



# **Opioidiriippuvaisen korvaushoitopotilaan hoito-ohjeen päivittäminen**

Jenni Lahtinen

Opinnäytetyö  
Joulukuu 2014  
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto  
Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma

## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto  
Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma  
Mielenterveys- ja päihdehoitotyö

JENNI LAHTINEN:

Opioidiriippuvaisen korvaushoitopotilaan hoito-ohjeen päivittäminen

Opinnäytetyö 48 sivua, joista liitteitä 11 sivua  
Joulukuu 2014

---

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Pohjois-Satakunnan peruspalveluliikelaitos kuntayhtymän päivystyksen sairaanhoitajien tiedon tarve opioidikorvaushoitoon liittyen. Tavoitteena oli sairaanhoitajien kokeman tiedontarpeen perusteella päivittää nykyinen hoito-ohje. Tutkimus toteutettiin laadullisena tutkimuksena ja aineisto kerättiin kahtena ryhmähaastatteluna sairaanhoitajilta. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä. Opinnäytetyössä kuvataan myös hoito-ohjeen päivitysprosessi ryhmähaastatteluiden tuottamia tuloksia hyödyntäen.

Pohjois-Satakunnan kuntayhtymän alueeseen kuuluu kuusi kuntaa, yhteensä noin 22 000 asukasta. Nykyisin sairaanhoitajat toteuttavat korvaushoidon lääkehoidon annostelemalla lääkkeitä asiakkaalle ja valvovat lääkehoidon onnistumisen sekä toimivat hoitotiimin jäsenenä.

Tulosten mukaan sairaanhoitajien nykyinen tietämys korvaushoidosta vaihtelee tiedon ja osaamisen osalta. He kokivat, että perustietoa on lääkkeen annosta ja korvaushoidosta, mutta kuitenkin osa koki nykyisen tietämyksen vähäiseksi. Lisätiedon tarvetta sairaanhoitajat kokivat hoitopolun kokonaisuudesta ja yhteistyötahon tietämisestä. Lisäksi he kokivat lisätiedon tarvetta lääkehoidon valvomisesta, huumeeseulan toteuttamisesta ja oikeuksistaan asiakkaita kohtaan. Kehittämisasiideoina toivottiin, että tietoa lisättäisiin koulutuksella ja selkeällä ohjeella sairaanhoitajille. Asiakkaan vastaanottokäynnin rauhoittamisen sairaanhoitajat kokivat tärkeäksi. He toivat ilmi, ettei levoton paikka tai ympäristö ole asiakkaalle eikä heille miellyttävä. Hoidon kokonaisuuden selkeyttämisen asiakkaan näkökulmasta sairaanhoitajat kokivat tärkeäksi. He kokivat, että omahoitaja käytäntö olisi hyvä, koska nyt he kokivat hoidon ja ohjeistuksen olevan sekavaa. Omahoitajan myötä he kokivat, että asiakaskin pystyisi parempaan vuorovaikutukseen ja hoitosuhteeseen.

Tulosten perusteella kehittämissuhteiksi esitetään hoidon selkeyttämisen pohtimista ja sitä voisiko asiakkaat keskittää yhdelle omahoitajalle. Asiakkaan vastaanottokäynnin rauhoittamista tulisi myös miettiä hoidon toteutuksessa. Lisäksi koulutusta tulisi järjestää kaikille sairaanhoitajille ja säännöllisin väliajoin tulisi pitää neuvotteluita, joissa käsiteltäisiin sillä hetkellä tärkeimmät asiat korvaushoitoon liittyen. Korvaushoidon hoito-ohje tulisi tarkistaa ja päivittää vuosittain.

---

Asiasanat: korvaushoito, opiaatti, huumeriippuvuus

## ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Tampere University of Applied Sciences  
Master's Degree Programme in Clinical Nursing Expertise

LAHTINEN, JENNI:  
Updating a Regimen for an Opiate Replacement Therapy Patient

Master's thesis 48 pages, appendices 11 pages  
December 2014

---

The purpose of this thesis was to study the Northern Satakunta Joint Municipal Authority on-call nurses' information needs of opiate replacement therapy. The aim was to update the current instructions based on the nurses' experiences. The study was conducted as a qualitative study and the data were collected in two group interviews. The data were analyzed using content analysis. The updating process of the care instructions is also described in this thesis.

The results showed that nurses' current knowledge of substitution treatment varied between knowledge and expertise. Nurses experienced that they had a basic knowledge about administering the drug and the replacement therapy, but some nurses thought their level of knowledge was low. Nurses' needed extra knowledge of the whole care pathway and contact person, as well as of monitoring the drug therapy, implementation of a drug screen and their rights. As a development suggestion, nurses' expressed that information should be given with education and with clear instructions. According to nurses it was important to have a peaceful atmosphere during the customer visit. A restless place or environment is not good for a customer, or for nurses. Clarifying the whole treatment path from a customer's point of view was regarded important to nurses. A primary nurse would be beneficial because the treatment and guidelines were experienced confusing. It would also help the customer to open up more.

As a suggestion for development nurses should discuss how the treatment in practice could be clarified and whether it would be possible that one nurse concentrates on more clients. In addition more education should be arranged to all on-call nurses. There should also be care meetings regularly where the most urgent issues concerning replacement therapy could be discussed.

---

Key words: opiate replacement therapy, opiate, drug dependence/addiction

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE .....	7
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT .....	8
	3.1 Korvaushoidon historia.....	9
	3.2 Opioidiriippuvuuden määrittäminen.....	10
	3.3 Korvaushoidon toteutus .....	10
4	TUTKIMUKSEN METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT .....	14
	4.1 Laadullinen tutkimus .....	14
	4.2 Aineistonkeruu.....	14
	4.3 Sisällönanalyysi .....	16
5	TULOKSET .....	18
	5.1 Sairaanhoidajien nykyinen tietämys korvaushoidosta.....	18
	5.1.1 Vastaajien tiedon ja osaamisen taso vaihtelee .....	18
	5.2 Sairaanhoidajien lisätiedon tarve korvaushoidon toteutuksessa.....	18
	5.2.1 Hoitopolku .....	18
	5.2.2 Lääkehoito.....	19
	5.3 Sairaanhoidajien esittämät kehittämissideat.....	19
	5.3.1 Tiedon lisääminen .....	19
	5.3.2 Asiakkaan vastaanottokäynnin rauhoittaminen.....	21
	5.3.3 Hoidon kokonaisuuden selkeyttäminen asiakkaan näkökulmasta .....	21
6	KUVAUS HOITO-OHJEEN PÄIVITTÄMISESTÄ.....	23
7	POHDINTA.....	27
	7.1 Eettisyys.....	27
	7.2 Luotettavuus.....	28
	7.3 Tulosten tarkastelu .....	30
	7.3.1 Sairaanhoidajien nykyinen tietämys korvaushoidosta .....	30
	7.3.2 Sairaanhoidajien lisätiedon tarve korvaushoidon toteutuksesta.....	30
	7.3.3 Sairaanhoidajien esittämät kehittämissideat.....	31
	7.4 Päivitetty hoito-ohje.....	32
	7.5 Jatkotutkimus- ja kehittämissideat.....	34
	LÄHTEET .....	35
	LIITTEET .....	38
	Liite 1. Aikaisemmat tutkimukset taulukko .....	38
	Liite 2. Ryhmähaastattelunrunko.....	41
	Liite 3. Kuvaus sisällön analyysin etenemisestä .....	42
	Liite 4. Tietoinen suostumus .....	47

## 1 JOHDANTO

Opioidiriippuvuus on merkittävä terveys- ja sosiaaliongelman monissa yhteiskunnissa (Gowing ym. 2009,5). Suomessa ensimmäisiä korvaushoitoja on alettu antamaan vuosina 1992 - 1995 Tervalammen kuntoutuskeskuksella Vihdissä 20 potilaalle. Tämän jälkeen myös yksityislääkärit ovat alkaneet toteuttamaan Suomessa ensimmäisiä korvaushoitoja. Yksittäiset lääkärit ovat joutuneet valvonnan kohteeksi, koska tämä on katsottu laittomaksi toiminnaksi. Rikollisuusnäkökulma ja hepatiittiepidemiat herättivät huolen huumeiden vaikutuksista huumeiden käyttäjille yksilöinä sekä väestön terveydelle. Vuonna 1997 korvaushoito hyväksyttiin ensimmäistä kertaa Suomen huume politiikan välineistöön, jolloin Sosiaali- ja terveysministeriö laati ensimmäisen määräyksen hoidolle. (Hakkarainen & Tigerstedt 2005, 143,146,150.)

