

Sonja Eerola

# KORVAUSHOITO KOTKASSA

## Opiaattiriippuvaisten korvaushoidon mallintaminen

Opinnäytetyö  
TEKT17SY

2019



**Kaakkois-Suomen  
ammattikorkeakoulu**

<b>Tekijä</b>	<b>Tutkinto</b>	<b>Aika</b>
Sonja Eerola	Sairaanhoitaja (YAMK)	Toukokuu 2019
<b>Opinnäytetyön nimi</b>		58 sivua 6 liitesivua
Korvaushoito Kotkassa. Opiattiriippuvaisten korvaushoidon mallintaminen		
<b>Toimeksiantaja</b>		
Kotkan päihdetyö		
<b>Ohjaaja</b>		
Anna-Kaarina Anttolainen		
<b>Tiivistelmä</b>		
<p>Tämä opinnäytetyö oli työelämälähtöinen kehittämistyö, jonka tavoitteena oli mallintaa Kotkassa toteutettavan opiaattiriippuvaisten korvaushoidon prosessit ja tuottaa yksikköön helpokäyttöinen manuaali. Kehittämistyön taustalla oli uuden yksikön tarve tarkastella sekä kehittää toimintaansa ja saattaa näkyväksi hyväksi havaittuja käytäntöjä. Tarkoituksena oli käytäntöjen kirjaamisen myötä edistää potilaiden saaman hoidon tasalaatuisuutta, helpottaa perehdytystä ja lisätä turvallisuutta sekä kaiken tämän myötä työntekijöiden työssäjaksamista.</p> <p>Kehittämistyö toteutettiin toimintatutkimuksena, jossa käytännön toteutus, reflektio ja suunnittelu vuorottelivat spiraalimaisena jatkuvana polkuna. Kotkan korvaushoitoyksikön työntekijät osallistuivat kehittämistyöhön kiinteästi sekä tiedon hankinnassa että sen muokkaamisessa ja reflektoinnissa. Mukaan kehittämiseen otettiin myös korvaushoidon potilaita. Työntekijöiden ja potilaiden kehittämistapaamisissa tulevaisuuden tavoitetilan löytämisen välineenä käytettiin tulevaisuudenmuistelua, joka oli omiaan lisäämään toimijoiden välistä dialogia ja suuntaamaan katsetta tulevaan antamatta nykytilan haasteiden liikaa vaikuttaa siihen.</p> <p>Tiedon hankintaa tehtiin paitsi työntekijöiltä ja potilailta, myös kuvailevin kirjallisuus katsauksin. Näin päästiin tarkastelemaan ja edelleen kehittämään yksikön käytäntöjä verraten tutkittuun tietoon ja kokemuksiin.</p> <p>Kehittämistyön tuloksena eroteltiin Kotkan korvaushoidossa omiksi prosesseikseen aloitusvaihe, kuntouttava korvaushoito, haittoja vähentävä korvaushoito ja korvaushoidon lopettaminen. Kaikkiin prosesseihin liittyvät toimintaohjeet ja käytännöt liitteineen koottiin helpokäyttöiseksi ja kattavaksi manuaaliksi. Toimintaohjeiden tarkastelun ja prosessien erottelun myötä toimintaa kehitettiin potilasturvallisempaan ja resursseja tehokkaammin hyödyntävään suuntaan.</p>		
<b>Asiasanat</b>		
opioidiriippuvuus, korvaushoito, lääkehoito, kuntoutus		

Author	Degree	Time
Sonja Eerola	Master of Health Care	May 2019
<b>Thesis title</b> Substitution Treatment in Kotka. Modelling of Substitution Treatment of Opioid Dependence		58 pages 6 pages of appendices
<b>Commissioned by</b> Kotka Substance Abuse Care Services		
<b>Supervisor</b> Anna-Kaarina Anttolainen		
<b>Abstract</b> <p>This thesis is a work-oriented design-based study, the aim of which was to create a model of the opioid substitution treatment processes in Kotka and, based on that, develop a user-friendly operation manual for the treatment unit. This design-based work was based on the need of the treatment unit to review and develop its own operations and to accentuate good practices. The purpose for documenting the operational practices of the unit was to promote the uniformity of treatment that the patients receive, make orientation to work easier, increase safety and, consequently, support employees in coping with the workload.</p> <p>This design-based study was conducted as a practice-based study, during which practical study, reflection and planning alternated as a continuous spiralling path. The employees of Kotka Substitution Treatment Unit participated actively in the study, both in gathering data as well as in processing and reflecting upon it. In addition, patients of the maintenance unit were involved in the development of treatment.</p> <p>During employee and patient meetings, the dialogue method of reminiscing about the future was used for defining the target state in the future. The method made it possible to increase dialogue between the participants and to look into the future, without current challenges having too much impact on it.</p> <p>In addition to discussing with employees and patients, information was gathered through a descriptive literature review. This made it possible to observe and further develop the treatment unit's practices while comparing them to previous findings and experiences.</p> <p>As a result of this design-based study, the substitution treatment process in Kotka was divided into four process phases: starting phase, rehabilitating substitution treatment, harm reducing substitution treatment and ending the substitution treatment. All operational instructions and practices, including all annexes, related to the four process phases were gathered into one easy-to-use, comprehensive manual. By reviewing the operational instructions and separating the process phases, the operations were made more patient safe and resource efficient.</p>		
<b>Keywords</b> opioid dependence, substitution treatment, pharmacological treatment, psychosocial treatment		

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	6
2	AINEISTONKERUU- JA KEHITTÄMISMENETELMÄT .....	7
2.1	Tutkiva kehittäminen.....	8
2.2	Aineistonkeruu ja analyysi.....	9
2.2.1	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus .....	10
2.2.2	Työryhmä ja potilasryhmä tiedonkeruun kohteena.....	11
2.2.3	Tulevaisuuden muistelu.....	12
3	NYKYTILA-ANALYYSI .....	13
3.1	Kotkan päihdepalvelut .....	14
3.2	Korvaushoitoyksikkö .....	16
4	OPIAATTIKORVAUSHOIDON TOTEUTTAMINEN KIRJALLISUUDEN VALOSSA ...	21
4.1	Korvaushoitoprosessi .....	22
4.2	Lääkehoito.....	25
4.3	Kuntoutus .....	30
4.4	Korvaushoidon vaikuttavuus ja tulevaisuus .....	34
5	KEHITTÄMISTYÖN TULOKSET .....	35
5.2	Kotkan korvaushoidon kehittäminen .....	39
5.3	Kotkan korvaushoidon manuaali.....	43
6	POHDINTA.....	44
6.1	Arviointi .....	47
6.2	Eettisyys.....	48
6.3	Jatkohankkeet .....	49
	LÄHTEET .....	51

## LIITTEET

Liite 2. Kirjallisuus katsauksen tutkimukset

Liite 3. Manuaalin sisällysluettelo

## 1 JOHDANTO

Tämä opinnäytetyö on työelämälähtöinen kehittämistyö, joka toteutettiin Kotkan opiaattiriippuvaisten korvaushoitoa toteuttavaan yksikköön. Kehittämistyön taustalla on kaupungin päihdetyön uudistus ja siitä syntynyt tarve kehittää ja hioa uuden yksikön käytäntöjä.

Euroopan viimeisimmän huumeraportin (EMCDDA 2018, 52) mukaan Euroopassa on arviolta 1,3 miljoonaa opiaattien väärinkäyttäjää. THL:n tilaston mukaan 77 % Suomessa 2016 huumeiden vuoksi hoitoon hakeutuneista nimesi suurimmaksi ongelmakseen opiaatit (Päihdehuollon huumeasiakkaat 2017). Korvaushoitoa, jossa väärinkäytetty opiaatti korvataan hoitopaikasta annostellulla lääkkeellä, on Suomessa annettu n. 20 vuotta (Aalto 2015; Selin ym. 2015).

Opiaattien käyttäjämäärä on ollut pitkään nousussa, korvaushoidon tavoittaessa edelleen vain murto-osan käyttäjistä. Euroopassa korvaushoidon kattavuus on arviolta 38 %, kun se Suomessa on 21 %. (EMCDDA 2018.) Suomen hoitokattavuus näyttäisi olevan myös muita pohjoismaita huonompi (Selin ym. 2015), vaikka korvaushoito potilaiden määrä on kasvanut vuodesta 2011 vuoteen 2015 36 % (Partanen ym. 2017). Vaikka 20 vuoden aikana opiaattikorvaushoito on laajentunut ja monimuotoistunut, ovat kuntien väliset erot hoidon laadussa, tavassa ja saatavuudessa suuria. Sote uudistuksen odotetaan parhaimmillaan tuovan hoitoon kaivattua tasavertaisuutta. (Partanen ym. 2017.)

Suomesta puhutaan hyvinvointivaltiona, ja terveydenhuoltosysteemimme on maailman huippuluokkaa. Viidenkymmenen vuoden aikana pala palalta rakennettu sosiaali- ja terveystalouden kokonaisuus on kokenut monia uudistuksia, muutoksia ja parannuksia. Projekteja, hankkeita ja palveluita on tullut ja mennyt. Viimeisin merkittävä valtakunnallinen kehittämissuunnitelma (Kaste) on pyrkinyt vaikuttamaan palveluiden laatuun ja vaikuttavuuteen, lisäämään hyvinvointia ja kaventamaan terveys eroja. (Stenvall & Virtanen 2012, 11 - 15.) Sosiaali- ja terveysministeriö on antanut oman suosituksensa ja ohjeensa terveydenhuollon toimintayksiköiden laadunhallinnasta ja potilasturvallisuudesta.

Terveysthuollon laatuopas (Koivuranta-Vaara 2011) sekä potilas- ja asiakasturvallisuus strategia (STM 2017) painottavat potilaan osallistamista omaan hoitoonsa ja sitä koskevaan päätöksentekoon. Tämän täyttymiseksi tulee potilaan saada riittävästi oikea-aikaista tietoa sairaudestaan ja käytössä olevista toimivista hoitomenetelmistä. Myös organisaatioiden prosessien ja toimintatapojen tulee olla vaikuttavia ja turvallisia. Edessä oleva sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutos (SOTE) haastaa omalta osaltaan kehittämään palveluita. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittäminen on yksi osa tulevaa uudistusta. (Alueuudistus.fi 2018.)

Työn pääasiallisena tavoitteena oli mallintaa Kotkassa toteutettavan korvaushoidon eri prosessit sekä tuottaa korvaushoitoa toteuttavaan yksikköön helpokäyttöinen ja kattava käsikirja eli manuaali. Manuaalin tulee olla selkeä, helpokäyttöinen ja muokattavissa sekä täydennettävissä vaivattomasti. Manuaali tulee sisältämään sekä yleistä tietoa, että Kotkan korvaushoitotiimin omat hoitokäytännöt, joita kehitetään manuaalin synnyttämisen ohessa. Kehittämistyön tarkoituksena oli mallinnuksen sekä manuaalin avulla selkeyttää ja yhtenäistää hoitokäytäntöjä, parantaa palveluiden laatua, parantaa potilasturvallisuutta, helpottaa perehdytystä sekä, kaiken edellä mainitun toteutuessa, vaikuttaa positiivisesti myös työntekijöiden työssäjaksamiseen.

Tässä opinnäytetyöraportissa on kuvattuna kehittämistyön aloitustilanne, tiedonkeruu sekä kehittämisen eteneminen ja sen tulokset. Opiiaattiriippuvaisten korvaushoidosta käytetään jatkossa yleisesti nimitystä korvaushoito.

## **2 AINEISTONKERUU- JA KEHITTÄMISMENETELMÄ**

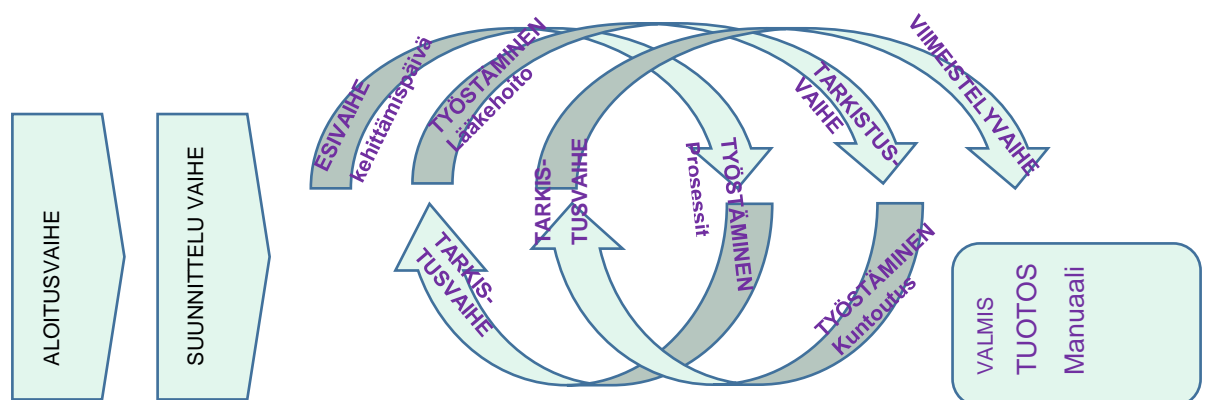
Stenvall ja Virtanen (2012, 25 - 24) nostavat tulevaisuuden sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisen keskiöön avoimen innovoinnin, asiakkaiden ja verkostojen osallisuuden sekä työntekijöiden ottamisen vahvasti mukaan kehittämiseen. Toikko ja Rantanen (2009,17) kuvaavat kehittämistä konkreettisena toimintana, jolla tähdätään johonkin selkeästi määritellyn tavoitteen saavuttamiseen. Kehittäminen voi olla toimintatavan tai rakenteen kehittämistä, rajattua tai laaja-alaista, hankeperustaista tai jatkuvaa, innovaatiota tai diffuusiota ja sen tavoite voi olla ulkoapäin saneltu tai toimijoiden vapaasti valittavissa (mts. 17 - 18).

Kotkan korvaushoidon kehittäminen oli yhteen yksikköön rajattua toimintatavan kehittämistä, jonka tavoite eli manuaalin tekeminen oli tilaajan määrittämä. Kuitenkin manuaalin tekemisen yhteydessä myös muokattiin tai tehtiin ehdotuksia toimintatapojen muuttamiseksi, joten kyse on myös innovoinnista ja toimijoiden vapaammasta tavoitteiden asettelusta. Kehittämistyö oli vahvasti osallistavaa. Kehittäminen toteutettiin tiiviissä yhteistyössä työelämän toimijoiden, eli yksikön työntekijöiden kanssa. Tutkimuksellisen elementin työhön toin ennen manuaalin synnyttämistä tehty kirjallisuuskatsaus, jolla kerättiin tutkimukseen perustuvaa tietoa manuaalia varten. Tutkimuksellinen ote oli mukana myös kehittämissä käytettävän kehittämismenetelmän myötä.

## 2.1 Tutkiva kehittäminen

Toimintaa, jonka tavoitteena on tutkimustulosten avulla luoda uusia entistä parempia palveluja, tuotantovälineitä tai -menetelmiä, kutsutaan kehittämistyöksi tai kehittämistoiminnaksi. Kehittyminen on sekä lopputulos, että siihen pääsemiseksi tapahtunut prosessi. (Heikkilä ym.2008,18-21; Tilastokeskus s.a.)

Hankkeiden ja kehittämisprojektien eteneminen on menetelmäkirjallisuudessa usein jaettu lähteestä riippuen 3-9 eri vaiheeseen. Vaiheiden nimet vaihtelevat, mutta sama rakenne suunnittelu-, työstö- ja tarkistusvaiheeseen on havaittavissa kaikissa malleissa. (Heikkilä 2008,57; Salonen 2013.)



KUVIO 1. Kehittämistyön kulku, mukailen Salonen 2012

Tämä kehittämissä ja manuaalin kasaaminen eteni Salosen (2012, 17) kuvaaman spiraalimaisen mallin mukaan (kuvio1). Prosessissa tehtävät, niiden organisointi ja toteutus vuorottelivat tiedonkeruun ja sen analysoinnin ollessa



jatkuvaa (Salonen 2013, 15). Manuaalia, kuten tiedonkeruutakin tehtiin alusta loppuun asti, mutta prosessista oli eroteltavissa kolme pääasiallista sisällöltään poikkeavaa vaihetta, jotka kulkivat sekä rinnakkain että seurasivat toisiinsa uusina spiraalin kehinä.

Salosen (2013, 17) mallista vähän poiketen, tässä kehittämistyössä aloitusvaihe ja suunnitteluvaihe sulautuivat osittain yhteen, sillä työn tavoitteet ja rajaukset suunnitettiin ja kirjattiin sopimuksen muotoon samalla kertaa. Tämän jälkeen päästiin melko pian itse kehittämiseen ja kentälle, missä samoin kaksi vaihetta, esivaihe ja työstövaihe sulautuivat yhteen, sillä Salosen (2013, 17) kuvaama suunnitelman läpi käyminen ja työstövaiheen aloittaminen tapahtui samassa kehittämispäivässä missä kehittämistyö käynnistettiin.

Työstövaihe, jossa tiedon kerääminen ja sen muokkaaminen jatkuvassa kanssakäymisessä muiden toimijoiden kanssa tapahtuu, kesti kokonaisuudessaan kymmenen kuukautta. Tarkemmin prosessi ja sen vaiheet on kuvattu luvussa 4, sekä taulukossa 1.

Tarkistusvaihe sisältyi jokaiseen vaiheeseen mutta korostui viimeistelyvaiheessa. Valmiin tuotoksen ”Kymsoten korvaushoito” tilaaja otti käyttöönsä helmikuussa 2019.

## **2.2 Aineiston keruu ja analysointi**

Toimintatutkimukselle on tyypillistä käytännön, reflektion ja suunnittelun vuorottelu, jota on ennalta vaikea tarkkaan suunnitella (Toikko & Rantanen 2009, 30, 51). Tämän kehittämistyön aineisto koottiin kahdella pääasiallisella tavalla. Kuvailtavalla kirjallisuuskatsauksella sekä keräämällä tietoa toimijoilta ja palvelun käyttäjiltä. Katsauksella luotiin kuva opiaattikorvaushoitoon liittyvästä problematiikasta, sen ratkaisusta, suosituksista ja näyttöön perustuvasta menetelmästä. Näin saatiin runko manuaalille, jota työstettiin toiminnallisessa osuudessa.

Kehittämisprosessin edetessä aineistonkeruu ja sen analysointi vaihtelivat prosessin vaiheen mukaan aina näkökulmasta riippuen, mikä on Toikon ja

Rantasen (2009, 119 - 121) mukaan tyypillistä kehittämistoiminnan kehittämistoiminnassa, missä tiedon tarkoituksena on ohjata prosessia ja aineistolta edellytetään nopeita vastauksia.

Kokemuksellisen tiedon ja korvaushoidon prosessin esiin nostaminen tapahtui toiminnallisesti tiimipalavereissa, kehittämispäivissä ja muissa erikseen sovitussa tilanteissa. Nykyhetkeä kuvaavan tiedon hankinnan välineinä käytettiin avointa haastattelua ja kehittämisinnovoinnin apuvälineenä tulevaisuuden muistelua.

### **2.2.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus**

Kehittämistyössä kehittäminen ja tiedonhaku vuorottelivat kuten kuvasti 1 käy ilmi. Tiedonhaku kirjallisuudesta tehtiin siis useaan otteeseen tietoa täydentäen. Näin ollen selkeää yksiselitteistä tiedonhaun rajausta oli etukäteen mahdotonta suunnitella. Suunnitelma oli hakea ensin tietoa karkeasti sanalla ”opioidikorvaushoito” ja laajentaa tarkempiin hakuihin sen mukaan, mitä uusia tiedon tarpeita ilmeni.

Tiedonhaun tietokannoiksi valittiin U.S. National Library of Medicineen vapaasti käytettävissä oleva tietokanta PubMed, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature CINAHL, kotimainen terveystieteiden tietokanta Medica sekä näyttöön perustuvaan tietoon pohjautuva tietokanta Cochrane, Lehtiön ja Johanssonin (2016,42 - 47) suosituksensa mukaisesti. Tietoa haettiin moneen eri otteeseen prosessin aikana ja hakusanoina käytettiin ”opioidi korvaushoito”, ”opioid maintenance treatment”, ”korvaushoito ja kuntoutus/psykososiaalinen kuntoutus”, ”opioid maintenance treatment and rehabilitation/ psychosocial rehabilitation/ psychosocial support”. Sisäänottokriteereiksi valittiin suomen tai englannin kieli, julkaisun saatavuus ilman kuluja ja julkaisu ei saanut olla yli 10 vuotta vanha.

Haku haluttiin kohdistaa siten, että asiasanoja ei esiintyisi vain osana tekstiä, vaan joko otsikossa tai abstraktissa. Sanoja eri tavoin yhdistelemällä löytyi 119 eri artikkelia, joista 49 otsikon perusteella sopivaa otettiin tarkasteluun lähemmin mutta vain 19 osoittautui oleelliseksi ja käyttökelpoiseksi. Hakulauseketta tarkennettiin ja paranneltiin ja yhdistelemällä kaikki hakusanat saatiin

Pub Medistä 165 artikkelin osuma ja Cochranesta sen sijaan yli 7000. Otsikoiden perusteella pääasiassa Pub Medistä onnistuttiin kuitenkin melko helposti löytämään juuri sellaisia tutkimuksia ja artikkeleita, joiden tietoa kehittämistyön kussakin vaiheessa kaivattiin. Käytetyistä tutkimuksista taulukko liitteenä 1.

### **2.2.2 Työryhmä ja potilasryhmä tiedonkeruun kohteena**

Tällaisessa kehittämistyössä työntekijät ovat paitsi kehittämistyön kohde, myös mahdollisuus. Terveysthuollon organisaatiossa henkilöstön vuosien työkokemuksella on yhtä suuri merkitys kuin tuotetulla uudella tiedolla. Voidaankin puhua kokemuksellisesta kehittämistoiminnasta, jossa käytännön toteuttajista tulee kehittämistyön aktiivisia toimijoita. Uuden tiedon valossa joukko eri ammattiryhmien edustajia muuttaa toimintaansa ja reflektoidessaan sekä toimiessaan vuorovaikutuksessa keskenään oppii uutta ja edelleen kehittää toimintaa. Parhaimmillaan tällainen moniammatillinen kokemuksellinen kehittämistoiminta mahdollistaa koko organisaation käsitysten ja sitä myöten toimintamallien muutoksen. (Heikkilä ym. 2008, 55.)

Työntekijät tietävät parhaiten, millaisia uudistuksia tarvitaan, joten heidän ottamisensa mukaan kehittämistyöhön oli avainasemassa. Tietoa kerättiin avoimen haastattelun menetelmällä ja tästä syntynyt työryhmän dialogi synnytti uutta tietoa. Stenvallin ja Virtasen (2012, 191, 229) mukaan tällainen tiedon kerääminen itsessään toimii näin ollen myös työkäytäntöjen kehittäjänä. Näin tapahtui myös tässä kehittämistyössä.

