville asiakkaille. Kohderyhmään kuului sellaisia päihteiden käyttäjiä, jotka eivät jostain syystä päässeet päihdehoitajan vastaanotoille. Syitä, miksi asiakkaat eivät päässeet päihdehoitajan vastaanotoille on esimerkiksi fyysinen kunto (esimerkiksi tapaturma tai sen jälkitila, huono liikuntakyky, pyörätuoliasiakas), sosiaalisten tilanteiden pelko, häpeän tunne. Myös asuinpaikka voi olla haasteellisen matkan päässä, asukas asuu syrjäseudulla, mistä julkiset liikenneyhteydet puuttuvat tai ovat huonot tai ei ole taloudellisesti mahdollista. Kotona saattaa olla lemmikkieläimiä. Julkisten tilojen pelko estää hakeutumasta vastaanotolle. Lisäksi asiakas voi pelätä kertoa ongelmistaan, koska ajattelee siten joutuvansa esimerkiksi sairaalaan osastohoitoon ja sitä myötä menettävänsä itsemääräämisoikeuden (esimerkiksi julkinen edunvalvoja) tai että joutuu ottamaan kotipalvelua, maksullisia lisäpalveluja (esimerkiksi ateriapalvelu).

Kotikonstin asiakkaita oli yhteensä 43. Asiakkaista miehiä oli 23 eli 54 % ja naisia 20 eli 46 %. Nuorin asiakkaista oli 18-vuotias ja vanhin 88-vuotias. Keski-ikänsä asiakkaat olivat 54,6-vuotiaita.

Työikäisten alle 65-vuotiaiden osuus oli koko asiakaskunnasta 33 kpl eli 77 %. Heistä 14 oli työkyvyttömyyseläkkeellä, kuusi oli määräaikaisella kuntoutustuella, 11 oli työttömänä työnhakijana ja kaksi opiskeli. Työelämässä ei ollut kukaan.

Kokemuksen mukaan jälkikuntoutuksen tarve on ollut suurempi kuin katkaisuhoidon. Tämä selittyy osin sillä, että osa asiakkaista on ohjautunut Kotikonstin palvelun piiriin sairaalajakson päätyttyä, jolloin katkaisuhoidon oli jo tehty. Terveystuella ohjautui 19 asiakasta, aikuissosiaalityöstä 15 asiakasta, nuorisovastaanotolta kaksi asiakasta, kotihoidon piiristä viisi asiakasta. Yksi asiakas ohjautui läheisen kautta, yksi asiakas otti yhteyttä itse.

Kotikonstilla oli pilottihankkeessa nimetty lääkäri. Lääkkeellistä katkaisuhoidoa varten ei lääkärin kontakteja kuitenkaan ollut. Ainoastaan yhden asiakkaan kohdalla toteutettiin lääkkeellinen katkaisuhoido. Tämä toteutui kuitenkin asiakkaan omalääkärin määräämin lääkkein ja kotihoidon käyntien avulla. Kotikonstin työntekijä teki osittaista, 50 % työaika ja pääsääntöisesti virka-aikaan. Kyseessä olevalla asiakkaalla oli valmiiksi säännölliset kotihoidon käynnit. Ilman kotihoidon käyntejä lääkkeellinen katkaisuhoido ei olisi onnistunut.

Kotihoidon henkilöstö toi esille lisäkoulutuksen tarpeen. Asunnottomuuden ennaltaehkäisyn kuntastrategia –hankkeen Jyväskylän projektipäällikkö koulutti pilotin aikana kotipalvelun henkilöstöä päihteistä, päihteiden käytön puheeksi- ottamisesta ja asiakkaan kohtaamisesta. Projektipäällikkö koulutti myös Jyväskylän koulutuskuntayhtymä Gradian lähihoitaja- ja mielenterveys- ja päihdetyön opiskelijoita sekä esitteli kotiin annettavaa päihdetyötä Keski-Suomen alueella.