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus 33/2008 määrittelee korvaushoidoksi opiaattiriippuvaisen hoidon, missä apuna käytetään buprenorfiinia tai metadonia sisältävää lääkevalmistetta. Tavoitteeksi mainitaan kuntouttaminen, päihteettömyys tai haittojen vähentäminen, potilaan elämänlaadun parantaminen sekä korvaushoidon antaminen potilaalle, joka ei muuten ole vieroittunut opiaateista. Korvaushoidon tavoite tulee selvittää hoidon alussa ja sitä tulee tarkistaa hoidon aikana. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008.)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Pohjois-Satakunnan peruspalveluliikelaitoskuntayhtymän (myöhemmin käytetään lyhennettä PoSa) päivystyksen sairaanhoitajien tiedon tarvetta opioidikorvaushoidosta. Aineisto kerättiin sairaanhoitajilta ryhmähaastattelulla. Opinnäytetyön tavoitteena oli sairaanhoitajien kokeman tiedontarpeen perusteella päivittää nykyinen ohje korvaushoidosta.

PoSa on toiminut vuodesta 2009 alkaen. PoSa:n jäseninä ovat kuusi eri kuntaa: Honkajoki, Karvia, Jämijärvi, Kankaanpää, Siikainen ja Pomarkku. PoSa:n palvelut on jaettu elämänkaarimallin mukaisesti, lukuun ottamatta erityispalveluita, joten se koskee kaikkia ikäryhmiä. Päivystys kuuluu erityispalveluiden alaisuuteen ja toimii lääkärin vastaanoton ohessa. Päivystyksessä on vakituisia sairaanhoitajia yhdeksän.

Korvaushoitoa PoSa:ssa on toteutettu vuodesta 2010 alkaen. Vuonna 2010 on luotu ensimmäiset ohjeet korvaushoidosta, joita ei ole sen jälkeen päivitetty. Korvaushoitoa on

alettu toteuttamaan yhteistyössä Kankaanpään A-klinikan kanssa. Opinnäytetyön loppupuolella yhteistyökumppaniksi vaihtui PoSa:n Päihde- ja mielenterveyskeskus Tähti, joka sijaitsee Kankaanpäässä. Ennen lähetteen saamista korvaushoitoon, asiakkaan täytyy käydä Tähdessä hoitoarviokäynneillä. Korvaushoidot aloitetaan Harjavallan sairaalassa osastojaksolla, jonka jälkeen potilaat siirtyvät hoitoon terveyskeskukseen. Terveyskeskuksessa tapahtuu korvaushoitolääkkeen anto, valvotut huumeeseulat ja pistosjälkien tarkastaminen sekä lääkärin kontaktit. Päihde- ja mielenterveyskeskuksessa Tähdessä toteutuu terapeutin hoito.

Kiinnostukseni opioidikorvaushoitoon on kasvanut työtehtäväni kautta. Olen saanut vuonna 2010 tehtäväkseni toimia korvaushoitoasiakkaiden omahoitajana. Omahoitajana toimiminen on haasteellista kuten koko hoidon toteuttaminen.

## 2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää PoSa:n päivystyksen sairaanhoitajien tiedon tarve opioidikorvaushoidosta.

Tutkimustehtävät työssä olivat:

1. Millaiseksi sairaanhoitajat kokevat nykyisen tietämyksensä korvaushoidosta?
2. Mistä asioista sairaanhoitajat kokevat tarvitsevansa lisätietoa korvaushoidon toteutukseen?
3. Mitä kehittämisideoita sairaanhoitajilla on korvaushoidon toiminnalle ja hoito-ohjeeseen?

Opinnäytetyön tavoitteena oli sairaanhoitajien kokeman tiedontarpeen perusteella päivittää nykyinen ohje korvaushoidosta. Päivitetty ohje tuo aiempaa uudempaa tietoa korvaushoidosta. Lisäksi päivitetty ohje varmistaa hoidon laadun riippumatta hoidon toteuttajasta.

### 3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyöni aihetta käsittelevän kirjallisuuden ja lähteet olen hakenut tietokannoista Medic, Arto, Cochrane ja Jydoc. Hakusanoina olen käyttänyt YSA-pohjaisia sanoja: korvaushoito (opiate substitution therapy), opiaatit (opiate related disorder) ja huumeriippuvuus (drug dependence).

Sisäänottokriteerinä oli, että aineisto on 2000-luvulla julkaistua ja artikkelit pitää saada käyttöön kokonaisina full texteinä. Otsikon perusteella olen valinnut mukaan ne aineistot, jotka pitävät sisällään termin korvaushoito, huumeriippuvuus tai opioidiriippuvuus. Kirjallisuushaulla löytyneitä lähteitä on käytetty tässä opinnäytetyössä ja hoito-ohjeen päivittämisessä. Lisäksi osa lähteistä jouduin hylkäämään, koska esimerkiksi Arto-tietokannan kaikki lähteet eivät olleet tieteellisesti luotettavia. Opinnäytetyössä käytetyt yhdeksän tutkimusta on esitelty aikaisemmat tutkimukset taulukossa, joka on liitteenä (Liite 1). Taulukossa 1. on kuvattu kirjallisuushaun tulokset.

**Taulukko 1.** Kirjallisuushaun tulokset

	MEDIC	ARTO	COCHRANE	JYDOC
Korvaushoito (opiate substution treatment)	6	15	2	0
opiaatit (opioid related dosorder)	0	1	2	0
huumeriippuvuus (drug dependen- ce)	4	4	6	2

### 3.1 Korvaushoidon historia

Huumeriippuvuuden hoidossa yleinen tapa on ollut riippuvuutta aiheuttavan ja laittomasti käytetyn opiaatin korvaaminen laillisella opiaatilla. Huumausaineiden kauppaa koskeva verolaki säädettiin 1915, jolloin huumausaineiden kontrolli kiristyi. Vuonna 1919 ylläpidonomaista hoitoa tarjonneet klinikat pakotettiin lopettamaan lain tulkinnan ja toimeenpanon kiristyneen vuoksi. Opiaatin korvaaminen palasi huumehoitoihin 1960-luvun puolivälissä Yhdysvalloissa. Vincent Dole ja Marie Nyswander ovat amerikkalaisia lääkäreitä, jotka esittelivät kokeellisia tuloksia metadonilla toteutetusta hoidosta opiaattiriippuvaisilla 1960-luvun puolivälissä. Lääkärit halusivat korostaa, ettei kyse ollut kontrolloimattomasta jakelusta, vaan lääkärin lääkemääräyksestä osana hoitoa. Farmakologisesti metadoni poikkesi opiaateista, niin että se oli pitkävaikutteinen ja esti muiden opiaattien vaikutuksen. Tämä mahdollisti annostelun kerran päivässä. 1970-luvulla metadoni-korvaushoito yleistyi Yhdysvalloissa. Laajasti käyttöön se otettiin Hollannissa, Tanskassa ja Englannissa 1970- ja 1980-luvuilla. Nykymuotoinen hoito käytäntö huumeena käytetyn opiaatin korvaamisesta toisella opiaatilla säädelyssä hoito-ohjelmassa kytkeytyy vahvasti huumeriippuvuutta koskevaan tutkimustoimintaan Yhdysvalloissa 1920-luvulta 1970-luvulle saakka. (Selin 2011, 26,29.)

Suomessa huumeiden käyttö lisääntyi kovalla vauhdilla 1990-luvulla. Samaan aikaan nähtiin tarvittavan keinoja hillitä huumeiden käyttöä sekä niistä aiheutuvia yhteiskunnallisia ja terveydellisiä haittoja. Korvaushoito otettiin yleisesti käyttöön Suomessa vuonna 1997 ja lääkärit perustelivat sen siten, että opiaattiriippuvuus on aivotutkimuksen valossa aivojen välittäjäainetoiminnon häiriö. Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut määräyksiä korvaushoitoon vuosina 1997, 2000, 2002 ja uusimman vuonna 2008. Ensimmäiset korvaushoidon määräykset olivat tiukat. Alkuun hoito voitiin keskeyttää, jos virtsakokeesta selvisi asiakkaan käyttäneen huumetta, mutta näin ei voi enää toimia. Vuonna 2008 määräyksiä lievennettiin ja mahdollistettiin ylläpitohoito ja samalla koko eliniän pituinen korvaushoito sekä apteekkijakelu. Hoitopaikoiksi mahdollistuivat terveyskeskukset ja eri yksiköt päihdepalveluissa. Kymmenessä vuodessa korvaushoito on muuttunut tiukasta päihdeettömästä hoidosta päihteitä sallivampaan suuntaan. (Selin 2011,11, 30.) Viimeaikoina hoitoon hakeutuminen on lisääntynyt ja vuonna 2011 korvaushoidon piirissä on ollut 2439 asiakasta (Partanen ym. 2014, 481).