Viime vuosina palveluiden suunnittelussa on alettu yhä enemmän asettaa suunnittelun keskiöön palveluiden käyttäjää, potilasta eli asiakasta. Asiakkaan ja palvelujen käyttäjän rooli on muuttumassa objektista subjektiksi, osaksi toimintaa. (Stenvall & Virtanen 2012, 176 - 179.) Myös Kotka on linjannut päihdestrategiassaan asiakkaiden osallisuuden lisäämisestä palveluita suunniteltaessa (Mietippä 2012 - 2016, Eteläkymenlaakson mielenterveys- ja päihdestrategia).

Oppaassaan sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistamisesta Stenvall ja Virtanen (2012) puhuvat laajalti asiakaslähtöisestä kehittämisestä, jossa asiakas

nostetaan asiantuntija asemaan. Asiakkaiden mukaan suunnitteluun ottamisessa Stenvall & Virtanen (2012, 162) tekevät myös eron asiakkaan *kuulemiselle* ja *kuuntelemiselle*, kehottaen todella panemaan painoa sille, mitä asiakkaat sanovat.

Korvaushoitoyksikön asiakkaista koottiin kehitystyön edetessä kokemusasiantuntijaryhmä, joka otettiin mukaan suunnittelutyöhön. Asiakkaat kutsuttiin mukaan avoimella kutsulla, eli osallistuminen perustui täysin vapaaehtoisuuteen. Kutsuminen tapahtui ilmoittamalla asiasta odotusaulan seinällä ja vastaanottohuoneissa. Ilmoitukset sisälsivät tietoa opinnäytetyöstä ja potilaskehitysryhmän roolista siinä, sekä anonymiteetin suojasta. Alun perin tarkoitus oli valita 5-6 henkilöä, mutta lopulta mukaan otettiin kaikki 11 ilmoittautunutta. Näin turvattiin osallistujia jäävän riittävästi, mikäli poissaoloja ilmenisi.

Ryhmä kokoontui kolmena iltapäivänä aina kaksi tuntia kerrallaan, joka kerta hieman eri kokoonpanolla. Jokaisella tapaamisella oli oma suunniteltu sisältönsä, vaikkakin niitä jouduttiin osin muokkaamaan ryhmän käynnissä ollessa. Jokaisesta ryhmätapaamisesta kirjattiin laajalti esiin tulleita asioita, mutta niistä koottiin myös virallisemmän näköiset muistiot, joita käytettiin kehittämisestä viestinnässä sekä organisaation että muiden potilaiden suuntaan.

### **2.2.3 Tulevaisuuden muistelu**

Kun eri osapuolet halutaan saada kuuntelemaan ja ymmärtämään toisiaan sekä analysoimaan kriittisesti omia lähtökohtiaan ja myös muuttamaan niitä, voidaan valita kehittämistoimintaan dialoginen lähestymistapa (Toikko & Rantanen 2009, 99). Dialogisista menetelmistä tähän työhön valittiin juuri ennakoitdialogimenetelmä, tulevaisuuden muistelu. Ennakointidialogimenetelmät soveltuvat tilanteeseen, jossa halutaan rakentaa toivoa ja toimintamahdollisuuksia sekä tuottaa mahdollisimman moniääninen, voimavarakeskeinen ja tasavertainen vuoropuhelu. (Erikson ym. 2006,7.)

Stakes on tutkinut palavereissa ennakoitdialogin käytön välittömiä sekä pitkän ajan hyötyjä. Palautteiden mukaan menetelmä on koettu hyvänä juuri avaamaan uusia näkemyksiä, nostamaan esiin mielipiteitä ja lisäämään tasa-vertaisuutta, kuulluksi tulemistä ja ymmärrystä. (Eriksson ym. 2006, 18 - 19.)

Tulevaisuuden ihannekuvan visioiminen kehittämisen tavoitteiden pohjaksi lisää innostusta negatiivisen tilanteen määrittelyn eli ongelmien katsomisen sijaan (Toikko & Rantanen 2009, 57). Tulevaisuuden muistelu -menetelmä oli tähän kehittämistyöhön soveltuva väline myös, koska se ei vaadi rahallisia investointeja, sen voi toteuttaa lähes missä tahansa ympäristössä, se on helpposti muokattavissa ja suhteellisen yksinkertainen toteuttaa kokemattomallekin haastattelijalle.

Tulevaisuuden muistelu -menetelmässä nimensä mukaisesti matkataan ajatuksissa tulevaisuuteen ja muistellaan sieltä käsin nykyisyyden ja tulevaisuuden välistä aikaa. Ajatuksia herätellään yleensä kolmen tyyppisillä kysymyksillä: tavoitetilaa tavoittelevilla, keinoja tavoittelevilla ja nykytilaan liittyviä pelkoja avaavilla. (Arnkil & Seikula 2005, 69 - 74).

Tässä kehittämistyössä tulevaisuuden muistelu -menetelmää käytettiin mukailen kolmella eri tapaa. Ensimmäisellä tapaamisella yksikön kehittämispäivässä, kun haluttiin nostaa esiin tavoitetilaa mutta samalla löytää muitakin näkökulmia kuin työntekijöiden, yhdistettiin eräänlainen roolileikki tulevaisuuden muistelun kysymyksiin. Liitteen 2 mukaiset roolit jaettiin kaikille läsnäoleville ja heidän pyydettiin kuvittelemaan, että aikaa on kulunut viisi vuotta ja asiat ovat kaikkein mahdollisimman parhaalla tolalla opiaattikorvaushoidon suhteen kuin ne vain tämän roolin mukaisen henkilön mielestä voivat olla, ja kysyttiin miten asiat ovat ja mikä on muuttunut? Jatkotyöskentelyssä työntekijöiden tiimeissä käytettiin keinoja tavoitteeseen pääsemiseksi herätteleviä kysymyksiä, kuten mikä mahdollisti muutoksen, mitä teit, mistä ja keneltä sait tukea. Potilasryhmän työskentelyssä käytettiin molempia edellä mainittuja ilman erillistä rooli työskentelyä. Kaikissa kehittämistapaamisissa jokainen sai vastata kysymyksiin, ja kaikki vastaukset kirjattiin ylös. Lopuksi keskustelun pääpiirteet koottiin ylös ja sovittiin kehittämistoimenpiteistä Eriksonin ym. (2006, 16 - 18) ohjeen mukaisesti.

### **3 NYKYTILA-ANALYYSI**

Kotka on reilulla 50 000 asukkaallaan maakuntansa Kymenlaakson toiseksi suurin kaupunki (Kotka 2018b). Kaupungin työttömyyslukemat ovat tilastollisesti olleet maan keskiarvoa korkeammalla jo useita vuosia (Sotkanet 2018a).

Myös muuta huono-osaisuutta on kasaantunut alueelle valtakunnan keskiarvoa enemmän. Esimerkiksi huumausainerikoksia oli Sotkanetin (2018b) tilaston mukaan Kotkassa 1990 - 2016 enemmän kuin muualla maassa keskimäärin.

### **3.1 Kotkan päihdepalvelut**

Päihdeongelmilla, kuten niiden hoitamisellakin, on kaupungeissa pitkät perinteet. Päihdehuollon palveluita kuntalaisille on tuotettu sekä kaupunkien omana toimintana että ostopalveluna. Pääasialliset palveluntuottajat ovat olleet Sini-nauhasäätiö, A-klinikkasäätiö ja Kakspy ry (2018 alusta Kakspy Oy ja A-klinikka Oy). Vuosituhannen vaihteessa Kotkan päihdehoitoa kehitettiin aktiivisesti vastaamaan potilaiden tarpeita. Vallalla oli ajatus, että kaikkein haastavimmillekin potilasryhmille tuli olla palveluita tarjolla. Niinpä Kotka oli ensimmäisten kaupunkien joukossa hoitamassa myös korvaushoitoa tarvitsevia potilaita. (Hietala 2018.)

Ensimmäiset korvaushoidot Kotkassa aloitettiin 1990-luvun lopulla Järvenpään sosiaalisairaalassa, josta jatkohoitoon potilaat siirtyivät silloiseen Kymen A-klinikkatoimeen. Sittemmin korvaushoito Kotkassa on kehittynyt pitkälti lainmuutoksia mukaillen. Vuodesta 2003 alkaen A-klinikka alkoi tehdä korvaushoidon tarpeen arvioita, ja hoitojen aloituksia tehtiin sosiaalisairaalan ohella paikallisessa psykiatrisessa sairaalassa. Hoito oli tuolloin edelleen hyvin pienen ryhmän satavilla ja potilaiden määrä Kotkassakin pieni. (Hietala 2018.)

Kotkassa käynnistyi vuonna 2004 yhteistyöprojekti Helsingin yliopiston ja Kansanterveyslaitoksen kanssa. Ns. Kotka-projektissa verrattiin matalan kynnyksen mallilla hoitoon päässeitä ja Helsingissä Vinkissä asioivien asiakkaiden tilannetta viiden vuoden ajan. Tuolloin hoitoon otettiin kerralla useita kymmeniä opiaattiriippuvaisia potilaita. (Aalto ym. 2011.) Projektin myötä tehtiin Kotkassa ensimmäiset hoidon avoaloitukset (Hietala 2018).

Vuonna 2008 voimaan astunut asetus toi hoidon yhä useampien sitä tarvitsevien saataville. Kotkassa luotiin selkeämpi arviointi ja hoitojonoon asettamiskäytäntö. Hoidon aloitukset ja hoidot toteutettiin A-klinikan toimesta, kaupungin edustajien ollessa tiiviisti mukana hoidon tarpeen arvioinnissa. Sittemmin

korvaushoitopotilaiden määrä on kasvanut tasaisesti. Tällä hetkellä Kotkan korvaushoitopotilaiden määrä suhteessa asukaslukuun on huomattavasti korkeampi kuin muissa kaupungeissa. Tämän voidaan ajatella heijastavan kaupungin vaikeaa ongelmaa tai kertovan hyvästä hoitokattavuudesta.

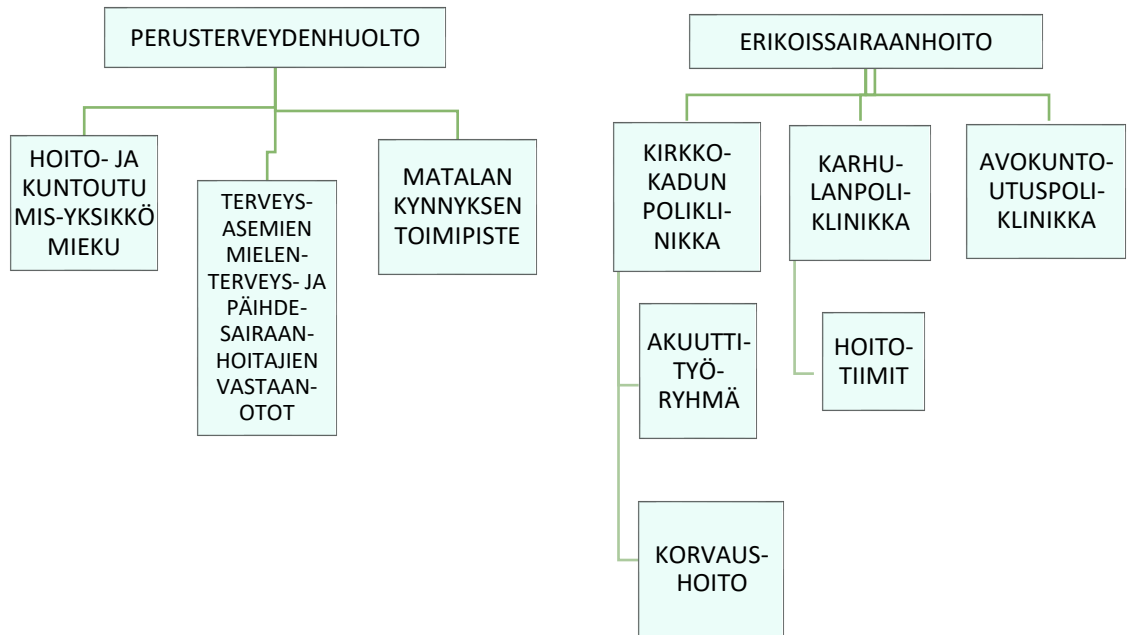
Vuonna 2015 Kotkan kaupunki uudisti päihdehoitoaan strategiansa mukaiseksi ja otti omiksi palveluikseen aiemmin ostopalveluina yksityisiltä palveluntuottajilta ostetut päihdepalvelut. Yhdistämällä saman katon alle päihde- ja mielenterveyspalvelut, toteutui kaupungin päihde- ja mielenterveysstrategian tavoitteisiin kirjattu ”yhden luukun periaate”, jolla tavoitellaan mahdollisimman matalan kynnyksen sekä selkeiden palveluketjujen aikaansaamista. (Mietippä 2012 - 2016, Eteläkymenlaakson mielenterveys- ja päihdestrategia.)

Kotkan mielenterveys- ja päihdepalveluita tarjotaan kuntalaisille nyt perusterveydenhuollon palveluiden yhteydessä sekä kaupungin itse tuottamina erikoissairaanhoidotasoisina palveluina. Terveysasemilla on tarjolla päihdepsykiatrisen sairaanhoitajien vastaanotto toimintaa ja matalan kynnyksen vastaanotto, jonne ei tarvita lähetettä eikä ajanvarausta. Terveysasemilla toteutettiin aluksi myös korvaushoitotarpeen arviot, jotka kevään 2018 aikana siirtyvät korvaushoitotiimin vastuulle.

Hoito- ja kuntoutumisyksikkö Mieku tarjoaa ympärivuorokautista sairaalahoittoa, korvaavaa ja täydentävää monimuotoista hoitoa sekä kuntoutusta. Sen yhteydessä toimiva avokuntoutuspoliklinikka vastaa kotiin vietävästä mielenterveys- ja päihdehoidosta sekä erilaisista ryhmäkuntoutuksista. Mieku huolehtii myös korvaushoito potilaiden viikonlopun lääkkeenhausta. (Kotka 2018a.)

Erikoissairaanhoidon avopalveluita tarjoaa 2015 perustettu Miepä-keskus (kuva 1). Miepä-keskuksen psykiatrit, terapeutit, psykologit ja sairaanhoitajat toimivat neljänä erillisenä työtiiminä, joista akuuttityöryhmä on ilman ajanvarausta toimivaa nimensä mukaista akuuttihoitoa. Kaksi hoitotiimiä hoitaa lähetteellä saapuvia pidempiaikaisen päihde- tai mielenterveys hoidon tarpeessa olevia potilaita. Neljäs tiimi on erikoistunut korvaushoitopotilaiden hoitamiseen. (Kotka 2018a.) Päihdepotilaiden katkaisuhoido ja muut laituskuntoutuspalvelut

kaupunki ostaa yksityisiltä palvelun tuottajilta, kuten A-klinikalta sekä Kakspyltää.



KUVA 2. Miepän palvelut

### 3.2 Korvaushoitoyksikkö

Kotkan kaupungin korvaushoitoyksikkö on aloittanut toimintansa 2015 loppuvuodesta kolmen sairaanhoitajan ja päihdelääkärin voimin. Tuolloin A-klinikalla korvaushoidossa olevat potilaat alkoivat asteittain siirtyä uuden hoitotiimin asiakkuuteen. Lisäksi muutamia uusia hoitoja aloitettiin. Yksikkö on jo ehtinyt kokea paljon muutoksia. Työntekijämäärä huomattiin jo heti alkuun reilusti alimitoitetuksi ja melko pian tiimiin lisättiin neljäs sairaanhoitaja. Keväästä 2018 tiimiin on osoitettu kuusi sairaanhoitajan työsuhdetta. Päihdelääkäri on alun jälkeen vaihtunut kahdesti. Tällä hetkellä yksikön käytössä on päihdelääkäri kolmena päivänä viikossa. Myös työtiloja on jouduttu aloituksen jälkeen vaihtamaan, eivätkä nykyisetkään tilat ole täysin toiminnan kannalta täysin toimiva.

Näiden muutosten keskellä työtiimi on onnistunut kuitenkin vakiinnuttamaan toimintaansa ja yhä kasvava korvaushoitolaisten määrä on saatu hoidetuksi lain ja asetuksen vaatiman tason mukaan.



### Korvaushoidon prosessit lähtötilanteessa

Ennen kehittämistyön aloittamista, Kotkan korvaushoitoyksikössä oli eriteltynä erillisiksi prosesseiksi ainoastaan korvaushoidon tarpeen arviointi sekä korvaushoito apteekkijakeluna. Näistä oli olemassa omat ohjeensa ja prosessikulkunsa kuvattuina. Arviot tehtiin 2018 kevääseen asti terveysasemien psykiatrisilla sairaanhoitajilla eli ”Tapsy” -hoitajilla, mutta tämän opinnäytetyön aikana korvaushoitajien arviointi siirrettiin osaksi korvaushoitoyksiköiden tekemää työtä. Siirrolla tavoiteltiin tiedonkulun parantamista ja arvioiden tasalaatuisuutta.

Lopullisen hoitojonoon asettamisen on Kotkassa tehnyt kaupungin päihdelääkäri, joka samalla linjaa käytettävän korvaushoitolääkkeen ja aloituksen joko laitos- tai avohoitoon. Lääkkeen valintaan sekä aloituspaikan valikoitumiseen vaikuttavat potilaan fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen tilanne sekä hänen oheiskäyttönsä. Tärkeintä on potilaan turvallisuus. Useamman vuoden ajan Kotkan kaikki korvaushoidot on aloitettu laitoshoidossa pääasiassa potilaiden hallitsemattoman oheiskäytön vuoksi.

Hoidon laitosaloitus ostetaan tällä hetkellä muilta palveluiden tuottajilta, pääasiassa A-klinikka Oy:ltä. Aloitus kestää muutamista viikoista kuukauteen, jonka jälkeen potilas joko jatkaa kuntouttavassa laitoshoidossa tai siirtyy avohoitoon Kirkkokadun poliklinikalle eli korvaushoitoyksikköön. Korvaushoidon alettua potilas aloittaa päivittäiset käynnit yksikössä hänelle varattuun kellonaikaan. Viikonloppuisin lääkkeet noudetaan kuntoutumisyksikkö Miekusta. Potilaan kanssa käydään ensimmäisinä päivinä läpi korvaushoidon säännöt ja käytännöt. Hän allekirjoittaa hoitosopimuksen ja apteekkisopimuksen valitsemansa apteekkiin. Tämän jälkeen lääkehakukäynnit jatkuvat päivittäisinä vähintään kahden kuukauden ajan.

Ensimmäinen hoitosuunnitelma tehdään potilaalle heti ensimmäisen kuukauden aikana. Yksikössä on käytössä omahoitajamalli, mutta omahoitajan aikoja on tarjolla vähän. Omahoitaja on mukana hoitosuunnitelmatapaamisessa puolivuositain ja tarvittaessa tapaa potilasta sovittuina aikoina lääkkeenottoaikojen ulkopuolella tai pyrkii ottamaan vastaan potilaan lääkkeenhauissa. Käytännössä kaikki kuusi hoitajaa tapaavat kaikkia potilaita yhtä paljon ja hoitavat potilaiden asioita yhteisvastuullisesti.

Hoidon lopettamisesta ei ollut olemassa erillistä ohjetta, vaan suunnitelmat tehtiin yksilöllisesti. Kuntoutuneita ja hoidon sovitusti alas ajavia potilaita on muutamia ja heidän kohdallaan suunnitelmat sekä käytännöt olivat hyvin suunniteltuja ja potilasta tukevia. Vasten potilaan tahtoa hoidon päättämisiä tapahtui harvoin, viimeisen parin vuoden aikana ei kertaakaan. Kuitenkin potilaiden huonovointisuus näkyi usein aggressiivisena ja uhkaavana käytöksenä. Vaikka aggressiivisesta ja uhkaavasta käytöksestä oli yksikössä sääntönsä ja varoituskäytäntönsä, mallia siitä, miten tällaisen potilaan hoidon jatkuminen tai päättäminen linjataan tai hoidetaan, ei ole.

#### Lääkehoito lähtötilanteessa

Lääkehaut tapahtuvat klo 8.15-11 ja 12-14 välisinä aikoina. Buprenorfiinia lääkkeenään käyttävät potilaat noutavat lääkkeensä etukäteen sovituilla paritai yksilöajoilla. Metadonia lääkkeenään saavat potilaat noutavat lääkkeensä ”metadonluukulta” ja saavat pyytäessään yksilöajan hoitajilta.

Kotilääkepäivien saaminen on mahdollista, jos käynnit yksikköön ovat toteutuneet sovitusti kahden kuukauden ajan ja seuloissa sekä voinnissa ei ole ollut mitään hälyttävää. Tämän jälkeen kuukauden välein on mahdollista saada uusi kotilääkepäivä, mikäli tasainen vaihe jatkuu. Kotilääkepäivien enimmäismäärä on yleensä viisi, eli yksikössä käydään kahdesti viikossa. Työssä tai koulussa käyvät potilaat saavat lääkärin luvalla asioida vain kerran viikossa. Lääkärin luvalla on mahdollista saada myös pidempiä jakoja esimerkiksi lomamatkaa varten. Potilaan vointi ja oheiskäyttötilanne huomioidaan aina lääkkeen jaon poikkeuksia pyydettyäessä. Kaikki poikkeamat hoidossa käsitellään lääkäritiimissä tai hoitajien tiimissä. Tietoa vaihdetaan myös joka aamuisella lyhyellä työnjakoraportilla ja keskellä päivää olevalla potilasraportilla.

Potilaiden oheiskäytön kontrollointi ja siihen puuttuminen on ollut runsaan potilasmäärän ja rajallisen henkilöstöresurssin vuoksi vähäisempää kuin mihin henkilöstö koki olevan tarvetta. Hoidossa oli jouduttu tekemään resurssien kohdentamista erityisen haitalliseen oheiskäyttöön, minkä seurauksena esimerkiksi kannabiksen käyttöön ei ole kyetty puuttumaan juuri ollenkaan. Näiden seurauksena potilaat asettuivat osittain epätasa-arvoiseen asemaan ja henkilöstöllä oli vaikeuksia perustella joitakin käytäntöjä potilaille.