Aikaisemmin mainittuun Jyväskylän ammattikorkeakoulun opiskelijoiden tekemään tutkimukseen oli alun perin tarkoitus ottaa mukaan paitsi asiakkaiden kokemuksia Kotikonstista, myös yhteistyötahojen kokemuksia. Opiskelijat kuitenkin joutuivat jättämään tämän alueen pois, koska opinnäytetyöstä olisi tullut liian laaja heidän resursseihinsa nähden. Jatkossa olisi mielenkiintoista kartoittaa myös tämä alue tutkimuksen valossa. Kotikonstin aikana muun muassa päihdehoitajien asiakkaiden määrän kasvaessa heidän vastaanottoaikansa välit venyivät pitkiksi ja asiakkaat kokivat, ettei vastaanotolle pääse tarpeeksi usein. Vastaanottojen väli saattoi olla kolmesta neljään viikkoon ja se tuntui asiakkaista liian pitkältä. Kotikonstista oli joidenkin asiakkaiden tapauksessa hyötyä siinä mielessä, että asiakkaiden tarpeisiin pystyttiin vastaamaan yhteistyössä päihdehoitajien kanssa.

## Lähteet

Asunnottomuuden ennaltaehkäisyn kuntastrategiat – varhainen välittäminen, osallisuus ja asumisen tuki –hanke. N.d. Jyväskylän kaupunki. <http://www.jyvaskyla.fi/strategia> ja hankkeet/hankkeet/perusturva/asunnottomuuden ennaltaehkäisy

Heikkinen, Kumpulainen ja Seppänen, 2018, Kotikonsti-toiminta, Asiakkaiden kokemuksia kotona tapahtuvasta päihdekuntoutuksesta. Jamk.fi, opinnäytetyö.

Hirsijärvi, S. & Hurme, H. 2009, Tutkimushaastattelu. Helsinki: Gaudeamus Yliopistopaino.

Ijäs, T. 2017. Kotikonstia ja kokemusasiantuntijuutta – avaimia asunnottomuuden ehkäisyyn. Jyväskylä-lehti 2/2017, 15.3.2017

Jyväskylän yliopisto, Avoimet, Humanistis-yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, Tutkimusprosessi, tutkimuksen toteuttaminen, 2019.

Kotikonsti-esite. N.d. Asunnottomuuden ennaltaehkäisyn kuntastrategiat – varhainen välittäminen, osallisuus ja asumisen tuki.

Nieminen, K. 2016. Katkaisuhuolto tuodaan yhä useammin kotiin. Keski-suomalainen 19.9.2016.

Saaranen-Kauppinen, Anita ja Puusniekka, Anna, 2006. Mitä laadullinen tutkimus on: lyhyt oppimäärä. KvaliMOTV-Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto.

Silius Kirsi, 2005. Sisällönanalyysi kirjallisuuskatsauksessa.

Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301

Tuomivaara Timo, 2005. Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tutkimus. Tieteellisen tutkimuksen perusteet. (pdf)

Vilkkä Hanna 2014, Tutki ja mittaa, Määrällisen tutkimuksen perusteet,  
Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki

## LIITTEET

Keski-Suomen sairaanhoitopiirin hintatietoja

Kotikonsti-esite

Suostumus

# HINNASTO

AS0103 POTRYHMÄ 3, 80,98 € 85,03 €

Avohoito

Päivystyskäynti, joka sisältää lääkärin tekemän kliinisen tutkimuksen ja hoito-ohjeet sekä päivystyspoliklinikan hoitohenkilökunnan tekemät laboratoriotutkimukset ja toimenpiteet klo 08-22 välisenä aikana kaikkina viikonpäivinä.

AS0105 POTRYHMÄ 5, 115,50 € 121,28 €

Avohoito

Yöpäivystyskäynti, joka sisältää lääkärin tekemän kliinisen tutkimuksen ja hoito-ohjeet sekä päivystyspoliklinikan hoitohenkilökunnan tekemät laboratoriotutkimukset ja toimenpiteet klo 22-08 välisenä aikana.

AS0021 POTRYHMÄ 21, 41,50 € 43,58 €

Avohoito

Päihde- ja depressiohoitajan ajanvaraukseton hoidon tarpeen arvio, palveluohjaus, avokatkaisuhoito ja lääkkeenjako, kesto alle 30 min.

AS0101 POTRYHMÄ 1, 57,09 € 59,94 €

Avohoito

Hoitajavastaanoton käynti klo 08-22 välisenä aikana kaikkina viikonpäivinä.

AS0003 POTRYHMÄ 3, 77,81 € 81,70 €

Avohoito

Depressio- tai päihdehoitajakäynti alle 90 min tai kaksi työntekijää alle 30 min.  
Kuntoutuksellinen tai hoidollinen esim. injektio tai seurantayksilökäynti, alle 30 min.  
Kutsuntatarkastus, alle 30 min. Videovälitteinen käynti eo. kuvailun mukaisesti.  
Psykiatrisen sairaanhoitajan käynti perustasolla

VS0001 POTRYHMÄ 1, 592,30 € 621,92 €

Vuodeosastohoito

Vuodeosastohoito yleissairaalapsykiatrian osastolla.