### 3.2 Opioidiriippuvuuden määrittäminen

Mikkosen (2012) mukaan opioidiriippuvuus on biopsykososiaalinen häiriö, jonka kehittymiseen vaikuttavat monet seikat. Riippuvuuden kehittymiseen vaikuttavat ympäristötekijät ja perinnöllinen alttius. Elämänlaadun parantamiseksi ja huumeiden käytön sekä kuolleisuuden vähentämiseksi tulee tarjota korvaushoitoa. (Mikkonen 2012, 85.) Simojoki (2013) määrittelee opioidiriippuvuuden väitöskirjassaan siten, että riippuvuutta ei kehity ilman säännöllistä käyttöä ja se yksinään ei riitä aiheuttamaan riippuvuutta. Riippuvuus kehittyy ajan kuluessa kokeilusta virkistyskäyttöön ja sitten yleensä päivittäiseen käyttöön. Monilla opioidiriippuvaisilla henkilöillä on psykiatrisia liitännäissairauksia, mutta on epäselvää onko liitännäissairauksia ollut jo ennen opiaattiriippuvuutta vai onko psykiatrinen liitännäissairaus aiheuttanut seurauksen väärinkäytölle. (Simojoki 2013, 16.)

Mäkelä (2002) kirjoittaa opioidiriippuvuuden kehittyvän nopeammin kuin alkoholismiin, mutta mainitsee samoin kuin Simojoki (2013) että, ensin käyttö on satunnaista huvittelukäyttöä. Päihdeura on etenevä tapahtuma, missä on isoja vaihteluja. Etenevyys näkyy siten, että riippuvuus syvenee ja haitat kasvavat ja päihtymyksen palkintoarvo vähenee. (Mäkelä, 2002, 176, Simojoki 2013, 16.)

### 3.3 Korvaushoidon toteutus

Korvaushoito on tarkoitettu sellaisille henkilöille joilla on diagnosoitu ICD-10 mukaan opioidiriippuvuus ja jotka eivät ole kyenneet yrityksistä huolimatta vieroittautumaan. Korvaushoidon lääkehoidossa on kyse siitä, että lääkeannos sovitetaan asiakkaan sietokykyä vastaamaan, niin että vieroitusoireet ja aineen himo pysyvät poissa. Korvaushoitolääke annetaan valvotusti, mutta asiakkaalla on mahdollisuus myös kotiannoksiin onnistuneen hoidon myötä. (Mikkonen 2012, 85-86.) Hyvin hoitoonsa sitoutunut asiakas voi saada kotiannokset enintään kahdeksaksi vuorokaudeksi kotiin, poikkeustapauksissa erityisestä syystä voi saada viideksitoista päiväksi kotiannokset. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2008.) Uosukainen (2014) on tutkinut elektronisia lääkkeen annostelijoita. Suurin osa tutkimukseen osallistuneista totesi, että annostelija on turvallisempi vaihtoehto säilyttää kotiannokset kuin perinteinen paperipussi. Mahdollisesti elektroninen lääkkeen

annostelija voi vähentää asiakkaan painetta välittää tai myydä lääkettä toisille käyttäjille. (Uosukainen 2014, 66,72.)

Asiakkaan kanssa laaditaan hoidon alussa apteekkisopimus. Apteekkisopimuksella asiakas sitoutuu hakemaan lääkemääräykset vain yhden hoitopaikan lääkäriltä ja noutamaan lääkkeet vain yhdestä apteekista. Apteekkisopimuksella saadaan estettyä, ettei asiakas kierrä keräämässä lääkkeitä eri lääkäreiltä tai käytä lääkkeitä väärin. (Hermanson 2008, 357.) Buprenorfiini-naloksoni yhdistelmävalmistetta voidaan kirjoittaa myös asiakkaalle apteekista noudettavaksi apteekkisopimuksella niin kauan kuin sopimus on voimassa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008.) Päätöksen siitä saako asiakas lääkkeen apteekista vai hoitoyksiköstä tekee hoitava lääkäri (Hermanson 2008,357). Apteekkijakelun piirissä vuonna 2011 oli 7 % asiakkaista (Partanen 2014, 481).

Mikkonen (2012) jakaa korvaushoidon teoksessaan vieroitushoitoon ja korvaushoitoon. Vieroitushoidoksi hän kuvaa hoitoa, joka tähtää lääkkeettömyyteen. Ajallisesti tämä kestää 3-12 kuukautta. (Mikkonen 2012, 87.) Vieroitushoittoa voidaan toteuttaa antamalla oireita tehokkaasti lieventäviä lääkkeitä. Harva potilas pysyy hoidon piirissä koko vieroitushoidon ajan. Parempi hoidossa pysyminen saavutetaan antamalla pitkävaikutteista opiaattia alenevin annoksin. (Salaspuro 2002, 454.) Mikäli vieroitukselle ei ole edellytyksiä jatketaan lääkitystä ja tavoitellaan asiakas kiinnittymään hoitoon (Hermanson 2008, 357).

Toinen muoto on korvaushoito, jonka kesto ei ole määritelty ja joka voi olla kuntouttavaa hoitoa tai haittoja vähentävää hoitoa (Mikkonen 2012, 87). Haittoja vähentävä hoito tulee olla tavoitteena sellaisilla asiakkailla, joita ei todennäköisesti saada lopettamaan kokonaan huumeiden käyttöä, mutta joiden kohdalla voidaan todennäköisesti ehkäistä tartuntatautien leviämistä ja muita terveyshaittoja. Näin heidän elämän laatua voidaan parantaa ja valmentaa vaativampaan kuntouttavaan korvaushoittoon. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008.) Kuntouttavassa korvaushoidossa oli vuonna 2011 66 % asiakkaista ja haittoja vähentävässä hoidossa oli 24 % (Partanen ym. 2014, 483).

Hoidon tavoitteiden sisältö, aikataulu ja taso selventyvät hoidon edetessä kuukausien ja vuosien kuluessa (Hermanson 2008, 357). Laadukkaasti toteutettu korvaushoito suunnitellaan yksilöllisesti asiakkaan voinnin, elämäntilanteen ja motivaation mukaan. Kun hoito on suunniteltu yksilöllisesti, pysyy hoidon perusta kuntouttavassa ja motivoivassa



sempi hinta kuin buprenorfiinilla. Viime aikoina on kuitenkin raportoitu, että yhdistelmävalmisteen väärinkäyttö olisi kasvava ongelma. (Simojoki 2013, 64.) Jos yhdistelmävalmistetta käytetään väärin injektioimalla se suoneen, heikentää se buprenorfiinin vaikutusta ja voi aiheuttaa opioidiriippuvaiselle vieroitusoireita, koska naloksoni vaikuttaa antagonisesti (Uosukainen 2009, 43). Yleisiä haittavaikutuksia yhdistelmävalmistella ovat turvotukset, ahdistuneisuus, masennus, unihäiriöt, nuha, pahoinvointi, ruuansulatuskanavan oireet, päänsärky, vilun tunne, verenkierron- ja maksan toiminnan muutokset, virtsan koostumuksen muutokset sekä näköhäiriöt (Uosukainen 2009, 44). Vuonna 2011 buprenorfiini-naloksoni valmistetta sai 58 % asiakkaista (Partanen ym. 2014, 483).

Buprenorfiini on pitkävaikutteinen opiaatti, jolla on kattovaikutus. Alussa aineen vaikutus lisääntyy annosnostojen yhteydessä, mutta myöhemmin se ei enää vaikuta. Buprenorfiini on tästä syystä metadonia turvallisempi. (Salaspuro 2002, 457.) Tällä hetkellä buprenorfiinia käytetään pelkästään raskaana olevien hoidossa ja se on Suomessa erityisluvallinen lääke (Surakka 2011, 47). Buprenorfiini voi aiheuttaa haittavaikutuksina pahoinvointia, oksentelua, väsymystä, euforiaa, hengityksen lamaantumista, ummetusta ja pupillien supistumista (Vadivelu & Hines 2008, 424). Asiakkaista 4 % sai pelkästään buprenorfiinia vuonna 2011 (Partanen ym. 2014, 483).