### Kuntoutus lähtötilanteessa

Asetuksen (STM 33/2008) määräämä psykososiaalinen kuntoutus on tällä hetkellä hyvin minimaalista. Hoitajakontakti jakautui epätasaisesti lääkemuodon mukaan, metadon-potilaiden saadessa pääasiassa vain minuutteja palvelu-aikaa buprenorfiinipotilaiden puolen tunnin aikaa vastaan. Kaikki hoitajat antavat kriisiluonteisesti keskustelu apua sitä tarvitseville. Terapia-aikoja tarvitsevia on voitu tähän asti ohjata Miepän hoitotiimeihin, mutta hoitokontaktiin pääsyyn on syntynyt jonoa, joten potilaat pyritään hoitamaan yksikössä. Ryhmiin Miepän ryhmähoitoon ohjaaminen on ollut vähäistä potilaiden ryhmiin sitoutumisongelmien vuoksi. Sosiaalityöntekijöille saa suhteellisen helposti aikoja, ja heillä on mahdollisuus auttaa talouteen ja kuntoutumiseen liittyvissä palveluajauksessa ja asioiden järjestelyssä.

Potilaiden psyykkisiä ja kognitiivisia ongelmia on viimeisen vuoden aikana alettu systemaattisemmin tutkia, diagnosoida ja hoitaa sekä ilman lääketieteellistä perustetta aloitettuja lääkityksiä hiljalleen purkaa. Tuloksia ei vielä ole kunnolla näkyvissä. Ennemminkin potilaat tässä kohtaa reagoivat voimakkaasti muutoksiin ja lääkemuutoksiin, mikä voi jopa lisätä levottomuutta ja huonovointisuutta. Somaattisten sairauksien hoito ja potilaiden kroonisten kiputilojen hoidossa yhteistyö perusterveydenhuollon tai erikoissairaanhoidon poliklinikoiden kanssa on erittäin vähäistä. Poikkeuksena on raskaana olevien potilaiden ja lastensuojelun asiakkaiden kanssa toimivien kanssa tehtävä yhteistyö, joka oli selkeämmin toimivaa ja jonka eteen tehtiin kaiken aikaa parannuksia.

Yksikössä on käytössä Roidu-palautteenkeruujärjestelmä, josta koostetaan kuukausittain asiakaspalautteet. Yksikkö teetti myös 2017 syksyllä AMK-opin näytetyönä asiakaspalautekysely. Asiakaspalaute oli kannustavaa, mutta kehitettävääkin löytyi. Erilaista ryhmätoimintaa, tukea ja terapiaa sekä enemmän keskusteluaikaa kaivataan tulosten perusteella (Siitonen & Ylä-Kujala 2018).

### Koetut haasteet

Potilaat suhtautuivat hoitopaikan muutokseen pääasiassa negatiivisesti ja reagoivat muutokseen päihdeongelmallisille tyypillisillä tavoilla. Edelleenkin yksi-

kössä on ajoittain vallalla hyvinkin negatiivinen puhe liittyen nykyisiin hoitokäytäntöihin, hoitajiin ja lääkäriin sekä menneiden aikojen muisteleminen ylikorostuneen hyvinä aikoina. Tutun henkilökunnan ja hoitavan lääkärin vaihtuminen muutamaan otteeseen lyhyen ajan sisällä on myös vaikeuttanut hoitoon sitoutumista ja lisännyt negatiivista puhetta yksikössä. Lääkärien erilaiset lääkelinjaukset ja tapa tehdä töitä sekä hoitajien niukka aika potilaille ovat saaneet vallalle kokemuksen siitä, ettei ketään enää kiinnosta, vaikka asia ei näin olekaan. Tehdyt mielipidekyselyt peräänkuuluttavat kuntoutusta, aikaa ja asiallista kohtelua.

Suuri potilasmäärä aiheuttaa aina tilanteen, että potilaita on paljon hyvinkin erilaisissa hoidon vaiheissa. Vaikka hyvin kuntoutuneita potilaita sisältyy määrään useita, on myös huonokuntoisia potilaita joukossa sitä enemmän mitä useampia potilaita on. Erittäin tiukoille laadittu aikataulu ja potilaiden huono vointi on huono yhdistelmä ja odotustilassa on usein levotonta. Tämä aiheuttaa väkivallan uhkaa ja erityisen epämiellyttäväksi tilanteen tekee lapsiperheiden odottaminen samassa tilassa huonovointisten ja mahdollisesti uhkaavien henkilöiden kanssa.

Henkilökuntamäärä on alkuun ollut liian niukaksi mitoitettu, mikä näkyy monissa toiminnoissa. Hoito on keskittynyt lääkkeenoton valvontaan niin turvallisesti kuin tiukoilla resursseilla on mahdollista. Psykososiaalista kuntoutusta ei juuri ole, omahoitajarakenne on löyhä, ja kirjaaminen pinnallista sekä lääkahoitoon keskittyvää. Kaikki hoitavat yhteisvastuullisesti kaikkia, mikä saattaa aiheuttaa tilanteen, jossa kaikki tietävät vähän kaikista, mutta kukaan ei tarkasti kenestäkään. Asioita ei muisteta raportoida ja moni asia saattaa olla voin jonkin hoitajan muistin varassa.

Monet yksikön käytännöt ovat ajoilta, kun henkilökuntaa oli vähän ja asioita piti priorisoida rankasti. Myös käytäntöjen siirtäminen uusille työntekijöille kiireen keskellä on aiheuttanut tilanteen, missä monesta asiasta on yhtä monta käsitystä ja toimintatapaa kuin henkilökuntaa.

#### 4 OPIAATTIKORVAUSHOIDON TOTEUTTAMINEN KIRJALLISUUDEN VALOSSA

Unikosta kerättyä oopiumia on käytetty lääke- sekä päihdekäytössä jo arviolta 5000 vuotta sitten (Ylikangas 2012, 16 - 18). Opiaatit lievittävät tehokkaasti kipua mutta tuottavat myös mielihyvää ja aiheuttavat riippuvuutta. (Kiianmaa 2012, 25). Euroopan huumeraportin (EMCDDA 2018, 52) viimeisimmän julkaisun mukaan Euroopassa on arviolta 1,3 miljoonaa opiaattien väärinkäyttäjää ja ongelma on jatkuvassa kasvussa. Suomessa THL:n viimeisimmän tilaston mukaan 77 % suomalaisista huumeiden vuoksi hoitoon hakeutuneista nimesi opiaatit suurimmaksi ongelmakseen. (Päihdehuollon huumeasiakkaat 2016. 2017.)

Korvaushoidolla tarkoitetaan vuosia kestävästä opioidiriippuvuuden hoitoa, jossa väärin käytetty opiaatti korvataan laillisella hoitopaikasta annostellulla lääkkeellä. Näin pyritään vähentämään riippuvuudesta aiheutuneita haittoja, kuten kuolleisuutta. Korvaushoito mahdollistaa myös muiden riippuvuuksien, sekä somaattisten ja psyykkisten sairauksien paremman hoidon. (Aalto 2015.) Ensimmäisiä opiaattikorvaushoitoa muistuttavia hoitoja tehtiin Yhdysvalloissa jo 1950-luvulla vieroittamalla heroiniiriippuvaisia metadonilla. 1960-luvulla julkaistiin ensimmäiset tutkimukset, joissa osoitettiin retkahdusten määrän olevan suuri potilailla, joilla metadonlääkitys oli lopetettu. (Simojoki 2013, 24.) Suomessa opiaattiriippuvaisia henkilöitä on hoidettu nykymuotoisella korvaushoidolla nyt kaksikymmentä vuotta, vuodesta 1997 alkaen (Selin ym. 2015). Alun erityistason, yliopistosairaaloiden ja erityispäihdehoitoyksiköiden toteuttamasta vaativasta ja raskaasta hoitomallista on sittemmin tultu kohti normaali-palveluita. Korvaushoito on monimuotoistunut, laajentunut ja muodostunut osaksi Suomalaista huumehoitojärjestelmää. Muutoksen ovat mahdollistaneet suurelta osin sekä sosiaali- ja terveysministeriön määräykset ja asetukset, joilla hoitoa normalisoitu, sekä lukuisat ulkomaiset ja kotimaiset tutkimukset hoidon vaikuttavuudesta. (Tourunen & Pitkänen 2010, 150 - 152.)

Vuoden 2015 lopulla Suomessa oli korvaushoidossa yli 3200 potilasta. Määrä on kasvanut vuodesta 2011 36 % (Partanen ym. 2017). Potilaita jää kuitenkin hoidon ulkopuolelle Suomessa enemmän kuin muissa pohjoismaissa (Selin ym. 2015) sekä myös Euroopan keskiarvoa enemmän (EMCDDA 2018).

#### 4.1 Korvaushoitoprosessi

Korvaushoitoasetus (STM 33/2008) mahdollistaa hoidon aloittamisen henkilölle, jolla on vahvistettu ICD-10-tautiluokituksen mukainen opioidiriippuvuus ja joka ei ole onnistunut vieroittautumaan opiaateista. Korvaushoidon tarpeen arvioinnille, korvaushoidon aloituksille tai hoidon toteutuksille ei Suomessa ole valtakunnallista linjaa, kuten on esimerkiksi Norjassa ja Tanskassa. (Mikkonen 2012, 88; Selin ym. 2015.) Yleisimpiä edellytyksiä hoitoon pääsulle ovat riippuvuuden lisäksi epäonnistuneet vieroitusyritykset ja käyttöhistoria, mutta alueellisia eroja kriteeristöissä on paljon. Korvaushoidon tarpeen toteamisen jälkeen hoito on aloitettava hoitotakuun mukaisesti eli hoitopaikasta riippuen 3-6 kuukauden sisällä. (Mikkonen 2012, 88.)

Hoitoon pääsyn käytännöistä ja niiden vaikutuksista hoidon tuloksiin on tehty jonkin verran tutkimuksia. Yksikään toimintatapa ei tutkimuksissa selkeästi nouse ylitse muiden, mutta mielenkiintoista on, että esimerkiksi Ranskan jonkin verran kritisoitu open-access -malli näyttäisi potilaiden kuntoutumisen näkökulmasta useilla mittareilla yltävän Euroopan keskiarvoon, vaikka hoitoon pääsy on helppoa ja hoito kevyttä. (Benyamina 2014). Myös esimerkiksi Malessiassa 2015 toteutettu INSIGHT-projekti totesi hoitoon helposti ja varhain pääsyn mahdollisesti parantavan hoitotuloksia (George 2015).

Asetus (STM 33/2008) mahdollistaa hoidon toteuttamisen joko terveydenhuollon, päihdehoidon tai vankeinhoidon yksikössä. Perusterveydenhuollossa toteutettavan korvaushoidon potilasmäärät vaihtelevat kunnittain ja useimmiten pääpaino on erikoissairaanhoidon yksiköissä. Muuallakin Euroopassa monet maat suosivat päihdehoitoon erikoistuneita klinikoita korvaushoidon toteuttajina, vaikka esimerkiksi Ranskassa perusterveydenhuollon malli on osoittautunut vaikuttavuudeltaan vertailukelpoiseksi vaihtoehdoksi. Malli on paitsi huomattavasti edullisempi, se on saanut potilailta kiitosta mm. helpon saatavuutensa ja vähäisemmän leimaavuutensa vuoksi. (Benyamina 2014.) Melko tuoreessa kirjallisuuskatsauksessa vertailtiin erilaisia korvaushoidon toteutustapoja. Mikään tietty tapa ei taannut merkittävästi muita parempia tuloksia, mutta mallit, joissa potilaita tarjottiin muutakin kuin lääkkeenoton valvontaa ja hoitoa, toteutti moniammatillinen tiimi, osoittautuivat muita toimivimmiksi. (Lagisetty ym. 2017.)

Hoito aloitetaan potilaan tilanteesta ja paikallisista käytännöistä riippuen avo- tai laitoshoidossa. Tavallisesti laitosaloitusta puoltavat potilaan muu vaikea päihdeongelma, psyykkinen tai somaattinen sairaus tai kaoottinen elämäntilanne. (Mikkonen 2012, 88.) Korvaushoitoasetuksen mukaan aloitus ja hoito tulee toteuttaa polikliinisesti, ellei laitoksessa tapahtuvalla aloitukselle ole erityistä syytä (STM 33/2008).

Opioidikorvaushoidossa voidaan käyttää lääkkeenä joko metadonia tai buprenorfiinia. Lääkeannosta nostetaan vähitellen, kunnes löydetään riittävä, vieroitusoireet ja opiaattihimon poissa pitävä ylläpitoannos. Tämän aloitusvaiheen jälkeen potilas jatkaa korvaushoidossa paikallisten käytäntöjen mukaan. (Mikkonen 2012, 88 - 90.)

Vieroitusoireidenmittaamisen tueksi on kehitelty erilaisia mittareita, kuten SOWS (Subjective Opiate Withdrawal Scale), jota potilas täyttää omien subjektiivisten tuntemustensa mukaisesti, ja COWS (Clinical Opiate Withdrawal Scale), jota työntekijä käyttää apunaan kliiniseen havainnointiin. (Käypä hoito suositus 2012, 14; WHO 2009, 86 - 87). Lääkeainepitoisuuksia voidaan myös mitata laboratoriossa osana potilaan voinnin seurantaa (WHO 2009).

Pääasiassa korvaushoitopotilaat käyvät ainakin hoidon alussa ottamassa lääkkeensä hoitopaikassaan valvotusti päivittäin. Korvaushoitoasetus mahdollistaa hoitoon hyvin sitoutuneelle potilaalle lääkemannoksia kotona otettaviksi. Asetus ei kuitenkaan määrittele, mitä hoitoon hyvin sitoutuminen tarkoittaa, ja alueellisia eroja kotilääkeoikeuksien saamiselle on paljon. (Mikkonen 2012, 91-92.) Korvaushoitolääkkeiden väärinkäyttö on päihdeongelmaisten keskuudessa tavallista ja lääkkeet ovat haluttuja (Aalto 2015). Erään tutkimuksen mukaan lääkkeitään eteenpäin, ainakin satunnaisesti, myy arviolta 14 % korvaushoitopotilaista (Launonen 2013).

Korvaushoitoasetus edellyttää hoidon perustuvan hoitosuunnitelmaan (STM 33/2008). Hoitosuunnitelman merkitystä korostaa myös Käypä hoito -suositus (2012, 14-15), joka ehdottaa myös hoitosopimusta hoidon ja siihen sitouttamisen tueksi. Hoitosuunnitelma tulee tehdä mahdollisimman pian hoidon alettua ja päivittää tarpeen mukaan, vähintään puolivuositain. Hoitosuunnitelmasta

tulee ilmetä hoidon tavoite, käytetty lääkitys sekä potilaan tarvitsema psykososiaalinen tuki, kuntoutus ja seuranta. (Mikkonen 2012, 88; Tourunen & Pitkänen 2010, 154; STM 33/2008.) Tuoreessa opioidikorvaushoidon oppaassa Häkkinen ym. (2018) suosittelevat hoitosuunnitelman laadinnassa sekä hoidossa motivoivaa potilaskeskeistä työtettä. Potilaiden oma osallisuus hoitoonsa ja sen suunnitteluun näyttäisi parantavan hoidon tuloksia. (Fox. ym. 2016.)

Korvaushoitoasetus (STM 33/2008) määrittelee korvaushoidon tavoitteiksi joko kuntouttamisen ja päihitteettömyyden tai haittojen vähentämisen ja potilaan elämänlaadun parantamisen. Vuoden 2015 lopulla toteutetussa kyselyssä korvaushoitopotilaista kuntouttavassa korvaushoidossa oli 64 % ja haittoja vähentävässä korvaushoidossa 28 %. Apteekkisopimuksella lääkkeensä apteekista nouti 7 %. (Partanen ym. 2015.)

Kaikkein yksinkertaisimmillaan haittoja vähentävä hoito tarjoaa vain päivittäisen lääkehoidon. Kuntouttavassa korvaushoidossa taas potilaalle usein tarjotaan erilaisia kuntoutumista tukevia psykososiaalisen tuen muotoja hänen tarpeensa mukaan. Tavoitteena on kuitenkin lisätä potilaan itsenäisyyttä ja selviytymistä ilman jatkuvaa tukea. Lääkkeen noutaminen apteekkisopimuksen mukaisesti apteekista hoitopaikan sijaan on yksi mahdollisuus hyvin kuntoutuneelle potilaalle olla mahdollisimman itsenäinen. Hoidon apteekkijakeluun siirtymisessä on kuitenkin oltava tarkkana, sillä päihderetkahduksia ja lääkkeiden katukauppaa saattaa esiintyä hoitokontaktin höllennyttyä. (Partanen ym. 2014, 18.)

Korvaushoidosta onnistuneesti irrottautuneiden toipumisprosessia tarkastelleessa tutkimuksessa haittojen vähentämisen ja päihitteettömyyden tavoitteet näyttivät asettautuvan toisiaan seuraaviksi vaiheiksi sen sijaan että olisivat erillisiä vaihtoehtoisia hoitotapoja (Kankaanpää 2013, 101, 103). Kaskelan (2011, 25) tutkimuksessa suurimpia potilaiden elämän muutoksia hoidon aloittamisen myötä olivat huumeidenkäytön ja rikollisuuden vähentyminen. Norjassa 2010 toteutetussa tutkimuksessa vertailtiin hoitotuloksia ”kuntoutusorientoituneiden” ja haittoja vähentävään keskittyvien klinikoiden välillä. Kuntoutusorientoituneissa yksiköissä päihitteiden oheiskäyttö oli vähäisempää kuin haittoja vähentävissä yksiköissä, mutta hoidossa pysyminen näytti olevan



suurinta näiden kahden mallin välimaastoon sijoittuvissa yksiköissä. (Giersing ym. 2010.)

Korvaushoito on usein pitkäaikainen, jopa elämän mittainen hoito. Joskus hoito kuitenkin päätetään, joko potilaan omasta vieroittautumishalusta tai hoitoyksikön toimesta. Hoitorikkomukset, kuten väkivalta tai lääkerikkeet, ovat pääasiallisimpia syitä hoitojen päättämiseksi hoitoyksikön toimesta. (Tourunen & Pitkänen 2010, 159.) Vaikka retkahdukseen ja oheiskäyttöön suhtautuminen vaihtelee eri yksiköiden välillä, pääasiassa hoidon keskeytyksiä pyritään välttämään (mts. 2010, 160).

Vieroitettaessa korvaushoidosta avohoidossa voidaan tukena käyttää oireenmukaista lääkitystä mm. kipuihin, ahdistukseen ja ripuliin (Käypä hoito -suositus 2018). Tehokkaaksi lääkkeeksi vieroitusoireisiin on osoittautunut myös lofexidine (Britlofex), jonka käytössä tosin tulee noudattaa varovaisuutta sen verenpainetta laskevan sivuvaikutuksen vuoksi (Gorodetzky ym. 2017).

#### **4.2 Lääkehoito**

Korvaushoitolääkkeenä voidaan käyttää joko metadonia tai buprenorfiinia. Kattovaikutuksensa vuoksi buprenorfiinia pidetään turvallisempina valmisteena (Mikkonen 2012, 89-90). Sen turvallisuutta on pyritty lisäämään entises-tään lisäämällä lääkkeeseen naloksonia, jonka tarkoitus on tehdä buprenorfiinin suonensisäisestä käytöstä epämiellyttävää ja rohkaista täten oikeanlaiseen lääkkeen ottamiseen. Toisaalta, koska buprenorfiini on tabletti ja sisältää monia sidosaineita, voi se suonensisäisesti käytettynä aiheuttaa vakavia terveysrikejä kuten laskimotukoksia ja tulehduksia. Tässä valossa metadon on nestemäisenä valmisteena turvallisempi. Metadonin käyttöön liittyy joillakin henkilöillä sydämen sähköisen johtumisen hidastumista, joka voi altistaa vaarallisille rytmihäiriöille. Tämän vuoksi EKG-tutkimuksella potilaan QT-ajan seuranta on tarpeen ennen ja metadon-hoidon aikana. (Mikkonen 2012, 91.) Merkittävä ero käytetyillä lääkkeillä on niiden hinta. Metadon on buprenorfiinia huomattavasti edullisempi (Whelan & Remski 2012). Lisäksi buprenorfiini on kielen alla liotettava resoribletti, kun taas metadoni juotava neste. Lääkkeenoton valvontaan kuluva ajassa potilasta kohden syntyy siis myös eroa

(Mikkonen 2012, 90). Buprenorfiini-lääkityksen nopeampaan ja turvallisempaan annosteluun kehitellään jatkuvasti uusia tuotteita. Esimerkiksi suboxone-filmi (kalvo), joka hajoaa kielen alla resoriblettiä nopeammin, on erikoisluvalla käytössä joissakin paikoissa. (Aalto 2015.) Joissakin Euroopan maissa on myös käytössä melko uusi innovaatio, ihon alle asennettava buprenorfiini-implantti, joka erittää lääkeainetta tasaisesti jopa kuuden kuukauden ajan (Izone & Guarnieri 2017). Vuoden 2019 alusta Suomessa on ollut mahdollista hoitaa korvaushoitopotilaita myös pitkävalmisteisella ihon alle anneosteltavalla buprenorfiini-injektiolla (pillerit vaihtuivat...). Valmiste vapauttaa työntekijöiden aikaa lääkkeen oton valvonnasta, sillä annostelu väli voi olla jopa kuukauden. Buprenorfiinin ja metadonin eroja on vertailtu useissa kansainvälisissäkin tutkimuksissa ja taulukkoon 1 Whelan & Remski (2012) ovat koonneet lääkkeiden merkittävimmät erot.

Taulukko 1. Buprenorfiinin ja metadonin vertailu korvaushoidossa, suomennettu mukailien Whelan & Remski (2012)

Buprenorfiini	Metadon
Osittaisantagonisti	Täysantagonisti
Puoliintumisaika 36-48 tuntia	Puoliintumisaika 24-36 tuntia
Voidaan annostella 2-3 päivän välein	Annosteltava päivittäin
Pienempi väärinkäyttöpotentiaali	Suurempi väärinkäyttöpotentiaali
Kattovaikutus osittain suojelee yliannostukselta	Ei suojaa yliannostukselta
Käyttö rajoittuu mietoihin ja keskivaikeisiin riippuvuuksiin	Toimii parhaiten pahoissa riippuvuuksissa
Miedot vieroitusoireet	Vakavat jopa vaaralliset vieroitusoireet
Tablettien pistämisessä suuria riskejä	Nestemäinen valmiste, pienemmät riskit pistämisessä
Kalliimpi kuin metadon	Saatavissa kalliimpi tabletti ja edullisempi neste.

Käypä hoito -suosituksen mukaan lääkevalmisteen valinnan tulee perustua yksilölliseen arvioon. Molemmilla valmisteilla saadaan yhtä hyvä hoitotulos, mutta metadon saattaa edistää hoidossa pysymistä (Käypä hoito -suositus) sekä saattaa vähentää oheiskäyttöä. (Kaipiainen ym. 2016; Launonen 2013, 59.) Vuonna 2015 Suomen korvaushoitopotilaista 37 % sai lääkkeenä metadonia ja 62 % buprenorfiini-naloksoni yhdistelmävalmistetta (Partanen ym. 2015). Suomi on yksi harvoja Euroopan maita, joissa buprenorfiini on metadonia useammin korvaushoitolääkkeenä (EMCDDA 2018, 65).