Päivystysosasto (DRG) 333 €

# KOTIKONSTI

- Kotikonsti on asiakkaan kotona tapahtuvaa tuettua päihdekierteen katkaisuhoidoa
- Tavoitteena on tukea ja motivoida asiakkaita päihteiden käytön muutoksessa, toimintakyvyn, arkielämänhallinnan ja hyvinvoinnin lisääntymisessä
- Mikäli asiakkaan vointi ei vaadi jatkuvaa lääketieteellistä hoitoa tai seurantaa, koti on hoidon toteuttamiselle paras mahdollinen paikka

## ENSIMMÄINEN KÄYNTI

- Asiakkaalle kerrotaan palvelusisällöstä ja kartoitetaan kokonaistilanne ja arvioidaan soveltuuko palvelu asiakkaalle
- Selvitetään päihteiden käytön historia ja nykytila, asiakkaan terveydentila, vieroitusoireet, sekä sosiaalinen tilanne

## TOINEN KÄYNTI (MOTIVOINTI KÄYNTI)

- AUDIT-kysely täytetään, joka ohjaa keskustelua asiakkaan kanssa
- Yli 65-vuotiaiden kanssa käytetään yli 65-vuotiaiden alkoholimittaria
- Lisäksi käytetään alkoholin suurkulutuksen riskit kortteja, joiden avulla asiakasta autetaan ymmärtämään oma terveydentilansa ja päihteiden haitat
- Aloitetaan juoma/päihteiden käytön päiväkirjan pitäminen

## KOKONAISTILANNE

- Ensimmäinen viikko sisältää asiakkaan motivointia päihteettömyyteen, luottamuksen rakentamista ja kokonaistilanteen kartoittamista, jonka perusteella laaditaan asiakasta osallistava hoito- ja kuntoutussuunnitelma

JYVÄSKYLÄ



Kestävää kasvua ja työtä -ohjelma

Vipuvoimaa  
EU:lta  
2014–2020



Euroopan unioni  
Euroopan sosiaalirahasto

## JÄLKIKUNTOUTUS

Tuki vähentämiseen ja päihteettömyyteen

- Vertaistuki, harrastukset ja tarpeen mukaiset avopalvelut ja avohoidon tukimuodot räätälöidään kullekin asiakkaalle yksilölliset tarpeet huomioiden
- Yhteistyö eri toimijoiden kanssa korostuu jälkikuntoutuksessa (esim. AA tai NA)
- Järjestetään asiakkaiden toiveiden mukaan mielekästä tekemistä – päihteiden käytön tilalle.
- Toimitaan saattaen vaihdetaan periaatteella

## INTERVALLI JA TUKIKÄYNNIT

- Tuetaan asiakasta ylläpitämään alkanutta elämäntapamuutosta
- Intervallihoitoa voidaan järjestää retkahdusten ehkäisemiseksi
- Tukikäynnit sopivat asiakkaille, jotka ovat kiinnittymässä muihin avopalveluihin

Lisätietoja

Marja-Liisa Ollikainen

Projektipäällikkö

Asunnottomuuden ennaltaehkäisyn kuntastrategiat –varhainen välittäminen ja osallisuus ja asumisen tuki

Hannikaisenkadun sosiaaliasema

Hannikaisenkatu 37

Puh. 014-2668667

marja-liisa.ollikainen@jkl.fi

JYVÄSKYLÄ



Kestävää kasvua ja työtä -ohjelma

Vipuvoimaa  
EU:lta  
2014–2020



Euroopan unioni  
Euroopan sosiaalirahasto



## SUOSTUMUS

Teemme asunnottomuuden ennalta ehkäisyn kuntastrategiat hankkeessa tutkimusta Kotikonstin vaikuttavuudesta, ja tarvitsemme Teidän suostumuksen, siitä että voimme käyttää teidän terveystietoja, ja niistä se oletteko olleet puoli vuotta ennen kotikonstia, ja puoli vuotta Kotikonstin jälkeen sairaalahoidossa (terveyskeskussairaalassa, erikoissairaanhoidossa tai Sovatekillä, sekä lääkärikäynnit (terveyskeskus tai päivystys).

Nimi:

Syntymäaika:

Allekirjoitus

JYVÄSKYLÄ 



Vipuvoimaa  
EU:lta  
2014–2020