## 4 TUTKIMUKSEN METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT

### 4.1 Laadullinen tutkimus

Laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus ei ole tietyn tieteenalan tutkimusote tai tapa tutkia yhdenlaisesti. Laadullinen tutkimus on elämismailman tutkimista ja siinä on keskeistä merkitykset. Laadulliselle tutkimukselle aineistolähtöisyys on tavanomaista, mutta se ei ole puhtaasti sitä. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Tilastollisesti yleistettävää tietoa ei ole mahdollista saada laadullisella tutkimuksella, koska ollaan tekemisissä kertomuksien, tarinoiden ja merkityksien kanssa. Laadullisen tutkimuksen avulla jäsennetään todellisuutta entistä paremmin hallittavaan muotoon ja pyritään selvittämään tutkimuskohteina olevien ilmiöiden totuutta. (Kylmä & Juvakka 2007, 16-17.)

Opinnäytetyössäni selvitin sairaanhoitajien kokemuksia korvaushoidon tiedontarpeesta laadullisella tutkimusmenetelmällä. Sairaanhoitajien haastatteluista saamani tiedon perusteella päivitin nykyisen korvaushoito-ohjeen.

### 4.2 Aineistonkeruu

Tavanomaisimmat aineistonkeruu menetelmät laadullisessa tutkimuksessa ovat haastattelu, kysely, havainnointi ja dokumentteihin perustuva tieto. Haastattelun etu on joustavuus. Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelu, jossa edetään keskeisten etukäteen valittujen teemojen ja teemoihin liittyvien tarkentavien kysymysten varassa. Teemahaastattelussa ei voi kysyä mitä tahansa, vaan sillä pyritään löytämään vastauksia tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimustehtävien mukaisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 74.)

Teemahaastattelu lähtee oletuksesta, että kaikkia ihmisen kokemuksia, ajatuksia, tunteita ja uskomuksia voidaan tulkita tällä menetelmällä. Teemahaastattelussa otetaan huomioon ihmisten tulkinnat asioista ja heidän asioille antamansa merkitykset ovat keskeisiä sekä ne merkitykset, jotka syntyvät vuorovaikutuksessa. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 47-48.)

Ryhmähaastattelu voi olla hyvin väljää ja vapaamuotoista tai hyvinkin rajattua ja hallittua. Ihanteellinen koko ryhmähaastattelulle on 3-12 henkilöä. Suuren ryhmän ohjaaminen ja haastattelujen puhtaaksikirjoitus voi olla hankalaa. Ryhmähaastattelussa on mahdollisuus saada esille moniulotteinen kuva todellisuudesta. Haastateltavien vuorovaikutus ja ajatuksien luominen toinen toiselta luo ulottuvuuksia yhteiseen tarinaan ja merkityksiin. (Kylmä & Juvakka 2007, 84-85.) Ryhmähaastattelu voi tarjota informaatiota ja tunteita, joita henkilöillä on tietystä asiasta sekä valaista näkökulmaeroja ryhmän henkilöiden välillä. Ryhmähaastattelu kestää keskimäärin 1-2 tuntia, riippuen aiheen monimutkaisuudesta, kysymysten määrästä ja osallistujien määrästä. Eettisesti ja hyvien käytäntöjen mukaisesti haastateltaville on hyvä kertoa haastattelun kesto. (Rabiee 2004, 656.)

Haastattelijan tehtävänä ryhmähaastattelussa on saada aikaan keskustelua, pysyä valituissa teemoissa ja mahdollistaa kaikille osallistujille osallistuminen keskusteluun. Ryhmähaastattelun avulla saadaan useammalta henkilöltä vastauksia samaan aikaan. Ryhmähaastattelussa haastateltavat kommentoivat asioita spontaanisti ja tuottavat monipuolista tietoa tutkittavasta ilmiöstä. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 61, 63.)

Aineistonkeruu menetelmänä käytin teemahaastattelua, joka toteutettiin kahtena ryhmähaastatteluna. Haastatteluissa etenin kolmen teeman mukaan, jotka vastasivat tutkimustehtäviäni (Liite 2). Haastattelut toteutin kahdessa ryhmässä, jotta haastateltavien määrä pysyi sopivana. Yhdessä ryhmähaastattelussa oli neljä sairaanhoitajaa. Haastateltavat koostuivat vakituisista sairaanhoitajista joita on yhdeksän päivystyksessä, mutta näistä yhdeksästä yksi olen minä, joten haastateltavia oli vain kahdeksan.

Ryhmähaastattelut toteutettiin helmi-maaliskuun 2014 aikana ja haastatteluihin osallistuivat kaikki sairaanhoitajat. Ryhmähaastatteluiden tilana toimi päivystyksen kokoushuone. Haastattelut nauhoitettiin haastateltavien luvalla. Yksi ryhmähaastattelu kesti noin puolitoista tuntia. Tutkijana etenin yksi teema kerrallaan ja haastateltavat saivat avoimesti vastata vuorollaan. Avointa keskusteluakin teemoista syntyi haastateltavien välille ja he esittivät aiheesta kysymyksiä. Tutkijana yritin olla mahdollisimman ulkopuolinen tutkittaviin teemoihin liittyen, jotta en omilla mielipiteilläni vaikuttaisi haastattelujen lopputuloksiin.

### 4.3 Sisällönanalyysi

Sisällönanalyysin avulla pyritään saamaan aineisto tiiviiseen sekä selkeään muotoon kadottamatta sisällön informaatiota. Sisällönanalyysissa aineisto hajotetaan ensin osiin, käsitteellistetään ja kootaan uudelleen loogiseksi kokonaisuudeksi uudella tavalla. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108.)

Analyysimenetelmänä laadullisessa tutkimuksessa käytetään usein sisällönanalyysia, koska sitä pidetään tekstimuodossa olevan aineiston joustavana analyysimenetelmänä. Tavoitteena sisällönanalyysilla on tuottaa aineiston avulla tietoa kohteena olevasta ilmiöstä. (Kylmä ym. 2008, 24.)

Aineiston pelkistämisvaiheessa data kirjoitetaan auki, esimerkiksi haastatteluaineisto. Pelkistämisvaiheessa aineistosta karsitaan kaikki tutkimukselle epäolennainen pois. Pelkistäminen voi olla informaation tiivistämistä tai aineiston pilkkomista osiin. Ilmaukset kirjataan aineistosta nousseilla ilmauksilla ja tätä kutsutaan aineiston pelkistämiseksi. Pelkistäminen tehdään etsimällä aineistosta tutkimustehtävien kysymyksiä kuvaavia ilmaisuja, edeten tutkimustehtävä kerrallaan koodaamalla niille olennaiset ilmaukset. Niitä voidaan merkitä alleviivauksin erivärisillä kynillä aineistosta. Alleviivatut ilmaisut voidaan merkitä eri paperille allekkain. Pelkistämisen jälkeen aletaan aineistosta ryhmitellä koodattuja alkuperäisilmauksia. Ilmaukset käydään tarkasti läpi ja niistä etsitään eroavaisuuksia tai samankaltaisuutta kuvaavia käsitteitä. Samaa kuvaavat ilmaukset yhdistetään ja niistä luodaan luokka, joka nimetään sitä kuvaavalla käsitteellä. Ryhmittelystä käytetään nimeä alaluokka ja edelleen alaluokkien ryhmittelystä nimeä yläluokka. Yläluokat voidaan yhdistää vielä pääluokiksi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109-110.)

Aineiston kirjoitin ensin sanasta sanaan nauhurilta tekstiksi. Kirjoitin molemmat haastattelut omiksi aineistoiksi. Tekstin koodasin osiin yliviivauskynän avulla. Koodausvaiheessa pidin aineistot vielä kahtena erillisenä materiaalina. Otin kolme väriä käyttöön koodaukseen, jokaiselle tutkimustehtävälle oman värin. Etenin aineistoa tutkimustehtävä kerrallaan. Koodasin aineistosta kaiken olennaisen, joiden katsoin vastaavan tutkimustehtävääni. Koodauksien tuloksena aineistosta muodostui alkuperäisilmaukset, joista tein pelkistykset. Pelkistin jokaisen alkuperäisilmauksen erikseen. Pelkistämisvaiheessa aineistot olivat vielä erillään toisistaan. Pelkistämisen jälkeen aloin ryhmittele-

mään niitä alaluokiksi. Alaluokkien muodostusvaiheessa yhdistin pelkistykset yhteen. (taulukko 2).