Potilaat ottavat lääkkeen valvotusti. Valvonnan tarkoitus on ehkäistä lääkkeiden kulkeutumista ulos hoitopaikasta ja joutua väärinkäytetyiksi. Valvottaessa lääkkeen oikeaa ottamista, voidaan esimerkiksi tarkistaa potilaan suuontelo ennen ja jälkeen lääkkeen ottamista ja juottaa hänelle vettä lääkkeenoton jälkeen. (Aalto 2015.) Tablettimuotoisen lääkkeen kulkeutumista ulos hoitopaikasta voidaan koettaa estää myös esimerkiksi jauhamalla annettavat tabletit. Tablettien jauhaminen ei vaikuta lääkkeen imeytymiseen tai tehoon. (Simojoki 2013, 57-58.)

Korvaushoitoasetus mahdollistaa hoitoon hyvin sitoutuneelle potilaalle 8 vuorokauden ja erityistilanteissa 14 vuorokauden kotilääkitysten jakamisen hoitopaikasta (STM 33/2008). Kotiannoksien saamiseen liittyy erilaisia väärinkäytön riskejä, mutta niillä on todettu olevan myös paljon potilaiden kuntoutumista ja yhteiskuntaan sopeutumista edistäviä vaikutuksia. (Mikkonen 2012, 92.) Liian tiukat kotilääkekäytännöt voivat jopa haitata esimerkiksi työssä käyntiä ja mahdollisesti hidastaa kuntoutumista (Kankaanpää 2013). Potilaan tulee lisäksi edistyäkseen oppia taistelemaan mielitekojaan vastaan ja muuttamaan käytöstään siten, ettei sen ylläpitäminen ole ulkoisen valvonnan varassa (Aalto 2015). Taulukkoon 2 on koottu joitakin kotiannoksien harkittaessa huomioon otettavia asioita puolesta ja vastaan.

Taulukko 2. Opioidikorvaushoidon kotiannoksien myöntämisessä huomioon otettavia asioita (Mikkonen 2012)

MYÖNTÄMISTÄ VASTAAN	MYÖTÄMISTÄ PUOLTAA
Huoli kotiannosten myynnistä tai väärinkäytöstä	Ei huolta kotiannosten myynnistä tai väärinkäytöstä
Korvaushoitolääkkeen jaoilta pois jäämisiä	Säännöllisesti lääkkeenhauissa
Tuoreet pistojäljet	Ei viitteitä piikkikäyttöön
Havaitut päihtymystilat ja tiedossa olevat yliannostukset	Ei tiedossa päihtymystiloja
Opioidien oheiskäyttö	Ei oheiskäyttöä
Muiden päihteiden oheiskäyttö	
Epävakaa elämäntilanne ja huono elämänhallinta	Vakaa elämäntilanne, hyvä elämänhallinta
Huono psyykinen vointi	Hyvä psyykinen vointi
Muu huono sitoutuminen	Hyvä muu hoitoon sitoutuminen

Kotilääkeannosten turvallisuutta on monin keinoin pyritty lisäämään. Esimerkiksi elektroninen lääkeannostelija voisi joissakin tapauksissa lisätä potilaan

oikea-aikaista lääkkeenottoa ja vähentää väärinkäytön riksejä. Laitteen haitta-  
puolia ovat sen hinta sekä potilaiden mahdollisuus manipuloida laitetta. (Uosu-  
kainen 2014.)

Väärinkäytön riskiä voidaan vähentää, mutta käytössä olevin keinoin sitä ei  
voida täysin poistaa. Niinpä hoito on jatkuvaa tasapainottelua luottamuksen ja  
valvonnan välillä. Hoitomallit tulee rakentaa niin, että hyväennusteisten potilai-  
den kuntoutus ei vaarannut, mutta että valvontaa sitä tarvitseville on riittävästi  
tarjolla. (Aalto 2015.)

Joskus potilaan muut edellä jo luetellut elämän haasteet estävät häntä asi-  
oimasta hoitopaikassaan ja hän ei tule hakemaan lääkettään. Poisjäännin  
taustalla olevat syyt voivat olla vakavia ja vaarantaa hoidon. Niinpä monesti  
hoidon jonkin asteinen tiivistäminen poisjäätien jälkeen voi olla tarpeen. (Mik-  
konen 2012, 93.)

Monien päihteiden ja lääkkeiden samanaikainen käyttö sekä niiden käyttö pis-  
tämällä, on tyypillistä korvaushoitoon tulevalle potilaalle (Tourunen & Pitkänen  
2010, 15; Kaipiainen ym. 2016). Mikäli potilaan huumeiden tai muiden päihtei-  
den käyttö jatkuu hoidon aloittamisen jälkeen, puhutaan oheiskäytöstä (Mikko-  
nen 2012, 93).

Buprenorfiinin ja benzodiatsepiinien väärinkäyttö ovat suomalaisen päihdekäy-  
tön erityispiirteitä (Tourunen & Pitkänen 2010, 155; Kaipiainen ym. 2016).  
Benzodiatsepiinit ovat voimakkaasti riippuvuutta aiheuttavia, vaarallisia seka-  
käytössä ja suonensisäisesti käytettynä voivat aiheuttaa monia komplikaati-  
oita. Näistä syistä niiden määräämisessä on potilaille, erityisesti päihdeongel-  
maisille, on oltava erityisen tarkkana. (Valvira 2018.) Joidenkin tutkimusten  
mukaan on suositeltu, ettei bentsodiatsepiinejä määrättäisi yhdellekään päih-  
deriippuvaiselle (Jaffe ym. 2004, 172). Myös gabapentiinin ja opiaattien yhtä-  
aikaista käyttöä on viime aikoina tavattu yhä enemmän sekä metadon- että  
buprenorfiinikorvaushoidossa olevilla (Grosshans ym 2013; Baird ym. 2014).

Suomen huumekuolemien yleisimmät löydökset ovat buprenorfiini, tramadoli  
ja kodeiini. Tyypillistä huumekuolemista on opioidien ja bentsodiatsepiinien  
yhteiskäyttö. Myös pregabaliini, erityisesti opiaattiin yhdistettynä on yleinen

löydös huumeisiin kuolleesta vainajasta. (Häkkinen 2015b, 711-712; Häkkinen 2015a.) Kaipiaisen ym. (2016) korvaushoitopotilaiden oheiskäyttöön keskittyneen tutkimuksen mukaan oman korvaushoitoannoksen väärinkäyttö on potilaiden keskuudessa verrattain yleistä ja yleisempää kuin lääkkeen luovuttaminen eteenpäin.

Määrättäessä riippuvuutta aiheuttavia ja väärinkäyttöön soveltuvia lääkkeitä päihdeongelmalliselle suositellaan lääkehoidon keskittämistä yhdelle hoitavalle lääkärille ja apteekkisopimuksen käyttöä hoidon tueksi (Valvira 2018). Apteekkisopimuksella tarkoitetaan potilaan ja hoitavan lääkärin tekemää sopimusta, jossa potilas sitoutuu hänelle määrättyjen PKV-lääkkeiden osalta asioimaan vain yhden lääkärin ja yhden apteekin kanssa. Sopimukseen sisältyy myös molemminpuolinen tiedonsaantioikeus apteekin ja lääkärin välillä. (Pennanen 2009, 32.)

Mitään helppoa hoitoa oheiskäyttöön ei ole, mutta avoin keskustelu ja oheiskäytöstä pois kannustaminen esimerkiksi kotilääkepäivillä oheiskäytöstä luopuvaa palkitsemalla, on tuottanut hyviä tuloksia (Mikkonen 2012, 93). Hoidon tuloksiin ja hoidossa pysymiseen näyttäisi tässäkin kohtaa vaikuttavan psykososiaalinen tuki (Kaipiainen ym. 2016; Launonen 2013, 59). Kankaanpään (2013) haastattelemista korvaushoitopotilaista osa koki hoitopaikkojen painostavan bentsodiatsepiineistä luopumiseen ja kontrollikeskeisyys koettiin lisäävän kapinahenkisyyttä. Vaikka bentsodiatsepiineistä luopuminen on monille vaikeaa, niiden lopettamista pidetään tärkeänä. (Tourunen & Pitkänen 2010, 165.)

Haitallinen alkoholinkäyttö voi myös heikentää hoidon tuloksia ja turvallisuutta. Kansainvälisen tutkimusaineiston mukaan alkoholin käyttö on melko yleistä korvaushoitopotilailla. Riskikäytön rajan ylittävät alkoholin käyttäjät näyttäisivät näiden tutkimusten mukaan hyötyvän motivoivan haastattelun menetelmistä ja mini interventtiosta ne, joilla riskiraja ei vielä ylity. Tärkeää olisi aktiivisesti kertoittaa ja puheeksi ottaa alkoholin käyttöä korvaushoidossa. (Nolan, Klimais & Wood 2016.)

Oheiskäyttöä voidaan seurata puhallutuksin, piikitys jälkiä tarkkailemalla, huumausaineseuloin ja laboratoriokokein. Huumetestauksen yhteydessä puhutaan sekä valvonnallisesta (esimerkiksi hoitosopimuspotilaille) että sairaanhoidollisesta testauksesta (esimerkiksi raskaan olevalle). (WHO 2009.) Testaus tarkoittaa valvottua näytteenottoa, joka koostuu usein pikatestinä toteutettavasta ensivaiheen analyysistä sekä laboratoriossa toteutetusta varmistusanalyysistä. THL:n julkaisemassa oppaassa terveydenhuollon seulojen otosta (Mykkänen ym. 2015) kuvataan tarkkaan seulojen ottamisen perusteet, niiden tulkinnan tarkkuus ja positiivisten tulosten seurausten huomioiminen hoidossa. Parhaimmillaan seulojen ottaminen voi tukea potilaan kuntoutumista. Erityisellä merkkiaineen avulla annettu seula voidaan ottaa ilman silmämääräistä seulan oton valvontaa, mikä tekee siitä sekä seulan antajille että ottajille miellyttävämpää ja säästää samalla työresursseja (Simojoki 2013, 60-62). Korvaushoidon huumausainetestauksen vaikutuksiin keskittyneen kirjallisuuskatsauksen mukaan kiistatonta näyttöä huumausainetestien vaikutuksesta hoitotuloksiin ei löydetty (Hov ym. 2016).

### **4.3 Kuntoutus**

Useat tutkimukset (mm. Amato, ym. 2011; Dugosh, ym. 2016) ovat osoittaneet, että Korvaushoitoon yhdistetty psykososiaalinen tuki parantaa jonkin verran hoitotuloksia ja tuesta linjataan myös STM:n asetuksessa (STM 2008). Käypähoitosuositus (2018) listaa yleisimpiä käytössä olevia psykososiaalisen tuen muotoja, jotka ovat osoittautuneet tehokkaiksi päihdeongelmaisia hoidettaessa. Näistä esimerkiksi motivoivaa haastattelua ja ratkaisukeskeistä terapiaa voidaan käyttää menetelmänä lyhyissäkin kohtaamisissa potilaiden kanssa ilman varsinaista terapian aloittamista.

Suomalaisissa seurantatutkimuksissa on todettu kuntoutumisen olevan hyvin hidasta, mutta kuntoutuksen silti kannattavaa. Koska suurin korvaushoitopotilas ryhmä ovat 20 -35 vuotiaita, voi monella olla vielä työ- ja elinvuosia jäljellä, vaikka kuntoutuminen kestäisi vuosia. (Holopainen 2011.)

Hoitosuhte on vuorovaikutuksellinen yhteistyösuhde. Ihmisen on mahdollista korjata kehityksensä vajeita ja kokemiaan traumoja vuorovaikutuksessa. Hoitotyön ammattilainen voi tarjota toipujalle uudenlaisia näkökulmia toipumiseen

ja palauttaa potilaalle tämän viestimiä asioita käsittelevää tietoa. Ihminen tarvitsee juuri hänelle sopivaa, oikeanlaista ohjausta ja tietoa oikeanlaisina annoksina ja oikea aikaisesti. (Holmlberg 2010, 113-114.) Terapeutin tulee aktiivisesti pyrkiä arvioimaan ja kehittämään vuorovaikutustaitojaan kyetäkseen luomaan onnistuneen työskentelysuhteen, sillä sen on osoitettu olevan yhteydessä hyviin hoitotuloksiin (Käypähoito 2018; Fox ym. 2016).

Potilailta itseltään kysyttäessä vaikutukselliseksi mainitaan luottamuksellisen hoitosuhteen lisäksi suunnitelmallisuus ja yksilöllisyys. Potilailla on myös tarve saada perusteluja erilaisille ratkaisuille hoidossa. He toivovat myös ymmärrettävää teoretietoa päihteistä, sairauksista, oireista ja lääkehoidosta. (Kankaanpää 2013; Fox ym. 2016; Laitila 2010, 107, 165.)

Psykososiaalinen hoito voi olla potilaan tilanteesta ja hoitopaikan käytännöistä riippuen erilaista yksilö, ryhmä tai paritapaamisia, psykoedukaatiota, psykoterapiaa, palkkiohoitoja, yhteisöhoitoja, sekä viime aikoina paljon mediassa esillä ollutta vertaistukea. Keskeisiä tavoitteita psykososiaalisille hoidoille ovat hoitoon sitoutuminen ja muutosmotivaation lisääminen. (Aalto 2012b, 121; Kotovista 2012, 141.) Minkään yksittäisen hoitomuodon ei ole todettu olevan toista tehokkaampi. Myöskään hoidon tiiviys ei takaa parempia hoitotuloksia, oleellista on hoidon tiiviyn ja hoitomuodon yksilöllinen suunnittelu (Käypä hoito 2018; Amato ym. 2011; Dugosh 2016.)

Korvaushoidossa kuntoutumisen ja siitä irrottautumisen prosessissa kuntoutujan identiteetti on jatkuvassa muutoksessa. Täten myös eri vaiheessa erilaisien menetelmien tulee olla yksilöllisesti valittuja. (Kankaanpää 2013, 101, 103.)

Huumeongelmaisen potilaan muutosprosessin tarkastelussa käytetään usein muutosvaihemallia. Malli auttaa ymmärtämään potilaan toimintaa ja auttaa suunnittelemaan terapeutista väliintuloa oikealla tavalla ja oikea aikaisesti. (Holmberg 2012, 125-126.) Taulukossa kolme on kuvattu mallin eri vaiheet, huumeriippuvaisen tilanne vaiheessa sekä motivoivan haastattelun keinoin esille nostettavien asioita kussakin vaiheessa.

Taulukko 3. Muutosvaihemalli päihdeongelmaisen auttamisessa, mukailen Holmgerg (2012, 125-127)

VAIHE	RIIPPUVAISEN POSITIO	KESKUSTELUSSA PYRITÄÄN
ESIHARKINTAVAIHE	Ei tunnista ongelmaansa	Herättämään huolta ja saamaan potilas pohtimaan tilannettaan
HARKINTAVAIHE	Epävarma muutoksen tarpeesta Ei suunnittele käytöksen muutosta lähiaikoina	Esitetään ristiriitaa. Tuodaan esille muuttomattomuuden riskit ja muutoksen hyvät puolet.
VALMISTELUVAIHE	Aikoo muuttaa käytöstään lähiaikoina Epävarma kuinka sen tekisi	
TOIMINTAVAIHE	Sitoutunut muutokseen ja muokkaa käyttäytymistään Omaksuu uusia taitoja ja ajatusmalleja	Kehittämään selviytymismekanismeja. Tuetaan muiden elämän haasteiden hoidossa. Sosiaalisten taitojen opettelu. (Autetaan yli retkahduksista)
YLLÄPITOVAIHE	Sitoutunut toteutuneen muutoksen ylläpitämiseen	Syvällisempää yksilön ongelmien työstämistä.

Ristiriitaista on, että on myös muutamia tutkimuksia, joissa kognitiivisista menetelmistä ei ole kyetty osoitettaneen mitään merkittävää hyötyä korvaushoidossa verraten pelkkään lääkejakeluun. Tutkimusten eroaviin tuloksiin keskittynyt kirjallisuuskatsaus kuitenkin osoittaa, että useissa tutkimuksissa verrokiryhmällä, joka jäi vaille kognitiivista terapiaa, oli kuitenkin jonkinlaista hoidollista keskustelua kontaktia lääkehoidon ohella, mikä saattaa selittää eriävät tulokset. (Carroll & Weiss 2016.)

Korvaushoitopotilailla on usein haasteita useammalla kuin yhdellä elämän osa-alueella. Tourusen ja Pitkäsen (2010, 157) korvaushoitopotilaiden huono-osaisuutta koskeneen tutkimuksen mukaan, jokaisella potilaalla on haasteita yhdestä seuraavista (taulukko 4) osa-alueista ja 10 %:lla kaikilla osa-alueilla.

Taulukko 4. Huono-osaisuuden mittarit, mukailen Tourunen & Pitkänen (2010)

Puutteellinen asuminen
Krooninen somaattinen sairaus
Psyykkiseen terveyteen vaikuttanut häiriö viimeisen kuukauden aikana
Lähisuhteisiin liittynyt ongelma viimeisen kuukauden aikana
Työttömyys



Asumisen ja sosiaalisten ongelmien selvittämiseksi sosiaali- ja terveydenhuollossa voidaan yhtenä auttamismenetelmänä käyttää palveluohjausta (Käypä hoito 2018).

Opioidien käyttö voi aiheuttaa ummetusta, suolikramppeja, pahoinvointia, unettomuutta, seksuaalista haluttomuutta, painon nousua, aliravitsemusta ja naisilla epäsäännöllisiä kuukautisia sekä miehillä testosteroni tason laskua (Seppä 2012; Mikkonen 2012; 90 - 91; Bawor ym 2014). Päihteistä ja päihteiden käyttäjien elämäntyylistä johtuen heillä on usein muuta väestöä enemmän suun ja hampaiden ongelmia (Mateos-Moreno 2013, 675 - 677; Stanciu ym. 2017). Pistämällä huumeita käytävää uhkaavat veriteitse tarttuvat taudit (HIV ja hepatiitit), huumausaineisiin lisätyt haitalliset aineet, pistosinfektiot sekä niistä seuraavat sepsikset ja sydänläppien sisäkalvon tulehdukset ja ääreisverisuonten tukkeumat (Ristola 2012, 170,176; Seppä 2012, 177).

Käypä hoitosuositus (2018) ja Häkkinen ym. (2018) suosittelevat somaattisten haasteiden ja mm. suun ongelmien arvioimista ja hoitamista yhteistyössä korvaushoidon ja muiden toimijoiden kanssa. Suomen C-hepatiittistrategian (STM 2016) tavoite on WHO:ta mukaillen tarjota 75 %:lle C-hepatiittipotilaista hoitoa vuoteen 2020 mennessä. 2018 Suomen markkinoille tullut uusi Eplclusa niminen valmiste (European medicines agency) mahdollistaa hoidot polikliinisesti suhteellisen vaivattomasti. Kanadalaistutkimuksen (Ti ym. 2018) mukaan C-hepatiitin hoito voi toimia joillakin potilailla motivaattorina hakeutua korvaushoitoon.

Huumeidenkäyttö voi aiheuttaa akuutteja mielenterveydenhäiriöitä (Aalto 2012a, 164). Lisäksi eräiden tutkimusten mukaan 50 - 80 prosentilla päihderiippuvaisista on jokin mielenterveyden sairaus. Hoidettaessa potilaita, joilla on mielenterveys- ja päihdeongelmien yhteisesiintyvyyttä, mikään hoitomuoto ei ole osoittautunut tutkimuksissa muita paremmaksi vaan oleellista on lähestymistapojen valinta ja käyttö yksilöllisesti. (Holmberg 2010, 68.)

#### 4.4 Korvaushoidon vaikuttavuus ja tulevaisuus

WHO on määritellyt korvaushoidolle yleiset tavoitteet, joita ovat: laittomien opioidien käytön väheneminen tai lopettaminen, suonensisäisen käytön väheneminen tai lopettaminen ja suonensisäiseen käyttöön liittyvien veritartuntatautiin leviämisen vähentäminen, yliannostuksen vähentäminen, yliannostusriskin vähentäminen, rikollisuuden vähentäminen, fyysisen ja henkisen terveyden parantaminen (World Health Organization, WHO). Hoidon vaikuttavuutta taloudellisesti on tutkittu jonkin verran kansainvälisesti. Esimerkkinä 2016 Venäjällä toteutettu tutkimus, missä metadoni korvaushoidon kustannuksia verrattiin C-hepatiitin, tuberkuloosin ja yliannostusten hoitamisen hintoihin. Kaikilla mittareilla korvaushoito osoittautui erittäin kustannustahokkaaksi. (Idrisov ym. 2016.)

Hoidon vaikutuksista potilaiden elämään heidän itsensä kokemana on tehty Suomessa sekä ulkomailla lukusia tutkimuksia. Tourunen ja Pitkänen (2010) kokoavat tuloksia kolmesta eri suomalaistutkimuksesta. Kaikissa tuloksissa potilaiden tilanteet vaikuttivat parantuneen kaikille edellä listatuilla osa-alueilla korvaushoidon myötä. Potilaat kuvasivatkin usein hoitoa ”henkensä pelastajana”.

Korvaushoito on vakiintunut monien maiden hoitokäytäntöihin ja alun kritiikki on lieventynyt, kun hoidon positiivisia tuloksia on esitetty julkisuudessa. Pohjoismaiden välisessä vertailuissa, korvaushoitoon pääsyssä, sen kestossa, tavoitteissa ja kattavuudessa on suuria eroja. Järjestelmällisin ja myös tiukin systeemi on Ruotsissa, missä tavoitteena on selkeästi päihteettömyys ja hoito keskeytetään usein hoitopaikasta käsin. Myös Norja on säännöissään ja rajoitteissaan tiukka, mutta se on omaksunut viime aikoina myös haittoja vähentävää näkökulmaa. Tanskassa korvaushoitoa on annettu muita pohjoismaita pidempään (jo 60 luvulta) ja asiakasnäkökulma on pidetty hoidon suunnittelussa vahvasti mukana. Hoitoon Tanskassa pääsee nopeasti ja kattavuus on hyvä. 2009 Tanska aloitti ensimmäisenä pohjoismaana heroini korvaushoidon. Suomi sijoittuu vertailussa Tanskan ja Norjan välille. Korvaushoidon tarve tulevaisuudessa ei liene katoamassa. Potilasmäärät ovat Tanskaa lukuun otta-

matta jatkuvassa kasvussa. (Selin ym. 2015.) Suomen tiukentunut taloustilanne yhdessä potilasmäärän kasvun, haastaa kunnat löytämään uusia tapoja toteuttaa hoitoja. Hoidon painottuminen yhä enemmän haittojen vähentävään otteeseen ja pelkän lääkehoidon toteuttamiseen, näyttäisi olevan tämän hetken suuntaus. (Simojoki ym. 2012.) WHO:n mukaan parhaimmaksi todettu tapa toteuttaa korvaushoitoa, on yhdistää kuntouttavia elementtejä lääkehoitoon (WHO 2009,20 - 21). Simojoki ym. (2012) peräänkuuluttaa kunnilta rohkeita avauksia korvaushoidon kehittämiseen. Hoidon porrastamisella, yksilöllistämällä ja hoidon sisällöllisen tarpeen arvioinnilla voidaan tuottaa kustannustehokkain korvaushoidon malli (Simojoki ym. 2012). Tutkimustiedon ja tilastojen valossa tulevaisuudessa tulisi myös panostaa yhteneväisempiin hoitokäytäntöihin Suomen sisällä ja kehittää parempia tilastointi ja tiedonkeruu menetelmiä sekä maan sisäisen että pohjoismaiden väliseen korvaushoidon vaikuttavuuden seurantaan (Selin ym. 2015).