**Taulukko 2.** Esimerkki alkuperäisilmauksen pelkistämisestä ja alaluokasta

<b>Alkuperäisilmaisu</b>	<b>Pelkistys</b>	<b>Alaluokka</b>
Tarvis olla aikaa sille ihmiselle, kun se käy siinä. Sil-lähän vois olla jotain asiaa. Täytys ehtiä kuunnella. Millä sä kuuntelet, kun puhelin soi ja teet muuta samalla.	Aikaa asiakkaalle kuunte-lua varten. Ympäristö levo-ton.	Rauhallinen ympäristö ja oma aika.

Alaluokkien syntymisen jälkeen tein niistä yläluokat. Aineistoni jäi yläluokkiin, pää-luokkia aineistostani ei syntynyt. Sisällön analyysin eteneminen on kuvattuna liitteessä 3.

## 5 TULOKSET

### 5.1 Sairaanhoitajien nykyinen tietämys korvaushoidosta

#### 5.1.1 Vastaajien tiedon ja osaamisen taso vaihtelee

Sairaanhoitajat kuvasivat tietämyksen tason vähäiseksi korvaushoidosta. Osa heistä kuvasi, että luulevat tietämystä olevan tai vuosi sitten ajattelivat tietoa olevan, mutta huomanneet nyt tietämyksen olevan vähäistä. Yksityiskohtaisia tietoja sairaanhoitajat eivät tiedä asiakkaista, mutta kokivat, että olisi hyvä tietää. He kokivat nykyisen tietämyksen vähäiseksi ja osa koki, ettei ole saanut tietoa korvaushoidosta.

*”Mulla kans hyvin vähän tietoutta ja sitten mun mielestä niitten asiakkaitten taustoista olis hyvä olla tietoo, että mitä ne on ja onko niillä sitä motivaatioo.”*

Sairaanhoitajat kokivat kuitenkin, että heillä on perustietoa korvaushoidosta ja lääkkeen annon he osaavat. He kuvasivat, että tietävät mihin lääkettä annetaan, mitä hoidossa seurataan ja että lopuksi suu tarkastetaan. Sairaanhoitajista osa kuvasi perustietoa olevan, mutta koki tiedon muuttuvan koko ajan. Osa sairaanhoitajista kuvasi osaavansa yksinkertaiset toistuvat asiat, mutta tarvitsevansa tukea ongelmatilanteissa. Haastateltavista yhdellä oli pidempiaikaista kokemusta korvaushoidosta, tietoa hän oli saanut luennoilta ja verkostokokouksista.

### 5.2 Sairaanhoitajien lisätiedon tarve korvaushoidon toteutuksessa

#### 5.2.1 Hoitopolku

Sairaanhoitajat kokivat lisätiedon tarvetta hoitopolun kokonaisuudesta ja yhteistyötahon tietämisestä. Haastattelussa nousi ilmi, etteivät he tiedä hoitopolkua sekä yhteistyötahoa josta saisi neuvoa kysyttäessä.

*”Hoitopolusta en tiedä ja se et mihin sitten otan yhteyttä, jos tarvii jotain kysyä.”*

A-klinikan toimenkuvasta sairaanhoitajat kokivat tarvitsevansa lisätietoa. He miettivät sitä, onko A-klinikka pakollinen ja mikä porras A-klinikka on hoitopolussa.

## **5.2.2 Lääkehoito**

Lääkehoidon valvomisesta, huumeeseulan toteuttamisesta ja oikeuksista sairaanhoitajat kokivat tarvitsevansa lisätietoa. Oikeuksilla sairaanhoitajat tarkoittivat, että onko oikeutta tutkia suuta spaattelilla lääkkeen ottamisen jälkeen. Lääkehoidon valvomisesta sairaanhoitajat tarvitsevat tietoa; onko istuttava koko ajan vieressä ja katsottava, tutkittava suut ja riisuttava vaatteet. Huumeeseulan ottamisesta kaivattiin tietoa sekä siitä milloin se otetaan.

Lääkkeen jauhamisesta ja haittavaikutuksista sairaanhoitajat kokivat tarvitsevansa lisätietoa. Sairaanhoitajat ilmaisivat, että tarvitsevat tietoa annetaanko lääke jauhattuna vai ei ja jos lääkäri antaa ohjeen murskata lääkkeen, onko tämä oikein. Odotettavista ongelmista ja niihin suhtautumisesta ja lääkkeen haittavaikutuksista ilmaistiin myös tarvitsevan lisätietoa.

## **5.3 Sairaanhoitajien esittämät kehittämisideat**

### **5.3.1 Tiedon lisääminen**

Sairaanhoitajista enemmistö koki, että perustietämystä täytyisi lisätä kaikille sairaanhoitajille. Tämä auttaa selviämään päivittäisestä työstä. Haastatteluissa nousi ilmi, että tieto on erilaista ja infotilaisuuden pitäminen kaikille koettiin hyväksi.

*”Mun mielestä taas tota täytyis olla sellasta tietämystä kaikilla. Yksinkertaisempi runko, että mitä tämä on, minkä takia sitä toimitaan ja muutenki semmonen.”*

*”Kun tieto on erilaista niin, ehkä olis hyvä semmonen info juttu, missä kaikille kerrotaisiin.”*

*”Toisaalta en välitäkään saada lisätietoutta tästä, että mä teen just niin ku pakko ja pihalle.”*

Osa sairaanhoitajista koki, että lisätiedon tarvetta ei ole, lääkkeen annon he osaavat. He kokivat, että heidän ei tarvitse tietää kuin se miten lääke annetaan ja se mitä ohjeita heille on annettu.

*”En mä tiedä, mun ei tartte tietää siitä muutaku se miten annetaan ja se mitä meille sanotaan.”*

Koulutuksen järjestäminen sairaanhoitajille koettiin tärkeäksi asiaksi. Sairaanhoitajat toivoivat ja ajattelivat, että koulutusta saisi olla kaikille. He pitivät tiedonjakamista tärkeänä asiana.

*”Mutta sillai mä ajattelin, että se koulutus olis ihan hyvää kaikille, sen mä ainakin näkisin.”*

Sairaanhoitajat toivovat heille tarkoitettua selkeää ja helposti luettavaa ohjetta. Toiveina oli, että ohje olisi selkeä, lyhyt ja helposti saatavilla. Yhtenä esimerkkinä mainittiin, että ohje voisi olla palstatyylinen yleisimmistä kysymyksistä.

*”Siitä ajatuksesta lähtee, että tulee uus hoitaja polille, joka alkaa lukeen ja saa siitä selvän.”*

*”Ei kaavioita, se sekottaa turhan paljon. Joillakin palstoilla on yleisemmin kysytyjä asioita. Tää vois olla semmonen idea. Miksi korvaushoitoa annetaan? Miten sitä annetaan? Kauanko kestää, joku tämmönen.”*

### 5.3.2 Asiakkaan vastaanottokäynnin rauhoittaminen

Rauhallisen ympäristön ja oman ajan antamisen sairaanhoitajat kokivat tärkeäksi asiaksi sekä asiakkaan, että omasta näkökulmastaan. Sairaanhoitajat toivat ilmi, ettei levoton paikka tai ympäristö ole asiakkaalle eikä heille miellyttävää. Ajan antamisen asiakkaalle kuuntelua varten he kokivat tärkeäksi. Viikonloppuisin mainittiin olevan kauhea kiire lääkehoidon toteuttamisessa.

*”Ei ole asiakkaalle eikä meille kiva, kun levoton paikka.”*

*”Tarvis olla aikaa sille ihmiselle, kun se käy siinä. Sillähän vois olla jotain asiaa. Täytyy ehtiä kuunnella. Millä sä kuuntelet kun puhelin soi ja teet muuta samalla.”*

Oman vastaanottohuoneen järjestäminen koettiin myös tärkeäksi asiaksi. Sairaanhoitajat mainitsivat, että pitäisi olla oma rauhallinen vastaanottohuone.