Apteekkijakelun lisääminen voisi olla yksi vastaus kasvavan potilasmäärän hoitamiseen. Uosukainen (2014) ehdottaa tutkimuksessaan koulutuksen lisäämistä apteekkihenkilökunnalle sekä valtion rahoitus mahdollisuuden lisäämistä apteekeille, jotka osallistuvat korvaushoitopotilaiden lääkehoitoon. Täten jonkin laista lääkkeiden oton valvontaa voisi kenties tulevaisuudessa toteuttaa myös apteekeissa.

Ratkaisua tulevaisuuden korvaushoitoon voivat tarjota myös uudet valmistemuodot, kuten Euroopassa kokeilussa parhaillaan oleva buprenorfiini-implantti (Itzoe & Guarnieri 2017). Myös digitalisaatiosta etsitään apua potilaiden psykososiaalisen kuntoutuksen ja tuen tarpeeseen (Kim, ym. 2016; Brent ym. 2013).

## **5 KEHITTÄMISTYÖN TULOKSET**

Kehittämisprosessi kesti vuoden, jonka aikana sekä kerättiin että analysoitiin tietoa ja samalla muokattiin käytäntöjä. Käytäntöjen kuvauksista syntyi manuaali. Taulukkoon 5 on kuvattuna ajallisesti prosessin eteneminen kolmen eri tiedonkeruumenetelmän (työryhmä, potilasryhmä ja kirjallisuuskatsaus) sekä kolmen eri vaiheen (Prosessit, lääkehoito ja hoitotyö) kehittämisen näkökulmasta.

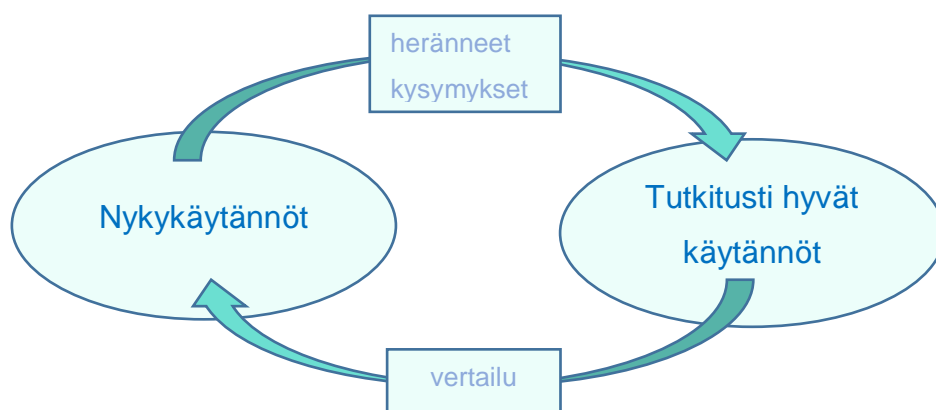
TAULUKKO 5 Kehittämistyön eteneminen

MILLOIN	MISTÄ/KENELTÄ	MITÄ TIETOA	MIHIN			
			Prosessit	Lääkehoito	Kuntoutus	Manuaali
Tammi- kuu 2018	Työelämän kump- panit Yksikön lääkäri	Opinnäytetyön sopimusten laatiminen ja rajauksista sekä sisällöstä sopiminen				
Kehittämisprosessin eteneminen						
Maaliskuu 2018	Työryhmä	Kotkan korvaushoidon prosessit tulevai- suudessa.				
Huhtikuu 2018	Kirjallisuus kat- saus	Korvaushoidon eri prosessit ja niiden hyväksi koetut/toimivat sisällöt				
Toukokuu 2018	Työryhmä	Lääkehoito, nykykäytännöt ja tulevai- suuden visio sekä toimenpiteet				
Toukokuu 2018	Työryhmä	Hoitotyö, nykykäytännöt ja tulevaisuu- den visio sekä toimenpiteet				
Kesäkuu 2018	Kirjallisuus kat- saus	Korvaushoidon lääkehoidon laadukkaat ja turvalliset käytännöt				
Heinäkuu 2018	Kirjallisuus katsaus	Korvaushoidon hoitotyön hyväksi koetut ja toimivat käytännöt				
Elokuu 2018	Potilasryhmä	Prosessit, hoitotyön sisältö ja lääke- hoito- potilas näkökulma tulevaisuuteen				
Syyskuu 2018	Työryhmä	Hoitotyö ja lääkehoito uudet ohjeet Prosessien tarkistus				
Lokakuu 2018	Työryhmä	Prosessien käyttöön otto – potilas jako				
Marras- kuu 2018	Työryhmä	Hoitotyön sisällöt- kuntoutuksen kehittä- minen.				
Joulukuu 2018	Työryhmä Projektin ulkopuo- linen lääkäri	Manuaalin kasaaminen ja konsultointi				
Tammi- kuu 2018	Työelämän kump- panit ja työryhmä	Valmiin manuaalin tarkistus ja käyttöön- otto				

Kehittämistyö käynnistyi työn tilaajien ja työelämän kumppaneiden, sekä kohdeyksikön lääkärin kanssa käydyissä keskusteluissa työn rajauksista ja tavoitteista. Varsinainen kehittäminen alkoi yksikön kehittämispäivässä, missä muo-

dostettiin yhteistä käsitystä yksikön toiminnasta sekä yhteistä tahtotilaa sen tulevaisuudesta. Samalla syntyi sisällöllinen hahmotelma manuaalille sekä kehittämisen pääasialliset osa-alueet.

Prosessien mallinnusta hyödynnettiin myös osana kehittämistä, siten että jokainen korvaushoidon prosessi jaettiin pienempiin osaprosesseihin, joista tehtiin omat mallinuksensa. Näin saatiin näkyviin joitakin turhia sekä päällekkäisiä toimintatapoja ja niihin päästiin puuttumaan. Alkuvuodesta tietoa kerättiin sekä kirjallisuuskatsauksilla, että työryhmää haastatteleamalla. Tietoja pallolettiin niin, että työryhmän keskusteluihin tuotiin aina tutkimukseen nojaavaa tietoa, mitä verrattiin nykykäytäntöihin, sekä työryhmältä kerättyyn tietoon ja keskusteluissa heränneisiin kysymyksiin etsittiin taas uutta tutkimukseen perustuvaa tietoa oheista kuviota mukaillen (kuva 3).



KUVA 3 Tiedolla kehittäminen tässä kehittämistyössä

Monia käytäntöjä muutettiin ja tarkennettiin syntyvään manuaaliin, ja näin tapahtui saman aikaista toiminnan kehittymistä.

Loppukesästä muodostettiin potilasryhmä, jolta saatiin kerättyä tietoa ja kokemusta uudesta näkökulmasta. Kaikki syntyneet kehittämistarpeet sekä ideat koottiin ja ryhmiteltiin aiheittain. Tämän jälkeen ne käytiin työtiimissä läpi ja päätettiin toteuttamisesta. Kehittämistehtävät jaettiin kolmeen ryhmään toteutuksen vaikeuden, ajallisten ja rahallisten resurssitarpeiden ja kiireellisyyden mukaan. Helposti ja nopeasti toteutettavat muutokset otettiin käytäntöön heti. Pohdintaa ja muutostöitä vaativat, mutta toteutettavissa olevat otettiin työkentelyn kohteeksi ja niitä elettiin viedä eteenpäin työtiimeissä ja kehittämissäpäivissä. Vaikeasti toteutettavat tai suurempia raha- ja henkilöstöresursseja

tarvitsevat kehittämistehtävät jätettiin odottamaan, mutta niistä tiedotettiin organisaation johtoa.

Kun prosessien mallinnukset ja niiden pääasialliset sisällöt oli käytetty sekä työryhmän, että potilasryhmän käsiteltävinä, jaettiin potilaat kuntoutumisensa vaiheen mukaan kyseisiin ryhmiin. Samaan aikaan yksikössä tarjoutui tilaisuus ottaa käyttöön laajemmat tilat, mikä mahdollisti kuntouttavan ja haittoja vähentävän korvaushoidon potilaiden jakamisen konkreettisesti asioimaan eri puolilla yksikköä. Samalla muodostui kaksi pienoisyksikköä yhden yksikön sisään, mikä helpotti hoitotyön sisältöjen kehittämistä erillisinä prosesseina. Uuden näkökulman kehittämistyöhön toi tässä kohtaa prosessia varmistunut tieto edessä olevasta organisaatiomuutoksesta Kymsoteksi. Oli todennäköistä, että Kotkan opiaattikorvaushoidon mallinnuksesta tulisi joko sellaiseen tai muutoksin koko Kymsoten tulevan korvaushoidon toteuttamisen ohjekirja. Asia pyrittiin pitämään mielessä käytäntöjä kehitettäessä, mutta prosessia vietiin kuitenkin eteenpäin alkuperäisen suunnitelman mukaisesti.

Syksyn aikana viimeisteltiin ja tarkistettiin manuaalin ohjeita, samalla kun kehittämistehtäviä vietiin eteenpäin ja arvioitiin jo tehtyjen muutosten tuloksia. Punaisena lankana valittaessa kehittämisen suuntaa tai kohteita, pidettiin laatu sekä potilasturvallisuus. Koska kyseessä on erityisvaativan lääkehoidon yksikkö, missä lääkehoito on huomattavan suuressa roolissa, tarkoitetaan potilas turvallisuudella usein juuri lääketurvallisuutta. Kaikki tehdyt päätökset niin yksikön käytäntöihin kuin yksittäisen potilaan hoitoon, alettiin yhä tarkemmin katsoa joka kerta lääketurvallisuuden näkökulmasta.

Viimeinen suurempi kehittämissuunnitelma tapahtui yksikön syksyisessä kehittämispäivässä, missä manuaalin viimeiset ohjeet tarkistettiin ja keskityttiin kehittämään yksittäistä prosessia: korvaushoidon aloitusvaihetta. Samalla luotiin myös koko yksikön visio vuodelle 2019 pohjautuen niihin haasteisiin, joita yksikössä oli todettavissa suhteessa muuhun maahan ja tutkittuun tietoon.

Joulukuussa manuaali käytiin läpi kokonaisuutena yksikön oman lääkärin kanssa ja ulkopuolisen konsultointi avuksi lupautuneen lääkärin kanssa. Tammi-kuussa manuaalin katsoivat läpi myös uuden vuoden vaihteessa syntyneen

organisaation uudet esimiehet ja heidän sekä ulkopuolisten näkökulmien jälkeen muutamia kohtia korjattiin ja tarkennettiin. Samalla sen tässä kohta lopullinen ulkoasu valmistui ja käytettävyyttä pyrittiin lisäämään hyperlinkein ja liittein. Helmikuussa manuaali katsottiin tässä kohtaa valmiiksi, vaikka tulevista täydennyksistä oli jo sovittu.

Kehittämistyön tuotoksina syntyi varsin kattava katsaus opiaattikorvaushoidon käytäntöihin kirjallisuuden ja kansainvälisen tutkitun tiedon valossa. Tietopakettia sekä kokemuksellista toimijoiden ja potilaiden tietoa hyödyntäen kehitettiin monia yksikön käytäntöjä niin prosesseihin, potilasturvallisuuteen kuin hoitotyön sisältöihin liittyen. Kaiken pohjalta koottiin manuaali. Seuraavassa kuvataan kaikki nämä kehittämistyön tulokset omina osa-alueinaan.

### 5.1 Kotkan korvaushoidon kehittäminen

Kotkan opiaattikorvaushoidon kehittäminen keskittyi pääasiassa kolmeen eri osa-alueeseen (prosessit, lääkehoito ja kuntoutus) kehittämistyön etenemisen mukaan. Kehittämisen tuloksena prosessit mallinnettiin ja niitä muokattiin laadukkaampaan suuntaan. Lääkehoito ja psykososiaalinen kuntoutus kehittivät ohessa osin muutoksia, jotka vaikuttivat välillisesti molempiin.

Kotkan korvaushoitoon eriteltiin kehittämistyön tuloksena seuraavat korvaushoidon erilliset prosessit (taulukko 6), joista tarkemman kehittämisen alle päätyivät prosessin aikana lihavoidut prosessit.

Taulukko 6: Kotkan korvaushoidon prosessit

KORVAUSHOIDON TARKENNUKSEN ARVIO	KORVAUSHOIDON ALOITUSVAIHE	KUNTOUTTAVA KORVAUSHOITO HAITTOJA VÄHENTÄVÄ KORVAUSHOITO	KORVAUSHOIDON LOPETUS
----------------------------------	----------------------------	---	-----------------------

Konkreettinen kehittämistyön tulos oli potilaiden jakaminen näiden kuntoutumisen prosessien mukaisesti sekä samalla heidän hoidon sisältöjensä muutos. Haastetta oli sijoitella potilaat karkean jaon mukaisesti vain kahteen erilaiseen hoitolinjaan, sillä monen potilaan havaittiin olevan osittain välitilassa, tai potilaan tilannetta kuvasivat vain osittain molempien prosessien sisällön ja tavoit-

teiden kuvaukset. Potilaiden jakamista helpottamaan luotiin myös yksityiskoh-  
taisempi jako, missä kuntouttavan ja haittoja vähentävän hoidon sisällä on  
kahta ja kolmea eritasoista kuntoutumisen astetta kuvaavaa hoitolinjaa (tau-  
lukko 7).

TAULUKKO 7, Kotkan korvaushoidon potilaiden jako kuntoutumisen mukaan.

haittoja vähen- tävä	tiivis	päivittäin kävijät
	vaihtelevat	ne, jotka pyrkivät saamaan kotilääkepäiviä ja siirty- mään kuntouttavaan hoitoon
kuntouttava	tuettavaa	Potilaan tilanne muuttunut heikompaan, vielä yritystä pysyä kuntouttavassa, mutta tästä saattaa siirtyä hait- toja vähentävään
	aktiivinen	aktiivista kuntoutusta, aloittajat, lapsiperheet
	vakaa	työssä ja koulussa käyvät ja rec. potilaat

Prosesseista aloitusvaiheen kehittämisen tuloksena syntyi suunnitelma kaikille  
aloittajille tarjottavasta psykoedukaatiosta, jolla lisättäisiin potilaiden tietä-  
mystä hoidosta, sen etenemisestä ja vaativuudesta sekä tarjottavasta tuesta.  
Taulukkoon 8) on koottu psykoedukaation suunniteltu sisältö.

TAULUKKO 8, Kotkan korvaushoidon aloittajien psykoedukaation sisällöt

Moduulin nimi	sisältö	vastuussa
Säännöt ja käy- tännöt	Korvaushoidon säännöt ja manuaalin si- sältö	Manuaalin kirjoittaja + työ- pari
Lääketiede	Lääkehoito ja muu lääketieteellinen tutki- mus ja hoito	Lääkäri
Hoitotyö	Tutkimukset, kuntoutus ja hoitotyön käy- tännöt	Sh + sh työpari
Sosiaalinen ti- lanne	Asuminen, toimeentulo, tuet ja apu	Sosiaalityöntekijä
Muutos minussa	Toipumisen portaat, identiteetti, haasteet ja menetelmät	sh + sh työpari ja mahdolli- sesti kokemusasiantuntija

Pääprosessien mallintamisen lisäksi korvaushoidon osaprosesseista mallin-  
nettiin lääkejako, seulan otto ja hoitosuunnitelman tekeminen. Näiden käyttö-



tarkoitukseksi jäi lähinnä toimia osana perehdytystä sekä lisätä yhteistä ymmärrystä siitä, miten yksikössä toimitaan. Kuitenkin niitä tarkastelemalla havaittiin muutamissa kohtaa turhaa työtä tai tupla kirjaamista mikä poistettiin ja saatiin sujuvoitettua lääkejakoja ja muuta toimintaa.

Lääkehoidon ja psykososiaalisen kuntoutumisen kehittymistä tapahtui osittain monien prosesseihin liittyvien muutosten myötä. Potilaiden jakaminen kolmeen eri prosessiin (aloitusvaihe, kuntouttava ja haittoja vähentävä korvaushoito) kohdensi resursseja niin, että aloitusvaiheessa ja kuntouttavassa korvaushoidossa oleville kyettiin turvaamaan enemmän omahoitaja aikaa. Myös omahoitajuuden sekä hoitosuunnitelman sisällön tarkentuminen vaikutti tähän. Manuaaliin päädyttiin lisäämään liitteinä ohjeet terapia ja muihin kuntouttaviin palveluihin hakeutumiseksi, jotta kuntouttaminen saataisiin selkeämmin osaksi kuntouttavan korvaushoidon sisältöjä.

Metadoni lääkejakelu muutettiin fyysisesti toiseen paikkaan niin, että potilaat saavat enemmän yksityisyyttä. Tämä mahdollistaa myös toisen työntekijän työskentelyn samassa pisteessä, mikä ei aiemmin ollut mahdollista tilan ahtauuden vuoksi. Muuttamalla metadoni lääkejakelu kahden työntekijän yhteisesti toteuttamaksi lisättiin sen tehokkuutta, mutta myös lääketurvallisuutta saamalla nyt lääkejakoon tuplatarkistus. Tiedottamista lisättiin ja muutettiin potilaita arvostavammaksi aloittamalla kuukausittain ilmestyvä potilastiedote. Sen myötä kaikki asiat (aukioloaikojen muutokset, uudistukset ja muu tärkeä tieto) löytyivät helposti yhdestä paikasta. Yksikköön perustettiin myös infokansio, josta löytyy erilaista tietoa hoidosta, ryhmistä, palveluohjausta sekä vanhat tiedotteet ja kehittämisryhmien ja potilastiimien muistiot. Kehittämisryhmän loputtua sen jatkoksi perustettiin potilastiimi, joka kokoontuu kahden kuukauden välein. Sen tarkoituksena on kehittää toimintaa, lisätä potilaiden osallisuutta ja jakaa tietoa.

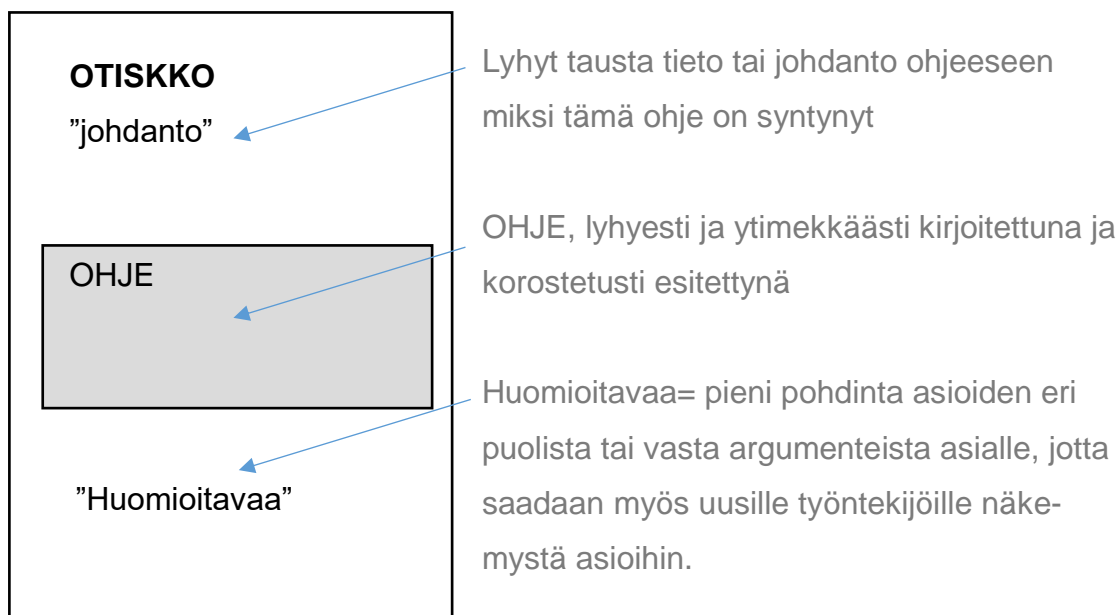
Turvallisuuteen liittyviä toimia toteutettiin ja niitä toteutui muun muutoksen tuotoksena. Taulukkoon 9 on koottu kaikki aloitustilanteessa henkilökunnan sekä potilaiden esiin tuomat haasteet sekä toimenpiteet niiden korjaamiseksi.