*”Se pitäisi olla omahuone.”*

### 5.3.3 Hoidon kokonaisuuden selkeyttäminen asiakkaan näkökulmasta

Kehittämisehdotukseksi mainittiin yksi nimetty vastuhenkilö tai omahoitaja. He kokivat, että toiminnan kannalta on hyvä, jos yksi henkilö vastaisi hoidosta ja häneltä tulisi ohjeet muille. Osa sairaanhoitajista koki kuitenkin, että kaksi vastaavaa olisi olla hyvä lomien ja vertaistuen vuoksi. Asiakkaiden lisääntyessä nähtiin hyväksi, että yksi hoitaja keskittyisi vain heihin. Lisäksi he kokivat että jos yksi henkilö hoitaisi, niin asiakaskin pystyisi parempaan vuorovaikutukseen.

*”mistä semmonen aika, sehän olis ihanne, että sama henkilö hoitas ja sullattas ja ne pystys ehkä paremmin avautuunkin sitten ja tuomaan niitä huolia ja murheita.”*

Hoidon toteuttamisen selkeyttämisen sairaanhoitajat kokivat tärkeäksi asiaksi. He kokivat, että hoito ja ohjeistus olivat sekavaa. Lisäksi yhtenäisyyden nähtiin puuttuvan työn

tekemisestä ja sen suhteen toivottiin selkeää linjaa. Tiedon kulkemisessa koettiin myös ongelmaa, oli jouduttu asiakkaalta kysymään mitä tehdään ja milloinkin. Haastatteluissa nousi esille, että sähköiseen sairaskertomusjärjestelmään tehtäisiin sähköinen hoitosuunnitelma, joka selkeyttäisi hoitoa. Sairaanhoitajista osa koki, ettei pistosjälkitarkastuksia oltu tehty ollenkaan ja nähtiin tärkeänä, että niihin panostetaan.

*”Meillä ei ole sellaista yhtenäisyyttä, yksi tekee yhdellä lailla, toinen toisella se on sellainen sillisalaatti.”*

Sairaanhoitajat näkivät roolien selkeyttämisen tärkeänä asiana. He kokivat, että täytyy olla selkeät roolit, jotta tiedetään mitä pitää tehdä ja ettei samana päivänä moni hoida samaa asiaa. Osa kyseenalaisti tuleeko kaikkien tehdä korvaushoitoa.

*”Miks meidän kaikkien täytyy tätä tehdä? Ihan oikeesti, sitäkin pitäis mun mielestä vähän kyseenalaistaa. Onko se nyt oikeesti niin, tietysti viikonloput.”*

Omia asenteitaan sairaanhoitajat pohtivat haastatteluiden aikana. He tunnistivat, että omat asenteet korvaushoitoa kohtaan eivät ole kaikilla myönteisiä.

*”On sekavaa, mutta on huonoa asennettakin.”*

Sairaanhoitajat nostivat esiin haastatteluissa hoidon toteuttajatahon miettimisen. He pohtivat, miksei PoSa:n päihde- ja mielenterveyskeskus toteuta korvaushoitoa, koska he näkivät että siellä olisi asiantuntemusta. PoSa:n erityispalveluiden aikuisneuvolaa he pohtivat yhdeksi vaihtoehdoksi korvaushoidon toteuttajana. Kaikki sairaanhoitajat kokivat, ettei hoito kuulu päivystyspoliklinikalle. Mikäli hoito on päivystyspoliklinikalla, niin yhden hoitajan keskittämisen korvaushoitoon tuotiin tässäkin esille.

*”Ei ollenkaan ole päivystyspoliklinikan homma, että se tarvis jotenkin saada, jos niitä rupee viä enemmän tulehen, että meiltä sitten joku hoitaja irrotetaan määrätty tuntimäärä ja se tekee vain tätä.”*

## 6 KUVAUS HOITO-OHJEEN PÄIVITTÄMISESTÄ

Korvaushoidon hoito-ohjeen päivittäminen lähti liikkeelle tammikuussa 2014 työelämän edustajien ylilääkäriin, hoitotyönpäällikön ja erityispalveluiden osastonhoitajan tapaamisella. Tapaamisessa ei käyty hoito-ohjeen mahdollisia muutoksia tarkemmin läpi, vaan sovimme, että hoito-ohje muutetaan vastaamaan nykypäivän hoitovaatimuksia sekä tehdään siitä hoito-ohje kaikkiin PoSa:n yksiköihin. Maaliskuussa tapasin A-klinikan työntekijän, jonka kanssa kävimme yhdessä läpi vanhaa ohjetta ja sovimme käytännön hoitotyöhön vaikuttavista asioista. Päätimme että, uuteen hoito-ohjeeseen täytyy tehdä suunnitelma haittoja vähentävästä hoidosta, seuraamuslaput poistuvat ja luon oman hoitosuunnitelman sekä lomälääkelomakkeen PoSalle. Maaliskuussa kävin esittelemässä opinnäytetyön aiheitani myös PoSa:n mielenterveys- ja päihdepalvelukeskus Tähdessä.

Ryhmähaastattelut toteutuivat helmi-maaliskuun aikana. Hoito-ohjetta lähdin päivittämään maaliskuun lopulla haastatteluiden ja kirjallisuuden perusteella. Päivitettyä teoretietoa olin kerännyt hoito-ohjeeseen jo hakiessani tietoa teoreettisiin lähtökohtiin. Käytin hoito-ohjeen päivittämisessä apuna Oulun seudun korvaushoito-ohjetta, jonka PoSa:n ylilääkäri ja A-klinikan edustajat olivat arvioineet sopivaksi malliksi. Sovelsin Oulun ohjeesta korvaushoidon sääntöjä sekä hoitosuunnitelman PoSa:n käytäntöön sopiviksi. (Oulun yliopistollinen sairaala 2014.)

Ryhmähaastattelun tuloksina nousi selkeästi esiin, että sairaanhoitajat kokivat tarvitsevänsä lisätietoa huumeuseulan ottamiseen, joten tein sen ottamisesta tarkat ohjeet hoito-ohjeeseen. Sairaanhoitajat toivoivat myös tietoa lääkeshoidosta, joten lisäsin hoito-ohjeeseen jokaisesta korvaushoitolääkkeestä tietoa. Korvaushoidon säännöt muokattiin vastaamaan opioidikorvaushoidon asetusta ja poistimme yhdessä A-klinikan edustajan sekä ylilääkäriin kanssa liian ankarat säännöt. Loin lomälääkelomakkeen A-klinikan mallin mukaan (Kankaanpään a-klinikka 2014). Lisäsin hoito-ohjeeseen haittoja vähentävän hoidon toteutuksen sekä raskaana olevan hoitopolun. Raskaana olevan hoitopolun kuvaukseen kysyin neuvoa sähköpostin välityksellä Harjavallan päihdepsykiatrian poliklinikan sairaanhoitajalta (Väisänen 2014). Hoito-ohjeen pyrin tekemään selkeäksi, sairaanhoitajilta tulleiden toiveiden mukaan. Päivitettyyn hoito-ohjeeseen ei enää tullut seuraamuslappujärjestelmää. Vanhan ohjeen mukaan asiakkaalle annettiin seuraamuslappu, jos hän rikkoi jotain sääntöä. Hoidon lopettamista mietittiin, kun seuraamuslappuja oli kertynyt viisi kappaletta.

Ensimmäisen päivitetyn version hoito-ohjeesta sain valmiiksi toukokuun lopulla, jonka jälkeen annoin sen ylilääkärin luettavaksi. Hän tarkisti hoito-ohjeen, jotta se voitiin antaa terveyskeskuksiin kokeiluun. Tämän tarkistuksen jälkeen toimitin hoito-ohjeen A-klinikan tarkistettavaksi. A-klinikka tarkasti, että heidän toiminnan kannalta hoito-ohje oli hyväksyttävä.

Kesäkuun alkuun mennessä hoito-ohje palasi minulle takaisin ylilääkäriltä ja A-klinikalta. Tein heidän mainitsemansa korjaukset hoito-ohjeeseen ja kesäkuun puolessa välissä hoito-ohje lähti koekierrokselle kaikille PoSa:n kuuden kunnan terveyskeskuksen sairaanhoitajille, A-klinikalle sekä PoSa: mielenterveys- ja päihdepalvelukeskus Tähteen, yhteensä 31 henkilölle. Samalla pyysin palautteet hoito-ohjeesta.