Nykytilan haaste	Toimenpide	Prosessit	Lääkehoito	Kuntoutus
Kaikki potilaat hoidetaan samalla tavalla, vaikka kuntoutuminen eri pisteessä	Jaettu potilaat kuntoutumisen mukaan eri hoitolinjoihin ja niiden sisällöt sekä tavoitteet eroteltu toisistaan.			
Korvaushoidon aloitusvaihe ei ole kylliksi tukeva	Suunniteltu psykoedukaatio viidellä eri sisällöllä aloitusvaiheeseen kuuluvana elementtinä			
Lääkejako tapahtumassa päällekkäistä työtä ja muutamia aikaa vieviä kohtia	Poistettu potilas vihot käytöstä turhan tuplakirjaamisen vuoksi Muutettu lääkejako tapahtumaa sujuvammaksi			
Potilaiden hoidon eteenpäin vieni horjuvaa ja paneutuminen potilaan asioihin puuttuu tai on haastavaa, kun kaikki hoitavat kaikkia tasapuolisesti	Jaettu kaikki potilaat vastuuhoidajille ja kuvattu vastuuhoidajan tehtävät Kuvattu tarkan auki hoitosuunnitelman tekeminen ja sen eteenpäin vieminen hoidossa			
Rappukäytävässä ulkopuolisia Kuka tahansa ulkopuolinen voi tulla sisällä hoitopaikkaan	Lisätty kameravalvontaa ja vartiointia rappukäytävään Aloitettu suunnittelu ovien lukkoon saamiseksi			
Odotus aula levoton ja pelottavakin, ei voi asioida esimerkiksi lasten kanssa, vaikka joskus olisi pakko	Jaettu potilaat kuntoutumisen mukaan kahteen aulaan, jolloin saadaan edes yksi rauhallisempi aulatila			
Tiedon kulku huonoa, seinät täynnä käskeviä lappuja ja sääntöjä	Aloitettu kuukausitiedote Perustetaan INFO kansio, missä kaikki säännöt ja käytännöt sekä tiedotteet			
Käytännöt eivät ole yhtenäisiä vaan riippuvat hoitajasta	Tehty manuaali, jonka mukaan kaikki toimivat			
Omat ajat eivät päde	Muutettu lääkejako niin että potilaan aika pääsee alkamaan heti kun pääsee vastaanotolle			
Potilaat myöhästelevät ajoiltaan, mikä luo levottomuutta	Lopetettu myöhästyneiden aika ja rajattu asiointi aikaa. Paljon myöhästeleville tarjotaan mahdollisuutta asioida "non-stopissa"			
Metadon nonstopissa asioivilla ei samaa yksityisyyttä kuin muilla sillä lääkehaku piste auki aulatilaa	Metadon nonstop luokku muutettiin toiseen paikkaan, missä potilas saa oven kiinni perässään.			
Metadon nonstopissa potilasmäärä kasvanut ja aikaresurssi luo painetta mikä lisää väärin lääkinnän riskiä	Lisätty metadon nonstoppiin toinen työntekijä mikä mahdollistaa työnjaon niin että lääkkeet tulee tupla tarkastettua			
Potilaiden oheiskäytöstä seuraava tiivistys liian lyhyt aika eikä tuo kuntoutumista	Muutettu käytäntöä ja kotilääkeoikeuksien palautumista hoidon tiivistämisen jälkeen, perustettu myös Bupre-nonstop jotta tiiviit, muutoksen myötä lisääntyvät käynnit saadaan toteutettua			
Kotkan korvaushoidossa on potilailla yleisesti käytössä maan keskiarvoa enemmän rauhoittavia lääkkeitä	Laadittiin Kotkan korvaushoidon strategia, jossa määriteltiin seuraavan kahdenvuoden päätavoitteet lääke ja oheiskäyttö linjausten suhteen, sekä aikataulut näihin asteittain siirtymiselle.			
Kotkan korvaushoidossa thc.n käyttöön ei ole puututtu samoin kuin muuhun oheiskäyttöön				

## 5.2 Kotkan korvaushoidon manuaali

Kotkan korvaushoidon manuaalin runko syntyi pää prosessien (taulukko 6) ympärille. Perushoitoprosessit avattiin omiksi kuvauksikseen ja ne myös taulukoitiin lyhyin sisällön sekä tavoitteiden kuvauksin helpottamaan potilasjakoa. Kirjallisuuskatsauksen tietoa ja yksikön omia toimintatapoja vertailemalla syntyi manuaali, johon kaikki yksittäiset ohjeet koottiin.

Ohjeille otettiin selkeä systemaattisesti toistuva ulkoasu, joka mukaili kehittämisspäivässä ilmi tullutta tarvetta.



KUVA 4, Manuaalin ohjeiden rakenne

Tässä kohtaa manuaali oli ilman liitteitä 42 sivua pitkä. Erillisiä ohjeita kertyi tässä kohtaa 26 ja lisäksi korvaushoidon tarkoitusta, tavoitteita sekä prosesseja kuvaavia erillisiä ohjeita tai kuvauksia syntyi 9. Lisäksi jäi kaksi kohtaa vielä vaille sisältöä ja ne liitetään manuaaliin myöhemmin. Jokainen ohje ja muu kuvaus noudattivat yllä olevaa (kuva 4) rakennetta ja ne järjesteltiin peräkkäisiksi kappaleiksi 41 sivuiseksi Word-tiedostoksi. Manuaalin ohjeiden esiintymisjärjestys peräkkäisinä kappaleina kasattiin mahdollisimman hyvin ajallisesti prosessien kulkua mukailevaan järjestykseen, joka selviää sisällysluettelosta (liite 3) Jokaiseen ohjeeseen oli tarpeen mukaan lisätty viittauksia toisiin ohjeisiin ja näiden viittausten sekä ohjeiden otsikoinnin välille lisättiin

hyperlinkit helpottamaan manuaalin käyttöä. Manuaali toteutettiin Word-tiedoston lisäksi myös pdf - tiedostona. Näin saatiin hyötyä myös pdf-tiedostojen kätevästä sana hausta. Lopullinen ulkoasu muuttui vielä viime metreillä, kun viralliset uuden organisaation Kymsoten värit ja graafinen ilme siirrettiin manuaaliin. Manuaalia ei julkaista tämän raportin liitteenä työn tilaajan toiveesta.

## 6 POHDINTA

Kehittämistyö toteutettiin työelämälähtöisenä kehittämistyönä. Sen tarkoituksena oli vastata suoraan käytännön työelämässä syntyneeseen tarpeeseen. Kehittämistyöllä oli kaksi päätavoitetta; mallintaa Kotkassa toteutettavan korvaushoidon prosessit sekä kartoittaa, kehittää ja kirjoittaa yksikön käytännöt manuaaliksi.

Mallinnus ja manuaali toteutettiin tutkivalla kehittämisellä, jossa tiedonkeruu, työstäminen sekä tarkistus vuorottelivat koko prosessin ajan. Kirjallisuuskatsauksesta saatua tietoa verrattiin ja jatkojalostettiin toimijoiden sekä palveluiden käyttäjien kanssa käydyissä kehittämissiimeissä ja tapaamisissa.

Kotkan opiaattikorvaushoidossa oli eroteltavissa aloitusvaiheen ja hoidon lopettamisen lisäksi kaksi vaihtoehtoista hoitoprosessia, joihin potilaat tämän kehittämistyön aikana jaettiin kuntoutumisensa ja tavoitteidensa mukaan. Näitä prosesseja, niiden välillä siirtymistä ja niiden sisältöjä kuvaamaan koottiin korvaushoidon manuaali. Kaikki manuaalin ohjeet koottiin edellä kuvatun tutkivan kehittämisen mallin mukaan peilaten kirjallisuuskatsauksen tietoa toimijoiden, sekä palvelun käyttäjien tietoon ja jalostaen sekä muuttaen samalla käytäntöjä.

Välitöntä palautetta muutosten toimivuudesta kerättiin kehittämistyön aikana ja toimimattomat muutokset olisi voitu täten heti muuttaa uudelleen, mikäli tarvetta olisi ollut. Kaikkien muutosten vaikutusta ei kyetä vielä arvioimaan. Kuitenkin esimerkiksi tiedon kulun ja turvallisuuden katsotaan nyt jo parantuneen. Potilailta saatu palaute, sekä heidän käytäntöjään koskevien tarkentavien kysymysten vähentyminen, tukevat tätä työntekijöiden tunnetta.

Asiakkaan kokemalle turvallisuuden tunteelle on tärkeää, että hän tietää miten hänen hoitoprosessinsa tulee menemään ja mitä oikeuksia sekä velvollisuuksia hänellä on (Stenvall & Virtanen 2012, 163). Tämän kehittämistyön myötä voidaan ajatella siis potilaiden turvallisuuden tunteen lisääntyneen ja edelleen työtä sen lisääntymiseksi tehdään. Esimerkkinä tulevasta työskentelystä avoimen tiedottamisen sekä potilaiden osallisuuden eteen voidaan pitää manuaalin potilas versiota, jonka julkaisemisesta on periaate päätös jo tehtynä.

Lääkejakoihin tehdyt muutokset ovat työntekijöiden kokemuksen mukaan selkiyttäneet työtä ja lisänneet lääketurvallisuutta. Metadoni lääkejakelun muutos toiseen tilaan on potilaspalautteen mukaan lisännyt yksityisyyttä, hoidon laatua sekä heidän kokemaansa arvostusta. Moni muutos on potilaiden palautteen mukaan lisännyt turvallisuuden tunnetta. Tämä näkyy myös siinä, että moni potilas on uskaltanut ottaa pakottavissa tilanteissa lapsensa mukaan kuntouttavalle asiointi puolelle. Lisäksi tunnelma odotusauloissa, erityisesti kuntouttavalla puolella on ollut huomattavan paljon rennompi ja rauhallisempi.

Syntynyt manuaali on työryhmän ja siihen tutustuneiden opiskelijoiden arvion mukaan helppolukuinen, kattava ja asioita hyvin avaava paketti. Asioiden eteneminen ei aina ole johdonmukaista tulostetussa versiossa, mutta pdf-versiona luettaessa ja seurattaessa eri osioihin vieviä hyperlinkkejä, manuaalin käytettävyyttä paranee. Kerralla luettavaksi manuaali on melkoisen laaja, mutta yksittäisten asioiden tarkistamista varten koettu sopivaksi. Ydintieto on helposti löydettävissä tummennetuista laatikoista, mutta halutessa laajentaa omaa ajatusmaailmaansa jostain aiheesta, antaa pohdinta osuus ajattelemisen aihetta sekä vastauksia moniin erityisesti tuoreita työntekijöitä askarruttaviin kysymyksiin.

Manuaalin palvelevuutta arvioitaessa, tulee huomioida, että sen tekeminen aloitettiin yksistään yhden yksikön tarpeisiin. Nyt työn valmistuessa on jo tiedossa, että se tulee olemaan maakunnallinen toimintamalli, eli paljon aiottua monikäyttöisempi ja tarpeellisempi. Manuaali oli jo syntyessään osin vanhentunut, sillä monet käytännöt osittain elävät kaiken aikaa potilasmateriaalin muutosten ja henkilöstöressurssien muutoksessa. Se on kuitenkin rakennettu helposti päivitettäväksi ja sen sisältöä lisätään sekä muutetaan koko ajan.

Haasteeksi saattaa muodostua sen ajan tasalla pitäminen pelkästään yhden työntekijän voimin.

Aineistonkeruumenetelmänä kirjallisuuskatsaus, yhdistettynä toimijoiden sekä potilaiden kanssa tehtävään tiedonkeruuseen ja ideointiin, toimi hyvin tässä kehittämistyössä. Useissa käsitellyissä prosessin osa-alueissa havaittiin tutkimusaineiston tukevan jo valittu toiminta tapaa. Sen lisäksi, ne kohdat, missä eroavaisuuksia löytyi, oli helppo tunnistaa ja nostaa keskusteluun. Kaiken kaikkiaan tällainen kehittämistapa myös synnytti laatua, tuomalla kriittistä arviointia luontevammaksi osaksi kaikkien tekemiseen yksikössä.

Tällaisessa kehittämistyössä työntekijät ovat paitsi kehittämistyön kohde, että mahdollisuus. Työntekijät tietävät parhaiten, millaisia uudistuksia tarvitaan, joten heidän ottamisensa mukaan kehittämistyöhön, oli avain asemassa. Tietoa kerättäessä, syntyi dialogia, joka synnyttää uutta tietoa (Stenvall & Virtanen 2012, 191, 229), joten tiedon kerääminen itsessään toimi näin ollen myös työkäytäntöjen kehittäjänä. Näin tapahtui myös tässä kehittämistyössä. Tiedonkeruu ja kehittämissuunnittelu työtiimeissä, synnytti keskustelua, joka lisäsi tapamme puhua asioista samalla tavalla. Tämä auttoi selkeyttämään ja yhteinäistämään toimintatapoja, mikä olikin yhden kehittämistyön ja manuaalin tekemisen toivottu aikaansaannos.

Potilaiden mukaan ottaminen palveluiden kehittämiseen on kovasti tapetilla. Ollakseen aidosti asiakaslähtöinen, organisaation tulee aktiivisesti kehittää foorumeita asiakkaidensa kuulemiseksi. Uudistuvassa, kehitysmuotoisessa organisaatiossa asiakkaisiin suhtaudutaan positiivisesti ja auttavasti. (Stenvall & Virtanen 2012, 159, 227.) Huomioitavaa on tällaisen tiedonkeruu menetelmän tuottaman tiedon subjektiivisuus. Lisäksi on pohdittava, kertovatko potilaat täysin avoimesti palautetta henkilölle, joka toimii myös työntekijänä yksikössä.

Tulevaisuuden muistelu tiedonkeruun ja kehittämisen tarpeiden nostamisen menetelmänä osoittautui tähän kehittämistyöhön sopivaksi. Sen mukautuvuus eritavoin käytettäväksi osoittautui yhdeksi keskeiseksi vahvuudeksi. Ensimmäisessä kehittämisspäivässä tulevaisuuden muistelun avulla toteutettu rooli-

leikki antoi monitasoista ajateltavaa kehittämisen päälinjoja nostettaessa. Potilasryhmän kanssa menetelmän käyttäminen ei onnistunut. Aika oli liian rajallinen ja potilaat liian keskittyneitä juuri tämän hetken akuutteihin ongelmiin, jotta heitä olisi saatu keskittymään kunnolla pohtimaan laajempia kokonaisuuksia ja luomaan suuria linjoja.

Positiivisena yllätyksenä koettiin huomio tiedonkulun parantumisesta potilasryhmän myötä. Tiedon vastaanottaminen toisilta potilas tovereilta, oli potilaiden antaman palautteen mukaan helpompaa. Erityisesti negatiivisina koettujen muutosten perusteita koettiin haastavana ottaa vastaan hoitajien kertomana, sillä keskustelussa oli aina läsnä jonkinlainen valta-asetelma. Sen sijaan potilasryhmässä näistä asioista keskusteltiin ilman tunnekuohua ja paikalla olleet potilaat sisäistivät näin perustelut käytäntöjen takana, vieden taas tietoa eteenpäin tutuilleen. Menetelmää haluttiin jatko jalostaa, jonka vuoksi potilastiimi perustettiin pysyväksi kehittämisen ja tiedon vaihdon kanavaksi.

## **6.1 Eettisyys ja luotettavuus**

Erilaiset lait ja säädökset ohjaavat myös tutkimus- ja kehittämistoiminnassa yksilön sekä yhteisöjen suojaamista ja niiden yksityisyyttä (Heikkilä ym. 2008, 43). Tässä kehittämistyössä ei missään kohtaa kerätty mitään henkilöiden tunnistetietoja ja potilaiden osallistuminen kehittämistoimintaan oli täysin anonymiä. Kaikki tehdyt muistiot potilas tapahtumista kirjattiin niin, ettei yksittäisiä mielipiteitä tai mitään kenenkään henkilökohtaiseen hoitoon liittyviä asioita kirjattu ylös. Henkilökunnan tiimeissä ja kehittämispäivissä ei puhuttu yksittäisten potilaiden tilanteista vaan yleisesti haasteista, jotka koskettivat laajempaa potilasryhmää tai kaikkia. Samoin mitään sellaista ei kirjattu ohjeisiin, muistioihin tai manuaaliin, mistä olisi tunnistettavissa yksittäistä potilasta tai pienempää potilasryhmää.

Päihdeongelmiin itsessään liittyy useita moraalisia ja eettisiä kysymyksiä erityisesti lastensuojelun ja rikollisuuden kautta. Myös paljon paheksuntaa tai väärin ymmärryksiä liittyy itse korvaushoitoon ja näitä ristiriitoja haluttiin hälventää pohtimalla monia eettisiä kysymyksiä manuaalin pohdintaa osioissa. Näin ollen manuaali parhaimmillaan lisää eettistä pohdintaa ja parantaa sitä myöten entisestään hoidon laatua, kehittymistä ja potilaiden saamaa kohtelua.

Manuaali kokonaisuudessaan pyrittiin kirjaamaan siten, että sen ilmaisussa käytetään neutraaleja potilaita leimaamattomia termejä ja lääke, sekä potilas turvallisuus kulkevat koko matkan läpileikkaavana teemana. Manuaalin sisältöä käytiin yhdessä potilaiden kanssa läpi, niin että saatiin mahdollisimman hyvä varmistus sen neutraalista ilmaisu tavasta. Manuaalin avoin kierrättäminen koko potilasryhmällä olisi saattanut vielä entisestään lisätä sen neutraaliutta ja laatua.

Kun palveluilla hoidetaan sairaita ja heikompiosaisia, tulee eettisesti pohtia mitä palveluita voidaan kehittää ja miten (Stenvall ja Virtanen 2012, 258). Valitut kehittämiskohteet nousivat pääasiassa tarpeesta sujuvoittaa työtä ja sitä myöten lisätä potilaiden saaman hoidon laatua. Tässä kehittämistyössä otettiin mukaan toimijoiksi myös potilaita, jotta heidän äänensä saatiin kuuluviin. Halukkaita ei rajattu mitenkään, joten näin varmistettiin, ettei kehittämistyössä loukattu, eikä väheksytty eri ihmisiä tai ihmisryhmiä. Tämä on Heikkilä ym. (2008, 43) mukaan tärkeää, kun ensisijainen kehittämistoiminnan tavoite on potilaiden hyvä.

Mahdollinen heikkous tässä kehittämistyössä, oli mahdollisimman laajalti potilaiden mielipiteen saaminen kuuluviin. Tämän nimenomaisen potilasryhmän ongelmien luonteen huomioiden, on pohdittava, tulevatko kaikkein huonokuntoisimmat tai toisaalta parhaiten kuntoutuneet potilaat osallistumaan tällaisiin kehittämistapahtumiin. Juuri nämä heikkoudet huomioiden valittiin rinnakkaiseksi tiedonkeruun menetelmäksi kirjallisuus katsaus, johon kerättyä tietoa peilattiin. Tutkiva kehittäminen nojautuu aikaisempaan tutkimustietoon, käytännön kokemuksiin sekä ammattilaisten kokemus- sekä hiljaiseen tietoon (Heikkilä ym. 2008, 44). Kirjallisuuskatsausta toteutettaessa, havaittiin usean aihealueen kohdalla saturaatiota, joka osaltaan lisää luotettavuutta. Luotettavuuden lisäämiseksi tämän kehittämistoiminnan aikana tehdyt valinnat perusteluineen on raportoitu mahdollisimman kattavasti tähän raporttiin. Lukijat tulee voida seurata ja arvioida erilaisiin tutkimustuloksiin ja kehittämiskäytäntöihin ja johtopäätöksiin pääsemiseksi tehtyä työtä (Toikko ja Rantanen 2009, 127, 157).



## 6.2 Jatkohankkeet

Kehittämistyön tarkoituksena oli mallinnuksen sekä manuaalin avulla selkeyttää ja yhtenäistää hoitokäytäntöjä, parantaa palveluiden laatua, parantaa potilasturvallisuutta, helpottaa perehdytystä ja kaiken edellä mainitun toteutuessa, vaikuttaa positiivisesti myös työntekijöiden työssäjaksamiseen. Tämän huomioiden olisi mielenkiintoista tutkia miten työntekijät kokevat työssäjaksamisensa muuttuneen muutosten myötä. Myös potilasnäkökulman kerääminen voisi ohjata edessä olevaa jatko kehittämistä. Yksikköön toteutettu potilaskysely voitaisiin esimerkiksi uusida ja tutkia miten tällainen kehitystyö potilaiden silmissä näyttäytyy.

Korvaushoidon psykososiaaliseen kuntoutukseen tämän opinnäytetyön myötä suunniteltu psykoedukaatio jäi vielä keskeneräiseksi, mutta sen loppuun saattamiseksi on tekeillä sosiaalialan opiskelijan tekemä opinnäytetyö, missä se tehdään loppuun ja aloitetaan. Vastaavanlainen ryhmien kehittäminen toiminnallisena opinnäytetyönä esimerkiksi raskaana oleville korvaushoitopotilaille tai pienten lasten vanhemmille voisi olla tarpeen.

Tämän kehittämisprosessin aikana alkanut korvaushoitopotilaiden c-hepatiitin polikliininen hoitaminen korvaushoito yksiköissä olisi myös mielenkiintoista dokumentoida tutkimuksen keinoin. Näkökulmana voisi olla joko työntekijöiden tai potilaiden kokemus hoidosta, mahdollisesti molempien. Myös uusien lääkemuotojen mukaan tuleminen avaa uusia tutkimus kohteita. Miten esimerkiksi injeksiolla annettavan pitkävaikutteisen korvaushoitolääkkeen antaminen vaikuttaa potilaan hoitoon sitoutumiseen, kun yksikössä ei tarvitse lääkkeen vuoksi enää asioida niin usein. Kiinnostavaa on myös, miten yksiköt alkavat hyödyntää läikehoidosta irtoavan ajan potilaiden hyväksi ja miltä tämä näyttäytyy potilaiden silmissä.

Potilaita on ympäri Suomea jo pitkään jaettu kuntouttavaan ja haittoja vähentävään hoitoon. Se, miten näiden hoitojen erot näyttäytyvän potilaille herättää myös mielenkiintoa. Mikäli ymmärtäisimme paremmin, miten potilaat itse saamansa tuen tai heihin kohdistuvat odotukset kokevat, voisimme paremmin tarjota oikein räätälöityä hoitoa tai vähintäänkin puhua asioista samalla kielellä.

Oheiskäyttö ja siihen suhtautuminen näyttäytyivät yhtenä suurimpina tutkimuksen kohteina sekä keskustelua ja muutoksia vaativana osa-alueena tässä kehittämistyössä. Se myös puhututtaa eniten potilaita itseään. Se, miten hoidon aikaiseen oheiskäyttöön olisi hyvä puuttua, voisi olla yksi sekä potilaisiin, että työntekijöihin yhtä aikaa kohdistuvan tutkimuksen kohde. Sama on tullut muissakin tutkimuksissa esille jatkohankkeiden kohdalla (ks esim. Launonen 2013, 60).

Psykososiaalisen kuntoutuksen lisäämiseksi tilanteessa, missä rahallisia resursseja tuskin ollaan kohdentamassa tähän potilasryhmään merkittävästi lisää, voisi tutkia digitaalisten oma apu ym. kanavien hyödyntämistä sekä potilaiden itse aktivoitumista esimerkiksi ryhmä ja yhteisöhoidolliseen toimintaan. Ylipäätään potilaiden osallistuminen oman hoitonsa suunnitteluun tuli tämän kehittämistyön myötä esille monissa kohtaa. Yhtenä jatkohankkeena voisikin olla enemmän potilasvetoinen tutkimus ja kehittämishanke, jossa voitaisiin toimijoina hyödyntää esimerkiksi kokemusasiantuntijoita

## LÄHTEET

Aalto M. 2018 Opioidikorvaushoidon tehokkuus. Näytönastekatsaus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim.

Aalto, M. 2015. Opioidikorvaushoidon toteuttaminen on tasapainoilua. Sic! Lääketietoa Fimeasta 1/2015. Saatavissa: [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129836/1\\_15%2014-15%20Opioidikorvaushoidon%20toteuttaminen.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129836/1_15%2014-15%20Opioidikorvaushoidon%20toteuttaminen.pdf?sequence=1) [Viitattu 2.2.2018].

Aalto, M. 2012a. Huumeet ja mielenterveys. Teoksessa Seppä, K., Aalto, M., Alho, H. & Kiiänmaa, K. (toim.). 2012. Huume- ja lääkeriippuvuudet. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 163-167.

Aalto, M. 2012b. Psykososiaaliset hoidot. Teoksessa Seppä, K., Aalto, M., Alho, H. & Kiiänmaa, K. (toim.). 2012. Huume- ja lääkeriippuvuudet. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 119-138.

Aalto, M., Visapää, J-P., Halme, J., Fabritius, C. & Salaspuro, M. 2011. Effectiveness of buprenorphine maintenance treatment as compared to a syringe exchange program among buprenorphine misusing opioiddependent patients. Nordic Journal of Psychiatry, 65:4, 238-243

Alueuudistus.fi. 2018. Maakunta ja sote uudistus. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Valtiovarainministeriö. Saatavissa: <http://alueuudistus.fi/mika-on-sote-uudistus> [viitattu 5.3.2018]

Amato, L., Minozzi, S., Davoli, M & Vecchi, S. 2011a. Psychosocial and pharmacological treatments versus pharmacological treatments for opioid detoxification. Pdf tiedosta. Saatavissa: [www.cochranelibrary.com](http://www.cochranelibrary.com) [viitattu 20.1.19]

Amato, L., Minozzi, S., Davoli, M. & Vecchi S. 2011b. Psychosocial combined with agonist maintenance treatments versus agonist maintenance treatments alone for treatment of opioid dependence. pdf tiedosto. Saatavissa: [www.cochranelibrary.com](http://www.cochranelibrary.com) [viitattu 20.1.19]

Arnkil, T., Seikula, J. 2005. Dialoginen verkostotyö. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki 2009.

Baird, C., Fox, P.& Colvin, L. 2014. Gabapentinoid in order to potentiate the effect of methadone: a survey among substance misusers. Eur Addict Rec. 20. Saatavissa: [https://www.researchgate.net/publication/258313979\\_Gabapentinoid\\_Abuse\\_in\\_Order\\_to\\_Potentiate\\_the\\_Effect\\_of\\_Methadone\\_A\\_Survey\\_among\\_Substance\\_Misusers](https://www.researchgate.net/publication/258313979_Gabapentinoid_Abuse_in_Order_to_Potentiate_the_Effect_of_Methadone_A_Survey_among_Substance_Misusers) [viitattu 15.4.2018]

Bawor, M., Dennis, B., Samaan, C., Plater, C., Worster, A., Varenbut, M. Daiter, J., Marsh, D. Desai, D., Steiner, M., Anglin, R., Coote, M., Pare, G., Thabane, L. & Saimaan, Z. 2014. Methadone induces testosterone suppression in patients with opioid addiction. Sci Rep. 2014; 4: 6189. Verkkojulkaisu. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4143768/> [viitattu 21.1.19]

Benyamina A. 2014. The current status of opioid maintenance treatment in France: a survey of physicians, patients, and out-of-treatment opioid users. saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4164042/> [viitattu 24.6.2018].

Carroll, K. & Weiss, R. 2016. The role of behavioral interventions in buprenorphine maintenance treatment, A review. Am J Psychiatry. 2017 Aug 1; 174(8): 738–747. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5474206/> [viitattu 20.2.2019].

Dugosh, A., Abraham, A., Seymor, B., Mc Loyd, K., Chalk, M & Festinger, D. 2016. A Systematic Review on the Use of Psychosocial Interventions in Conjunction with Medications for the Treatment of Opioid Addiction. US National Library of Medicine National Institutes on Health. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4795974/> [viitattu 21.1.2019].

Esityslistat, Kotkan kaupunki, Sosiaali- ja terveyslautakunta.3/2017. D/1046/06.00.00.00/2017, saatavilla: [http://www.kotka.fi/hallinto\\_ja\\_talous/esityslistat\\_ja\\_poytakirjat](http://www.kotka.fi/hallinto_ja_talous/esityslistat_ja_poytakirjat) [viitattu 14.11.2017].

EMCDDA. 2017. Euroopan huumeraportti. Suuntauksia ja muutoksia. Euroopan huumaussaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus. Pdf dokumentti. Saatavissa: <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4541/TDAT17001FIN.pdf> [viitattu 4.2.2018].

EMCDDA. 2018. Euroopan huumeraportti. Suuntauksia ja muutoksia. Euroopan huumaussaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus. PDF-dokumentti. Saatavissa: [http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/8585/20181816\\_TDAT18001FIN\\_PDF.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/8585/20181816_TDAT18001FIN_PDF.pdf) [viitattu 14.10.2018].

Esityslistat, Kotkan kaupunki, Sosiaali- ja terveyslautakunta. 2/2016. D/748/06.00.00.00/2016, saatavilla: [http://www.kotka.fi/hallinto\\_ja\\_talous/esityslistat\\_ja\\_poytakirjat](http://www.kotka.fi/hallinto_ja_talous/esityslistat_ja_poytakirjat) [viitattu 14.11.2017].

European Medicines Agency. Epclusa. Päivitetty 28.7.2016. Verkkójulkaisu, saatavissa: <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/epclusa> [viitattu 25.1.19].

Fox, A., Masyukova, M. & Cunningha, C.2016. Optimizing psychosocial support during office-based buprenorphine treatment in primary care: patients' experiences and preferences. US National Library of Medicine National Institutes of Health. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4801741/> [viitattu 20.1.2019].

George, P. 2015. Outcomes from the Malaysian Arm of The International Survey Informing Greater Insights in Opioid Dependence Treatment (INSIGHT) Project. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26162395> [viitattu 10.9.2018].

Giersing, I., Waal, H., Caplehorn, J., Gossop, M. & Clausen. 2010. Staff attitudes and the associations with treatment organisation, clinical practices and outcomes in opioid maintenance treatment. BMC Health services research.

Saatavissa: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-10-194> [viitattu 20.1.2019].

Gorodetzky, C., Walsh, S., Martin, P., Saxon, A., Gullon, K & Biswas K. 2017. A phase III, randomized, multi-center, double blind, placebo controlled study of safety and efficacy of lofexidine for relief of symptoms in individuals undergoing inpatient opioid withdrawal. Saatavissa: [https://www.drugandalcoholdependence.com/article/S0376-8716\(17\)30187-4/fulltext](https://www.drugandalcoholdependence.com/article/S0376-8716(17)30187-4/fulltext) [viitattu 19.8.2018]

Grosshans, M., Lemenager, T., Vollmert, C., Kämmerer, N., Screiner, R. & Mutschler, J. 2013. Pregabalin abuse among opiate addicted patients. Eur Clin Pharmacol. Saatavissa: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00228-013-1578-5> [viitattu 15.4.2018].

Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Hietala, T. 2018. Osaston ylilääkäri, Yleissairaalan psykiatria. Haastattelu 18.5.2018. Carea Oy.

Holopainen, A. 2011. Huumeriippuvuuden korvaushoito on tuloksellista. Duodecim 2011; 127, 100-101. Saatavissa: <http://www.duodecim-lehti.fi/lehti/2011/2/duo99309> [viitattu 5.2.2018].

Holmberg, J. 2010. Päihderiippuvuudesta elämänhallintaan. Helsinki: Edita.

Hov, L., Mosdøl, A., Ding, Y., Strømme, H. & Vist, GE. 2016. Use of Biological Samples in Rehabilitation of Persons Receiving Opioid Maintenance Treatment: A Systematic Review. Norwegian Institute of Public Health. Saatavissa: <https://www.fhi.no/en/publ/2016/bruk-av-biologiske-tester-i-oppfolgingen-av-personer-som-mottar-legemiddela/> [viitattu 21.1.2019].

Häkkinen, M, Putkonen, H., Kuikanmäki, O., Kurkela, S., Kuure, K. & Riihimäki, K. 2018. Opioidikorvaushoidon käytännön opas. Mielenterveystalo Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. WWW-dokumentti. Saatavissa: [www.mielenterveystalo.fi](http://www.mielenterveystalo.fi) [viitattu 25.1.2019].

Häkkinen, M. 2015a. Abuse and fatal poisonings involving prescription opioids. Revelations from postmortem toxicology. Helsingin yliopisto. Väitöskirja

Häkkinen M. 2015b, opioidien väärinkäyttö on lisääntynyt Suomessa, Duodecim, Duodecim 2015;131:711–2 Saatavissa: <http://www.duodecim-lehti.fi/api/pdf/duo12222> [viitattu 25.1.2019].

Itzoe, M. & Guarnieri, M. 2017. New developments in managing opioid addiction: impact of a subdermal buprenorphine implant. Drug Design, Development and Therapy 11 (2017) WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5436774/> [viitattu 1.9.2018].

Idrisov, B., Murphy, S., Morrill, T., Saadoun, M., Lunze, K. & Shepard, D. 2016. Implementation of methadone therapy for opioid use disorder in Russia – a modeled cost-effectiveness analysis. Substance Abuse Treatment, Preven-

tion, and Policy 2017 12:4. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://substanceabusepolicy.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13011-016-0087-9> [viitattu 21.1.2019]

Itzoe, M. & Guarnieri, M. 2017. New developments in managing opioid addiction: impact of a subdermal buprenorphine implant. *Drug Des Devel Ther.* 2017; 11: 1429–1437. Verkkojulkaisu. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5436774/> [viitattu 21.1.19].

Jaffe, J., Bloors, R., Crome, L., Carr, M., Alam, F., Simmons, A. & Meyer, R. 2004. A postmarketing study of relative abuse liability of hypnotic sedative drugs. Best Practice Project Management, Inc. and University of Maryland Department of Psychiatry Bethesda.

Kaipainen, E., Lamminen, S. & Niemelä, S. 2016. Huumeiden oheiskäyttö opioidikorvaushoidossa Turussa ja Jyväskylän seudulla. *Lääkärilehti* 8/2016 573 - 578. Saatavissa: <http://www.laakarilehti.fi.ezproxy.xamk.fi:2048/tieteessa/terveydenhuoltoartikkelit/huumeiden-oheiskaytto-opioidikorvaushoidossa-turussa-ja-jyvaskylan-seudulla/> [viitattu 11.4.2018].

Kalso, E. 2009. Opioidivalmisteet. Julkaisussa Kalso, E., Paakkari, P. & Forsell, M. 2009. Opioidit pitkäkestoisessa kivussa. 2. uudistettu painos. Helsinki: Lääkelaitos, 24-27.

Kankaanpää, S. 2013. Opioidikorvaushoito toipumisprosessin välivaiheena. Hoidosta onnistuneesti irrottautuneiden kokemuksia kuntoutumisesta. Helsingin yliopisto. Valtiotieteellinen tiedekunta. Pro gradu- työ.

Kaskela, T. 2011. Haaveena normaali elämä. Tutkielma opioidikorvaushoitopotilaiden hoitoa koskevista mielipiteistä, hoidon tavoitteista ja psykososiaalisesta tilanteesta. Itä-Suomen Yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Pro gradu- työ.

Kiianmaa, K. 2012. Huumeiden vaikutusmekanismit, riippuvuuden kehittymisen ja periytyvyys. Teoksessa Seppä, K., Aalto, M., Alho, H. & Kiianmaa, K. (toim.) 2012. Huume- ja lääkeriippuvuudet. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 23 - 33.

Kim, S. Marsch, L., Acosta, M., Guarino, H. & Aponte-Melendez Y. 2016. Can persons with a history of multiple addiction treatment episodes benefit from technology delivered behavior therapy? A moderating role of treatment history at baseline. *Addict Behav.* 2016 Mar; 54: 18–23. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4713265/> [viitattu 21.1.19].

Koivuranta-Vaara, P. 2011. Terveystieteiden laatuopas. Suomen kuntaliitto, Helsinki. Saatavissa: [http://shop.kunnat.net/product\\_details.php?p=2597](http://shop.kunnat.net/product_details.php?p=2597) [viitattu 21.1.2019].

Tietoa Kotkasta. 2018. Kaupungin www sivut. Saatavissa: [http://www.kotka.fi/tietoa\\_kotkasta](http://www.kotka.fi/tietoa_kotkasta) [viitattu 14.11.2017].

Käypä hoito suositus. 2018. Huumeongelmaisten hoito. Päivitetty 12.4.2018.

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50041> [viitattu 21.8.2018].

Lagisetty, P, Klasa, K., Bush, C., Heisler, M., Chopra, V. & Bohnert A. 2017. Primary care models for treating opioid use disorders: What actually works? A systematic review. Saatavissa: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0186315> [viitattu 10.9.2018].

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2008.

Lastensuojelulaki. 13.4.2007/417.

Laitila, M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys - ja päihdetyössä. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja.

Launonen, E. 2013. Oheiskäyttö opioidikorvaushoidossa. Itä-Suomen yliopisto Terveystieteiden tiedekunta Lääketieteen laitos. Opinnäytetutkielma.

Lehtiö, L. & Johansson E. 2016. Järjestelmällinen tiedonhaku hoitotieteessä. Julkaisussa Stolt, M., Axelin, R. & Suhonen, R. (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto.

Luukkonen, I., Mykkänen, J., Itälä, T., Savolainen, S., Tamminen, M. 2012. Toiminnan ja prosessien mallintaminen, tasot, näkökulmat ja esimerkit. Kuopio, Itä-Suomen yliopisto ja Aalto-yliopisto.

Mateos-Moreno MV., Del-Río-Highsmith J., Riobóo-García R., Solá-Ruiz MF. & Celemín-Viñuela A. 2013. Dental profile of a community of recovering drug addicts: Biomedical aspects. Retrospective cohort study. Saatavissa: [http://www.medicinaoral.com/pubmed/medoralv18\\_i4\\_p671.pdf](http://www.medicinaoral.com/pubmed/medoralv18_i4_p671.pdf) [viitattu 15.4.2018].

Mielenterveystalo. Tietoa diagnooseista. Hus ja Terveyskylä.fi. saatavissa: <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Tietopankki/Diagnoosi-tietohaku/Pages/default.aspx> [viitattu 24.8.18].

Mielenterveys ja päihdepalvelut. 2018. Kotkan kaupungin internetsivut. Saatavissa: [http://www.kotka.fi/asukkaalle/terveyspalvelut/mielenterveys-ja\\_paihdepalvelut](http://www.kotka.fi/asukkaalle/terveyspalvelut/mielenterveys-ja_paihdepalvelut) [viitattu 14.11.2017].

Mietippä 2012-2016. 2012. Eteläkymenlaakson mielenterveys- ja päihdestrategia. Saatavissa: [http://www.kotka.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/kotka/embeds/kotkawwwstructure/21240\\_Etela-Kymenlaakson\\_mielenterveys-ja\\_paihdestrategialuonnos\\_2012-20161.pdf](http://www.kotka.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/kotka/embeds/kotkawwwstructure/21240_Etela-Kymenlaakson_mielenterveys-ja_paihdestrategialuonnos_2012-20161.pdf) [Viitattu 14.11.2017].

Mikkonen, A. 2012. Opioidiriippuvuuden hoito. Teoksessa Seppä, K., Aalto, M., Alho, H. & Kiianmaa, K. (toim.) 2012. Huume- ja lääkeriippuvuudet. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 83 - 95.

Moore, B., Fazzino, T., Barry, D., Fiellin, D., Cutter, C., Schottenfeld, R. & Ball, S. 2013. The Recovery Line: A pilot trial of automated, telephone-based

treatment for continued drug use in methadone maintenance. *Subst Abuse Treat.* 2013 Jul; 45(1): 63–69. Verkkojulkaisu. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3642223/> [viitattu 21.1.19].

Mykkänen, S, Kuoppasalmi, K., Tissari, P. ja Henriksson, M.(toim.) 2015. Suositus terveydenhuollollisesta huumeetestauksesta- asianmukaiset menettelytavat sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköille. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere 2015. PDF-dokumentti, saatavissa: [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126298/URN\\_ISBN\\_978-952-302-488-5.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126298/URN_ISBN_978-952-302-488-5.pdf?sequence=1&isAllowed=y) [viitattu 31.10.18].

Nolan, S., Klimas, J. & Wood, E. 2016. Alcohol use in opioid agonist treatment. US National Library of Medicine National Institutes of Health. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5146864/> [viitattu 31.3.2019].

Partanen, A., Alho, H., Forsell, M., Kotovirta, E., Kuussaari, K., Mäkelä, N., Rönkä, S., Selin, J. & Vormaa, H. 2017. Opioidikorvaushoito on laajentunut ja monimuotoistunut. *Lääkärilehti* 50 - 52/2017.2981 - 2985.

Partanen, A., Vormaa, H., Alho, H. & Leppo, A. 2014. Opioidiriippuvuuden lääkeellinen vieroitus- ja korvaushoito Suomessa. *Lääkärilehti* 7/2014 vsk 69 s.481 - 486 Saatavissa: <http://www.laakarilehti.fi.ezproxy.xamk.fi:2048/tieteessa/terveydenhuoltoartikkelit/opioidiriippuvuuden-laakkeellinen-vieroitus-ja-korvaushoito-suomessa/> [viitattu 11.4.2018].

Pennanen, P. 2009. Opioidihoitoa määrävän lääkärin huomioitavaa. Teoksessa Kalso, E., Paakkari, P. & Forsell, M. 2009. Opioidit pitkäkestoisessa kivussa. 2. uudistettu painos. Helsinki: Lääkelaitos, 30 - 35.

Pillerit vaihtuivat ruiskeisiin huumeiden korvaushoidossa – lääkkeen suussa- pidon valvonta veiliikaa aikaa. 2019. Yle uutiset, 16.1.2019. Nettilehti, saatavissa: <https://yle.fi/uutiset/3-10598731> [viitattu 31.3.2019].

Päihdehuollon huumeasiukkaat 2016. 2017. Tilastoraportti.Raportti 36/2017. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos.

Ristola, M. 2012. Huumeiden aiheuttamat elimelliset terveyshaitat. Teoksessa Seppä, K., Aalto, M., Alho, H. & Kiianmaa, K. (toim.). 2012. Huume- ja lääke- riippuvuudet. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 170 - 178.

Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI- henkilöstölle. Turun ammattikorkeakoulu. Saatavissa: <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163738.pdf>. [Viitattu 11.1.2014].

Selin, J., Perälä, R., Stenius, K., Partanen, A., Rosenqvist, P. & Alho, H. 2015. Opioidikorvaushoito Suomessa ja muissa Pohjoismaissa. *Suomen lääkäri-lehti*. 19/2015 vsk 70, 1343 - 1348.

Seppä, K. 2012. Huumeiden aiheuttamant elimelliset terveyshaitat. Teoksessa Seppä, K., Aalto, M., Alho, H. & Kiianmaa, K. (toim.). 2012. Huume- ja lääke- riippuvuudet. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 170 - 178.



Seppä, K. & Heinälä, P. 2012. Lääkkeiden väärinkäytön tunnistaminen ja ehkäisy. Teoksessa Seppä, K., Aalto, M., Alho, H. & Kiianmaa, K. (toim.). 2012. Huume- ja lääkeriippuvuudet. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 61 - 70.

Siitonen, N. & Ylä-Kujala, P. 2018. Asiakaspalautekysely Kotkan mielenterveys- ja päihdepalveluissa. Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu. Terveystuonhuollon koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Saatavissa: <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/144441/Petri.Yla-Kujala.%20Natalia.Siitonen.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [viitattu 20.3.2019].

Simojoki, K. 2013. Improving maintenance treatment of opiate addiction: Clinical aspects. Helsingin yliopisto. Lääketieteen laitos. Väitöskirja.

Simojoki, K., Pentikäinen, H., Fabritius, C. & Vuori, E. 2012. Huomioita hoidon porrastukseen ja yksilöllistämiseen. Hukkaammeko korvaushoidon mahdollisuudet? Duodecim 2012: 128, 1737-1739.

Sosiaalihuoltolaki 1301/2014.

Sotkanet. 2018a. Työttömät % työvoimasta 2000-2016. Saatavissa: <https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=szYKBAA=&region=szbKszaPAAA=&year=sy6rtM7U0zUEAA==&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.0-SNAPSHOT&buildTimestamp=201802280718> [viitattu 9.3.2018].

Sotkanet. 2018b. Poliisin tietoon tulleet kaikki huumausainerikokset /1000 asukasta 1990-2016. Saatavissa: [https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=s\\_bNAQA=&region=szbKszaPAAA=&year=sy6rtC7W0zUEAA==&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.0-SNAPSHOT&buildTimestamp=201802280718](https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=s_bNAQA=&region=szbKszaPAAA=&year=sy6rtC7W0zUEAA==&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.0-SNAPSHOT&buildTimestamp=201802280718) [viitattu 9.3.2018].

Stanciu, C., Glass, M., Muzyka, B. & Glass, M. 2017. "Meth Mouth": An Interdisciplinary Review of a Dental and Psychiatric Condition. Journal of Addiction Medicine. 11(4) 250 – 255, Saatavissa: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=28441274> [viitattu 15.4.2018].

Stenvall, J. & Virtanen, P. 2012. Sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistamiseksi kehitettävien mallit, toimintatavat ja periaatteet. Tietosanoma Oy.

STM. 2008. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten vieroitustus- ja korvaushoidosta erällä lääkkeillä. Helsinki 17.1.2008/33. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2008/20080033>.

STM. 2016. Suomen C-hepatiitti strategia 2017-2019. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:63. PDF-tiedosto, saatavissa: <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/78923/C-hepatiittistrategia.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [viitattu 25.1.2019].

STM. 2017. Valtioneuvoston periaatepäätös. Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017 - 2021. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:9.

Terveydenhuollon laatuopas. 2011. Koivuranta-Vaara, P. (toim.). 1. painos. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Terveydenhuoltolakiin (<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>) liittyvä sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta (<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110341>).

Ti, L., Socias, M., Wood, E., Milloy, M., Nosova, E., DeBeck, K., Kerr, T. & Hayash H. 2018. The impact of methadone maintenance therapy on access to regular physician care regarding hepatitis C among people who inject drugs. PLoS One. 2018; 13(3): e0194162. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5868786/> [viitattu 21.1.2019].

Tilastokeskus.s.a. Kuntaportaali. Luettavissa : <https://www.stat.fi/tup/kunnat/kuntatiedot/285.html> [viitattu 20.8.2018].

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.

Tourunen, J., Pitkänen, T., Harju-Koskelin, O., Häkkinen, A. & Holopainen, A. 2009. Korvaushoitopotilaiden kuntoutuminen on pitkä ja haasteellinen prosessi K- ja Vieroitushoitopoliklinikoilla vuosina 2002–2003 hoitonsa aloittaneiden opioidiriippuvaisten potilaiden korvaushoidon seuranta. Yhteiskuntapolitiikka 74 (2009):4.

Tourunen, J. & Pitkänen, T. 2010. Opioidiriippuvaisten korvaushoito ja syrjäytymisen ehkäisy. Teoksessa Laine, T., Hyväri, S. & Vuokkila-Oikkonen, P. (toim.) 2010. Syrjäytymistä vastaan sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Kustannus Oy Tammi, 147-168.

Uosukainen, H. 2014. Buprenorphine, features of abuse and methods for improving unobserved dosing in opioid substitution treatment. Itä-Suomen yliopisto. Väitöskirja.