Annoin palauteaikaa syyskuun puoleen väliin asti hoito-ohjeesta sähköpostiini. Palautteiden annon ohessa selvisi, että A-klinikka jää pois hoidon sitouttamisvaiheen toteuttajana ja psykososiaalisen hoidon antajana. A-klinikan tilalla hoitoja alkaa toteuttamaan PoSa:n mielenterveys- ja päihdepalvelukeskus Tähti. Vaihto tehdään maaliskuuhun 2015 mennessä. Mielenterveys- ja päihdepalvelukeskus Tähti alkaa toteuttamaan sitouttamisvaiheen sekä psykososiaalista hoitoa opioidikorvaushoito asiakkaille PoSa:n alueella. Tämän muutoksen tein hoito-ohjeeseen. Syyskuulla 2014 kävin esittelemässä opinnäytetyöni tulokset Tähdessä. Lisäksi syyskuulla 2014 esittelin opinnäytetyöni tulokset PoSa:n lääkärimessä ja samalla kerroin hoito-ohjeen sisällöstä sekä siitä miten PoSa:n korvaushoito toteutuu.

Palautteita hoito-ohjeesta sain kuudelta henkilöltä. Palautteen pohjalta tuli hoito-ohjeeseen muutosehdotuksena, että mikäli kotilääkeoikeuden menettää saisi sen takaisin kolmen kuukauden kuluttua yhden kuukauden sijaan. Lisäksi palautteessa toivottiin, että asiakas saisi itse kaataa lääkkeen suuhunsa sekä annettaisiin mahdollisuus lukea lehteä tai käyttää kännykkää lääkkeen vaikuttamisen ajan. Palautteessa mainittiin myös, että lääkkeen vaikuttamisaika rajattaisiin 10 minuuttiin tai niin kauan kuin lääkettä on suussa. Lisäksi myöhästymisen rajaa lyhennettäisiin 20 - 30 minuuttiin, kahden tunnin sijasta. Pistosjälkitarkastusten tekemiseen toivottiin parempaa ohjeistusta, jotta pystyttäisiin paremmin tunnistamaan tuore pistosjälki. Lomalääke- ja kotiannosoikeus tulisi palautteen perusteella olla vain lääkäriellä. Hoitosopimukseen pitäisi lisätä maininta seurauksesta, mikäli ei saavu terapiakeskusteluun. Lisäksi hoitosopimuksen väkivalta koh-

taan pitäisi lisätä maininta siitä, että mikäli väkivaltaa esiintyy hoitohenkilökuntaa tai toista asiakasta kohtaan, korvaushoito lopetetaan.

Palautteiden pohjalta muokkasin vielä hoito-ohjetta. Tiukensin myöhästymisen aikarajaa, muutin sääntöjä lehdenluvusta ja kännykän käytöstä sekä siitä, että hyvässä hoitosuhteessa oleva asiakas voi itse kaataa lääkkeen suuhun. Lomalääke ja kotilääkkeen myöntämiseen on oikeus vain lääkärillä. Vastuu ja arvio lääkitysluvista ovat vain lääkärillä eivätkä sairaanhoitajat saa päättää lääkityslupien myöntämisistä. Hoitosopimukseen korjasin, että mikäli ei saavu sovituille terapiakäynneille, puututaan tilanteeseen ja kutsutaan hoitotiimin jäsenet sekä asiakas keskustelemaan tilanteesta. Mikäli käyntejä ei ole lainkaan otetaan yhteys Harjavallan sairaalan päihdepsykiatrian poliklinikalle ja mietitään yhdessä hoidon toteutusta. Väkivaltaista käyttäytymistä ei sallita muita asiakkaita kohtaan ja tämän lisäsin hoito-ohjeeseen. Hoito-ohjeen päivitys on kuvattuna alapuolella (Taulukko 3). Taulukosta selviää, mitkä osiot ovat tulleet uutena hoito-ohjeeseen ja mitä vanha ohje piti sisällään.

## Taulukko 3. Hoito-ohjeen päivittäminen

<b>Vanhan hoito-ohjeen sisältö</b>	<b>Uuden hoito-ohjeen sisältö</b>
Korvaushoidon toteutus PoSa:ssa	Korvaushoidon toteutus (kuntouttava korvaushoito ja haittoja vähentävä korvaushoito)
Korvaushoidon säännöt	Korvaushoidon lääkehoito
Korvaushoitoasiakkaan tukitoimet	Korvaushoidon säännöt
Korvaushoidon lopetus	Raskaana olevan hoito
LIITE 1 Korvaushoitoon hakeutuminen PoSa:n alueella	Korvaushoitoasiakkaan tukitoimet
LIITE 2 Korvaushoidon käytännön toteutus	Korvaushoidon lopetus
LIITE 3 Kirjallinen seuraamus hoitosopimuksen rikkomisesta	LIITE 1 Korvaushoidon toteuttaminen PoSa:ssa
LIITE 4 Suostumus apteekkisopimukseen	LIITE 2 Opioidiriippuvaisen hoitopolku
LIITE 5 Kliininen opiaatti vieroitusoiremittari	LIITE 3 Lääkkeen valvottu antaminen asiakkaalle
LIITE 6 Opioidikorvaushoitoon pyrkivän hoitopolku	LIITE 4 Hoitosopimus
	LIITE 5 Huumeseulan lähetys lomake
	LIITE 6 Lomalääkkeen anominen
	LIITE 7 Apteekkisopimus
	LIITE 8 Kliininen vieroitusoiremittari

Valmis hoito-ohje menee vielä ylilääkärin tarkistettavaksi, minkä jälkeen se tallennetaan PoSa:n laatujärjestelmään, mistä hoito-ohje on sähköisessä muodossa luettavissa ja hoito-ohjeen lomakkeet ovat tulostettavissa. Lisäksi kaikkiin kuuteen kuntaan ja Tähteen toimitan päivitetyn hoito-ohjeen paperiversiona.

## 7 POHDINTA

### 7.1 Eettisyys

Eettisesti hyvä tutkimus on luotettava ja tulokset uskottavia. Eettisesti toteutetussa tutkimuksessa on toimittu rehellisesti, huolellisesti ja tarkasti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Opinnäytetyössäni olen pyrkinyt tuottamaan luotettavia ja uskottavia tuloksia sekä toimimaan rehellisesti ja huolellisesti. Lisäksi tutkimus tulee suunnitella, toteuttaa ja raportoida hyvin. Tutkimukselle pitää hankkia tutkimusluvut sekä mahdolliset rahoituslähteet tulee raportoida. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012). Opinnäytetyöni olen toteuttanut suunnitelmallisesti ja raportoinut kaikki opinnäytetyöni työvaiheet. Luvan opinnäytetyölleni anoin PoSa:n johtoryhmältä ja se myönnettiin 5.2.2014. Opinnäytetyön materiaalin tulostamiseen ja kopioimiseen olen saanut luvan työnantajaltani. Rahoitusta opinnäytetyön tekemiseen en ole saanut.

Tiedon hankinta ja tutkimuksen julkaiseminen kuuluu tutkimuseettisiin periaatteisiin (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 23). Tutkimustulokset ovat tutkimuksen yksi tärkein osa ja ne tulee aina julkaista. Tutkijalla on vastuu nimissään julkaistavasta tekstistä sekä siitä, että tekstissä käytetyt viittaukset ovat oikein ja teksti ei sisällä plagiointia. (Mäkinen 2006 121-123.) Opinnäytetyöhöni olen hankkinut tietoa eri tietokannoista ja niiden käytön olen raportoinut. Tutkimustulokset on julkaistu opinnäytetyössäni. Vastaan siitä, että tekstissäni käyttämät lähteet ovat merkitty oikein eikä opinnäytetyöni sisällä plagiointia.

Haastatteluiden nauhoitukseen on saatava haastateltavilta suostumus ja heille pitää kertoa miten heidän anonymiteettinsä suojataan. Anonymiteetin suoja rohkaisee ihmisiä puhumaan rehellisesti ja suoraan. Ennen haastattelun alkua tulisi tutkijan ja haastateltavan käydä läpi haastattelussa käsiteltävät aiheet. (Mäkinen 2006, 94,96,114.) Ennen haastatteluiden pitämistä lähetin sähköpostilla haastateltaville tietoinen suostumuslomakkeen (Liite 4), jossa kerrottiin haastattelusta ja he saivat itse päättää osallisuutensa haastatteluun. Haastatteluiden alussa pyysin haastateltavilta suostumuksen lomakkeella, jonka he allekirjoittivat. Lomake allekirjoitettiin kahtena kappaleena, joista toinen jäi haastateltavalle ja toinen minulle. Haastattelussa käytävät teemat kerroin haastateltaville

haastattelun alussa. Opinnäytetyössä ei ole mainittu yksittäisiä henkilöitä ja aineisto on raportoitu niin, että yksittäiset vastaajat eivät ole tunnistettavissa.