Valvira. 2018. Benzodiatsepiinien määrääminen. Saatavissa: [http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/laakehoito/bentsodiatsepiinien\\_maaraaminen\\_2](http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/laakehoito/bentsodiatsepiinien_maaraaminen_2) [viitattu 11.4.2018].

Ylikangas, M. 2012. Huumeiden käytön historia. Teoksessa Seppä, K., Aalto, M., Alho, H. & Kiianmaa, K. (toim.). 2012. Huume- ja lääkeriippuvuudet. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 15 - 22.

What is Vivitrol. 2017. Lääke esite. Alkermes inc. Saatavissa: <https://www.vivitrol.com/opioid-dependence/what-is-vivitrol>. [viitattu 20.3.2019].

Whelan, P. & Remski, K. 2012. Buprenorphine vs methadone treatment: A review of evidence in both developed and developing worlds. J Neurosci Rural Pract. 2012 Jan-Apr; 3(1): 45–50. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3271614/> [viitattu 10.4.2018].

WHO. 2009. Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. Saatavissa: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241547543\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241547543_eng.pdf) [viitattu 10.4.2018].

## Aikaisemmat tutkimukset

tekijät ja vuosi	tietokanta	otsikko	otos ja menetelmä	keskeiset tulokset
Hov L, Mosdøl A, Ding Y, Strømme H, Vist GE. 2016	Pub Med	Use of Biological Samples in Rehabilitation of Persons Receiving Opioid Maintenance Treatment: A Systematic Review	kirjallisuus katsaus huumausainetestien sisällyttämisen vaikutuksista hoitoon. Vertaus potilaisiin, joilta otettiin testejä tai ei otettu.	Kiistatonta näyttöä siitä, että huumausainetestien antaminen vaikuttaisi hoidon tuloksiin, ei löytynyt. Asiaa tulisi tutkia lisää.
Wilcox, C., Bogenschu, M., Nakazawa, M. and Woody, G. 2013	Pub Med	Concordance Between Self-Report and Urine Drug Screen Data in Adolescent Opioid Dependent Clinical Trial Participants	152 opiaattiriippuvaisen satunnaistettu tutkimus, jossa vertailtiin 2 viikon vieroituksessa olevien ja 12 viikon korvaushoidossa olevien itse ilmoittamaa päihteiden käyttöä testien osoittamaan.	Potilaiden itse ilmoittama päihteiden käyttö täsmäsi hämmästyttävän usein testien tulokseen. Joitain eroja väärin negatiivisten tulosten ilmoittajien joukossa ilmeni liittyen sosiaaliseen statukseen ja esim. sukupuoleen. Syytä tähän voivat liittyä esimerkiksi häpeän tunteeseen. Kaiken kaikkiaan itse ilmoittaminen todettiin melko luotettavaksi tavaksi arvioida käyttöä, toki testauksen tuella.
Benyamina A. 2014	Pub Med	The current status of opioid maintenance treatment in France: a survey of physicians, patients, and out-of-treatment opioid users.	Haastateltiin 100 lääkäriä, 130 potilasta ja 33 käyttäjää, jotka eivät ole hoidossa.	Ranskan uniikki "open-access" malli (perusterveydenhuollossa) koetaan hyväksi ja potilaat ovat useiden mittausten valossa kuntoutuneet hyvin Euroopan keskiarvoihin verrattuna, vaikka hoito on hyvin kevyttä ja vapaata. Kuitenkin väärinkäyttöön tulisi löytää konsteja ja terapiaa sekä psykososiaalista tukea tulisi olla enemmän saatavilla.
Giersing, I., Waal, H., Caplehorn, J. Goslop, M. and Clausen 2010	Pub Med	Staff attitudes and the associations with treatment organisation, clinical practices and outcomes in opioid maintenance treatment	Korvaushoitoyksikön "kuntoutus asenteen" vaikutusta hoitotuloksiin Strukturoitu kysely 140 työntekijälle 14 eri yksikössä Norjassa	Kuntoutus orientoituneiden yksiköiden potilaat käyttivät vähemmän päihteitä kuin haittoja vähentävällä näkökulmalla toimivat yksiköt. Niissä myös oli enemmän valvontaa (huumeseulat) ja psykososiaalista kuntoutusta. Hoidossa pysyvyys oli parasta välimaaston hoitopaikassa.
George P. 2015	Pub Med	Outcomes from the Malaysian Arm of The International Survey Informing Greater Insights in Opioid Dependence Treatment (INSIGHT) Project.	50 potilasta ja 77 lääkäriä haastateltiin strukturoidulla kyselylomakkeella. Tutkimus oli osallajempaa kansainvälistä tutkimusta, jossa samanlainen kysely toteutettiin useissa naapurimaissa Aasiassa.	Pienen otoskoon vuoksi ei voida yleistää koskemaan koko väestöä. Korvaushoidosta tiedettiin ja siihen päästiin suhteellisen helposti ja varhain, mikä saattaa parantaa hoitotuloksia. Potilaiden kouluttamista/informoimista ja psykososiaalista tukea sekä annosten valvontaa olisi syytä lisätä.
Laura Amato, Silvia Minozzi, Marina Davoli, Simona Vecchi 2011	cochrane	Psychosocial combined with agonist maintenance treatments versus	35 tutkimusta (yhteensä 4319 tutkittua henkilöä) käsittänyt kirjallisuus katsaus, joissa verrattiin	Minkään yksittäisen tietyn psykososiaalisen tuen tarjoaminen lääkehoidon ohella ei merkittävästi muuta hoitotulosta. Vaikutusta joihinkin lopputulok-

		agonist maintenance treatments alone for treatment of opioid dependence	tietyä yksittäisen terapia muodon tarjoamista korvaushoidon ohella. Katsaus käsitti 13 eri terapia muotoa.	siin, kuten kuolleisuuteen, vaatisi pidempiä seuranta aikoja. Psykososiaalisen kuntoutuksen vaatimat ankarat muutokset monella eri elämän osa alueella saattavat vaikuttaa lopulta välillisestä päihdekäytön vähenemiseen.
Amato L, Minozzi S, Davoli M, Vecchi S 2011	Cochrane	Psychosocial and pharmacological treatments versus pharmacological treatments for opioid detoxification.	Kirjallisuus katsaus jossa 11 tutkimusta psykososiaalisen tuen tarjoamisesta korvaushoidon ohella versus pelkkä korvaushoito.	Psykososiaalisen tuen tarjoaminen korvaushoidon ohella lisäsi hoidossa pysymistä, vähensi päihdeiden käyttöä ja auttoi pidempiaikaisemman raittiuden saavuttamisessa.
Arild Granerud and Helge Toft 2015	Pub Med	Opioid dependency rehabilitation with the opioid maintenance treatment programme - a qualitative study from the clients' perspective	Laadullinen tutkimus potilaiden kokemasta osallisuudestaanhoidoosaa. Seitsemän potilaan puolistrukturoitu haastattelu	Korvaushoidossa säännöt sanelevat niin paljon, että omaan hoitoon ei pääse juuri vaikuttamaan. Potilaat, jotka kokivat päässeensä osalliseksi hoitonsa suunnittelua, olivat edenneet parhaiten hoidossa. Osallisuutta tulisi lisätä ja katsoa kokonaiskuvaa ja potilaan saavutuksia pelkkien esimerkiksi tiukkojen sääntöjen noudattamisen ja seuratulosten sijaan.
Airi Partanen Hannu Alho Martta Forsell Elina Kotovirta Kristiina Kuussaari Niklas Mäkelä Sanna Rönkä Jani Selin Helena Vormaa 2017	Medic	Opioidikorvaushoito on laajentunut ja monimuotoistunut	163 Suomessa korvaushoitoa toteuttavaan hoitopaikkaan lähetetty lomake ja webropol kysely, jolla selvitettiin hoidossa olevien potilaiden määrää ja valittua hoitolinjasta	Suomessa korvaushoidossa olevien määrä kasvaa edelleen, eikä osoita taittumista. Hoito on keskittynyt päihdehoidon erityispaikkoihin ja sisältää usein sekä haittoja vähentävää että kuntouttavaa hoitoa.
Karen Dugosh, Amanda Abraham, Brittany Seymour, Keli McLoyd, Mady Chalk, David Festinger, 2016	Pub MED	A Systematic Review on the Use of Psychosocial Interventions in Conjunction With Medications for the Treatment of Opioid Addiction	Kirjallisuus katsaus jossa 14 vuoden 2010 jälkeen tehtyä tutkimusta	9/14 tutkimuksesta osoitti psykososiaalisen tuen yhdistämisen vaikuttavan jossakin määrin päihdekäytön vähenemiseen. Joissakin tutkimuksissa oli myös positiivista vaikutusta havaittavissa hoidossa pysymiseen ja mielialassa. Mikään tietty intervention tapa ei ollut ylittse muiden ja huomattakoon, että valta osassa tutkimuksia verrokki ryhmä ei ollut pelkästään lääkehoidon varassa vaan sai jonkin verran myös neuvontaa ja tukea.
Fox, A., Maszykova, M., and Cunningham, C. 2016		Optimizing psychosocial support during office-based buprenorphine treatment in primary care: patients' experiences and preferences	USA:ssa toteutettu laadullinen puolistrukturoitu haastattelu tutkimus 33 opiaattikorvaushoidossa olevan potilaan kokemuksista. Aineisto analysoitu grounded theory menetelmää.	Hyvä hoitosuhde, potilaskeskeinen hoidon suunnittelu, potilaan oma osallistuminen, yhteisölliset ja tiimi perustaiset hoitomuodot olivat keskeisimpiä tukevia elementtejä hoidossa. Työntekijöiden toivottiin omaavan tietoa riippuvuuksista mutta sitäkin tärkeämmäksi nostettiin heidän ymmärtävä, tuomitsematon ja kannustava työotteensa.
"tehokkuus" "kannattavuus"				
Bulat Idrisov, Sean M. Murphy, Tyler Morrill, Mayada Saadoun, Karsten Lunze, and Donald Shepard	Pub Med	Implementation of methadone therapy for opioid use disorder in Russia – a modeled cost-	Tutkimuksessa laskettiin kustannusarvio opioidiriippuvaisten hoitamisesta metadoni korvaushoidolla. Laskennat tehtiin kolmella eri arvioidulla potilas määrällä.	Kaikkien kolmen eri hoitoon otettavien arvioidun määrän mukaan lasketuissa kustannus arvioissa hoitaminen todettiin erittäin kustannustehokkaaksi huomioiden ilman hoitoa

2016		effectiveness analysis		edessä olevien sairauksien (hiv, c-hepatiitti, tuberkuloosi, yliannostukset ym.) arvioidut kustannukset.
Kathleen M. Carroll, and Roger D. Weiss, 2016	Pub Med	The role of behavioral interventions in buprenorphine maintenance treatment: A review	Kirjallisuus katsaus 8 tutkimukseen joista 4 osoitti käyttäytymis-terapiasta olevan hyötyä korvaushoito potilaille ja neljä osoitti, että ei ollut hyötyä. Tutkimus keskittyi analysoimaan näiden kahden eroavan tuloksen syitä.	Ero tuloksiin syntyy todennäköisesti tutkimus asetelmien ja hoito ohjelmien eroista, esim. monissa hoitopaikoissa itse perus lääkehoitoonkin kuuluu jo jonkin verran tapaamisia lääkärin ja hoitajan kanssa, mikä jo edistää kuntoutumista. Ilmeisesti olisi hyödyllistä tarjota alkuun löyhempää tukea, kunnes hoidon edetessä selviää, kuka tarvitsee tiiviimpää tukea.
Pooja Lagisetty, Katarzyna Klasa, Christopher Bush, Michele Heisler, Vineet Chopra and Amy Bohnert, 2017		Primary care models for treating opioid use disorders: What actually works? A systematic review	Kirjallisuuskatsaus, johon valikoitui 35 eri interventio tutkimusta 8 eri maasta. Etsittiin toimivia tapoja toteuttaa korvaushoitoa perusterveydenhuollossa. Eri interventioita vertailtiin SEIPS (Systems Engineering Initiative for Patient Safety) mallin avulla.	Mikään tietty korvaushoidon toteutus tapa ei taannut merkittävästi toisia parempia tuloksia perusterveydenhuollon toteuttamassa korvaushoidossa. Kuitenkin mallit, joissa moniammatillisen tiimin voimin potilaille tarjottiin muutakin kuin lääkkeen valvontaa, osoittautuivat muita toimivimmiksi. Monissa malleissa työntekijöille ei tarjottu erillistä korvaushoidon koulutusta systemaattisesti, mikä ei vaikuttanut erityisesti hoidon tuloksiin.
somaattisista haasteista				
Bawor, M., Dennis, B., Samaan, C., Plater, C., Worster, A., Varenbut, M. Daiter, J., Marsh, D. Desai, D., Steiner, M., Anglin, R., Coote, M., Pare, G., Thabane, L. and Samaan, Z. 2014	Pub Med	Methadone induces testosterone suppression in patients with opioid addiction	231 opiaattiriippuvaista metadon hoidossa olevaa potilasta käsittänyt poikittaistutkimus, jossa potilaiden testosteronitasoja mitattiin ja tarkasteltiin sen yhteyttä esimerkiksi korvaushoitolääke annokseen.	Metadon korvaushoito oli monilla mies potilailla yhteydessä testosteronin tason laskuun. Samaa ilmiötä ei naisilla havaittu. Usein testosteronin tason lasku oli suoraan verrannollinen korvaushoito annokseen siten että mitä suurempi annos, sen alhaisempi testosteronin taso. Tutkijat suosittavat systemaattista testosteronin tasojen mittausta hoidossa olevilta, jotta oikeanlaista hoitoa pystyttäisiin heille tarjoamaan.
Ti, L., Socias, M., Wood, E., Milloy, M.-J., Nosova, E., DeBeck, K., Kerr, T. and Hayash H. 2018	Cochrane	The impact of methadone maintenance therapy on access to regular physician care regarding hepatitis C among people who inject drugs	1627 Kanadalaisen C-hepatiitti positiivisen potilaan tiedoista koottu vertailututkimus.	Korvaushoidossa olevilla potilailla oli muita suonensisäisesti huumeita käyttäviä potilaita paremmat mahdollisuudet päästä c-hepatiitin tutkimuksiin ja hoitoon. Korvaushoidon todettiin olevan hyvä keino löytää hoitoa tarvitsevia. C-hepatiitin hoitaminen saattoi toimia motivaattorina hakeutua korvaushoitoon ja toisinpäin.
"haasteista"				
Seonaid Nolan,1,2 Jan Klimas,1,3 and Evan Wood 2016	Cochrane	Alcohol use in opioid agonist treatment	Narratiivinen kirjallisuus katsaus tutkimuksiin, joissa korvaushoito potilaita ja heidän alkoholin käyttöönsä sekä sen hoitamista on tutkittu.	Alkoholin liikakäyttö korvaushoitopotilaiden keskuudessa on yleistä (jopa 1/3 potilaista) silti asiaa on tutkittu suhteellisen vähän. Mini interventio on todettu vähentävän alkoholin käyttöä korvaushoitopotilailla, joilla se ei vielä ylitä riskikäytön rajoja. Riskikäyttäjille paras väliintulo tapa on ilmeisesti motivoivan haastattelun keinot. Korvaushoitoon tulisi sisällyttää alkoholin liikakäytön säännöllistä seulon- taa esim. auditin, puhallutusten ja lab.kokeiden avulla.
"ongelman luonteesta"				

Garami J, Haber, P, Myers C, Allen M, Misiak B, Frydecka D and Moustafa A 2017	Pub Med	Intolerance of uncertainty in opioid dependency – Relationship with trait anxiety and impulsivity	Tutkimus käsitti 114 korvaushoitopotilasta ja 69 tervettä verrokkia. Epävarmuuden sietokykyä mitattiin kolmella eri mittaristolla.	Korvaushoitopotilailla todettiin selvästi huonompaa sietokykyä epävarmuudelle kuin verrokkiryhmällä. Impulsiivisuus, yhdessä huono epävarmuudensietokyvyn kanssa oli myös todennäköisempää korvaushoitopotilailla. Tutkimus tulokset antoivat näyttöä, että huono epävarmuuden sietokyky olisi mahdollinen riskitekijä opiaattiriippuvuudelle, enemmän kuin riippuvuuden itsensä aiheuttama tila.
"uutuudet"				
MariaLisa Itzoe and Michael Guarnieri 2017	Pub Med	New developments in managing opioid addiction: impact of a subdermal buprenorphine implant	Kuvaileva kirjallisuus katsaus, joka listasi tällä hetkellä käytössä olevat opiaattiriippuvuuden lääkintä muodot, verrat niitä uuteen ihon alle asennettavaan buprenorfiini implanttiin.	Buprenorfiini implantti on osoittautunut tutkimuksissa tehokkaaksi lääkintämuodoksi tasaisen vaikutuksensa ja monien muiden hyötyjensä (ei lääke katoamisia, ei unohduksia, ei lääkehaakuja niin usein) vuoksi. Vain vähäisiä sivuoireita raportoitu.
Kim, S. Marsch, L., Acosta, M., Guarino, H. and Aponte-Mendez Y. 2016	Pub Med	Can persons with a history of multiple addiction treatment episodes benefit from technology delivered behavior therapy? A moderating role of treatment history at baseline	160 korvaushoidon aloittavalle potilaalle USA:ssa toteutettu satunnaistettu 12 viikon vertailututkimus, jossa puolilla osallistujista osa palveluohjausta vaihdettiin tietokone perustaiseen oma apu tyyppiseen hoito ohjelmaan.	Tietokone perustaisen hoito-ohjelman tulokset osoittautuivat yhtä hyviksi kuin pelkän palveluohjauksenkin. Erityisesti potilailla, jotka ovat jo monta kertaa lopettaneet ja uudelleen aloittaneet hoidon saattavat hyötyä enemmän tietokone perustaisesta hoito ohjelmasta.
Brent A. Moore, Tera Fazzino, Declan T. Barry, David A. Fiellin, Christopher J. Cutter, Richard S. Schottenfeld, and Samuel A. Ball, 2013	Pub Med	The Recovery Line: A pilot trial of automated, telephone-based treatment for continued drug use in methadone maintenance	36 potilasta, joista puolet saivat korvaushoitoa kuten ennenkin ja puolet sen ohella mahdollisuuden käyttää Recovery Line nimistä puhelimella toimivaa interaktiivista sovellusta, josta sai kognitiivis-behavioristista tukea ja neuvontaa. Vaikutusta seurattiin haastatteluin ja seuloin.	Selvää vaikutusta päihteiden käytön vähenemiseen ei ollut kaiken kaikkiaan, mutta niinä päivinä, kun potilaat olivat käyttäneet Recovery Linea, heidän päihteiden käyttönsä oli muita päiviä vähäisempää. Tulokset ovat lupaavia ottaen huomioon, että tämä pilotti tutkimus oli vain pienelle joukolle ja kesti vain neljä viikkoa.

## Roolit, tulevaisuuden muistelussa

Rooli	Kuvaus
Duunari	Olet työn tekijä, teet työtä 8-16 jotta saat elantosi. Sinulle tärkeintä on että työ sujuu annetussa ajassa ilman ongelmia ja että se ei aiheuta sinulle haittaa nyt eikä tulevaisuudessa
Maailmanparantaja	Olet työntekijä, joka haluaa pelastaa kaikki, viis omasta jaksamisestasi tai muiden. Haluat kaikille hyvän mielen ja toivot kaikille hyvää. Et niinkään koe tarpeellisena turvallisuus asioita tai käytännön asioita ja raameja kuten lakia, tärkeämpää on tehdä työtä sydämellä ja uskot että sillä tavalla kaikki sujuu turvallisesti ja oikein. (tietenkään et myös vastusta lakia ym. mutta ne nyt vaan eivät ole sinulle niin tärkeitä)
Eettisyys	Eettisyys eli yleinen moraalit ja järki. Suojelet ihmistä ja luontoa yrittäen ajaa kaikkien etua ja hyvinvointia korkealla moraalilla. Ymmärrät työntöön ja rahan merkityksen mutta korostat kaikille kuuluvaa tasa-arvoa, vapautta ja puhautta
Potilas	Haluat omaa etuasi ja oikeuksiasi kunnioitettavan. Haluat sitä palvelua mitä muutkin saavat ja mihin sinulla on oikeus. Haluat samat lähtökohdat elämään kuin muillakin. Haluat tulla kuntoon
Päättäjä	Olet se, joka jakaa rahat. Sinulle on tärkeää, että kaikki pyörii lain puitteissa ja rahat riittävät. Jos jonnekin antaa enemmän, on jostain otettava ja siksi punnittava mistä on eniten haittaa, mistä hyötyä
Kuntalainen vastaan	Et kannata korvaushoitoa, sinusta se on laillistettua huumeiden käyttöä, et ymmärrä asiaa. Haluat kyllä, että huumeongelma hoidetaan, mutta ei näin
Kuntalainen puolesta	Sinulla on ehkä omainen hoidossa ja kannatat hoitoa. Haluat mahdollisimman hyvää, mutta myös tarkkaa seurantaa ja paljon eri apua, rahasta viisi

## Sisällys

Lyhyesti korvaushoidosta ja sen historiasta	3
Korvaushoitoa ohjaavat lait	3
Korvaushoidon tavoitteet	4
Hoitolinjat Kymssotessa	5
○ Arviointi (tämä täydennetään myöhemmin)	
○ Aloitusvaihe	6
○ Kuntouttava korvaushoito	7
▪ Lääkkeenjako apteekista	8
○ Haittoja vähentävä korvaushoito	10
○ Hoidon lopetus	11
• HOIDON TOTEUTUS	
○ Omahoitajan rooli	13
○ Hoito- ja kuntoutussuunnitelma	14
○ Käynti ajat- Kotka	15
○ Lääkehoito	16
▪ Valittu korvaushoito lääke	17
▪ Buvidal injektio	19
▪ Korvaushoito annos	20
▪ Lääkkeenoton valvonta	21
▪ Kotilääke	22
▪ Kotilääkevalmius arvio	23
▪ Tuplaliotus	24
▪ Välipäivä	25
○ Psykososiaalinen kuntoutus	27
▪ Psykoedukaatio	28
○ Voinnin seuranta	29
▪ Vieriseula	30
• ERITYISTILANTEET	
○ Psykkiset ongelmat	31
○ Somaattiset ongelmat	32
▪ Tartuntataudit	33
○ Kotilääkehoito	34
○ Korvaushoito ja raskaus (täydennetään myöhemmin)	
○ Lomat	35
○ Oheiskäyttö	37
○ Tiivistys	38
○ Laitoskatkaisu/vieroitus/kuntoutus	39
○ Uhkaava ja väkivaltainen käytös	40
○ Kotkan Korvaushoidon visio	42
• LIITTEET	43
○ hoitosuunnitelman täyttö	
○ Hoitosopimus	
○ Apteekkisopimus	