Tutkimuksessa tulee päättää, mitä tutkimusmateriaalille tehdään tutkimuksen päätyttyä. Välttämätöntä ei ole säilyttää koko tutkimusaineistoa, kun tutkimus on julkaistu. Aineistosta voidaan säilyttää ne osat joihin analyysit perustuvat mutta jotka eivät sisällä mahdollisuutta tunnistaa osallistuneita henkilöitä. Materiaalin tuhoamisella varmistetaan henkilöiden yksityisyys. (Mäkinen 2006, 81,120.) Tietoiset suostumus-lomakkeet sekä haastattelumateriaalit olen säilyttänyt lukollisessa kaapissa opinnäytetyön tekemisen ajan ja niihin on ollut pääsy vain minulla. Opinnäytetyön raportin valmistuttua hävitän nauhoitetun materiaalin, mistä haastateltavat ovat tunnistettavissa äänen perusteella, poistamalla nauhoitukset kasetilta. Haastatteluiden tietoiset suostumus-lomakkeet hävitän paperisilppurilla henkilökohtaisesti työpaikallani.

## 7.2 Luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuteen kuulu, että tutkimuksen kohdejoukko ja tarkoitus määritellään tarkasti. Aineistonkeruu menetelmä tulee ilmetä tutkimuksesta ja mitä tekniikka sen keräämisessä on käytetty. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 140.) Opinnäytetyöhön osallistuvia sairaanhoitajia oli kahdeksan. Sairaanhoitajien tiedon tarpeen koin tärkeäksi ja tuloksieni avulla pyrin vaikuttamaan hoidon laadun parantamiseen. Aineistonkeruu menetelmä on raportoitu opinnäytetyössäni ja tekniikkana aineiston keräämisessä käytettiin kasettisanelinta. Luotettavuuteen kuulu tutkijan tarkka kertominen tutkimuksen toteuttamisesta, tarkkuudella tarkoitetaan, että kerrotaan tutkimuksen kaikista vaiheista (Hirsjärvi ym. 2013, 232-233). Opinnäytetyö on toteutettu tarkasti ja kaikista vaiheista kerrotaan erikseen opinnäytetyön sisällä.

Opinnäytetyön tekijänä kuuluin samaan työyhteisöön kuin tutkittavat. Olen yksikön yksi vakituisista sairaanhoitajista ja tämän vuoksi tutkittavia oli kahdeksan. Oman organisaation tutkimiseen liittyy riskitekijöitä, jotka vaikuttavat tutkimuksen uskottavuuteen ja laatuun. Lisäksi oman organisaation tutkiminen voi aiheuttaa vallankäyttöä ja sosiaalisia suhteita voi olla vaikea hallita. (Seppänen-Järvelä 2003, 429.) Opinnäytetyön tekijänä pyrin olemaan tutkijan roolissa työyhteisössä ja ulkoistamaan itseäni työyhteisöstä. Tätä asiaa helpotti, että olin edeltävästi ollut yhdeksän kuukautta pois työyhteisöstä en-

kä opinnäytetyön tekemisen aikana ollut töissä. Vallankäyttöä en havainnut opinnäytetyötä tehdessäni, mutta haastateltavia oli ajoittain vaikea pitää aiheessa. Heiltä tuli kysymyksiä, mihin he halusivat vastauksia heti. Korvaushoidon toteuttaminen oli työyhteisössä opinnäytetyön tekemiseni aikaan murrosvaiheessa. Asiakkaita oli tullut pienellä aikaa lisää paljon ja toiminnan toteuttamisessa oli sekavuutta. Tämä aiheutti osaltaan hankaluutta haastatteluiden pitämiseen, mutta en koe sen aiheuttaneen vaikeutta muuten opinnäytetyöhöni.

Aineiston tuottamisen olosuhteet on kerrottava totuudenmukaisesti ja selvästi. Haastattelututkimuksessa kerrotaan olosuhteista ja paikasta, jossa haastattelu tehtiin. Kerrotaan haastatteluihin käytetty aika, virhetulkinnat haastattelussa, mahdolliset häiriötekijät ja tutkijan oma arvio tilanteesta. (Hirsjärvi ym. 2013, 232-233.) Haastatteluissa tutkija voi vaikuttaa tutkittaviin ja heidän toimintaansa (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1998, 211-212). Aineisto kerättiin haastatteluilla ja haastattelut nauhoitettiin. Haastattelut toteutettiin rauhallisessa tilassa ja ulkopuolisia häiriötekijöitä ei haastatteluissa ilmennyt. Haastattelut kestivät ajallisesti noin puolitoista tuntia/yksi haastattelu. Haastateltavia oli joissakin teemoissa vaikea pitää aiheessa. Tutkittava aihe herätti tunnekuohuntaa tutkittavissa. Haastattelut nauhoitettiin ja purettiin sanasta sanaan auki. Pyrin siihen etten lähtenyt tulkitsemaan liikaa haastateltavia, koska tämä olisi saattanut aiheuttaa virhetulkintaa. Vahvuutena näen kuitenkin sen, että tunnen hyvin tutkittavan aiheen ja tästä syystä pystyin ymmärtämään tutkittavia paremmin. Haastattelutilanteissa pyrin olemaan vaikuttamatta haastateltavien toimintaan.

Aineiston luokittelu on keskeistä laadullisessa tutkimuksessa. Lukijalle tulee kertoa luokittelun vaiheet. Tutkijan olisi hyvä kuvata tutkimuksessaan haastatteluotteitaan, jotta lukija näkisi mihin tutkija perustaa omat tulkintansa ja päätelmänsä. (Hirsjärvi ym. 2013, 232-233.) Aineisto luokiteltiin tutkimustehtävien mukaan. Luokkien syntyminen tuntui alkuun hankalalta. Luokat on purettu tutkimuksen tulos osiossa samassa järjestyksessä miten analyysi etenee. Opinnäytetyössä on kuvattuna luokitteluiden syntyminen. Kaikkia haastatteluissa esiin nousseita kehittämisideoita en pystynyt kuitenkaan toteuttamaan hoito-ohjeen päivityksessä.

## **7.3 Tulosten tarkastelu**

### **7.3.1 Sairaanhoitajien nykyinen tietämys korvaushoidosta**

Opinnäytetyöni tuloksista ilmenee että osalla sairaanhoitajista oli, oman kokemuksensa mukaan, liian vähän tietoa korvaushoidosta. Kaltto (2006) tutkimuksensa tuloksissa toteaa, että henkilökunnalta vaaditaan erityistä asiantuntemusta moniongelmaisen asiakaskunnan hoidossa eli Kaltton tulosten perusteella voidaan todeta, että sairaanhoitajille tulisi järjestää lisäkoulutusta (Kaltto 2006, 56).

Tuloksissani sairaanhoitajat kuvasivat lisäksi, että asiakkaista tulisi tietää nykyistä yksityiskohtaisempia tietoja korvaushoitoa toteutettaessa. Tätä kuvausta sairaanhoitajien tarpeesta tukee myös Mustosen (2007) tulokset, jossa mainitaan että, korvaushoidossa tarvittavia päivittäisiä tietoja ovat tiedot asiakkaan hoitosuunnitelmasta, elämäntilanteesta, hoitohistoriasta, oheissairauksista ja mahdollisista muista sairauksista. Lisäksi Mustosen tuloksista ilmenee, että korvaushoitotyöntekijät tarvitsevat tietoja mahdollisista sairaalajaksoista ja tutkimustuloksista muilta toimintayksiköiltä ja viranomaisilta. (Mustonen 2007,52.)

### **7.3.2 Sairaanhoitajien lisätiedon tarve korvaushoidon toteutuksesta**

Sairaanhoitajat eivät tiedä korvaushoidon hoitopolun kulkua, eikä yhteistyötahoa mistä voisi tarvittaessa kysyä neuvoa. Kaltton tulos vahvistaa hoitopolun tuntemisen tärkeyden, koska sillä on vaikutusta asiakkaaseen. Tämän lisäksi Kaltto tutkimuksensa tuloksissa mainitsee, että asiakas tulee osata ohjata oikeisiin palveluihin ja yhteistyö tulee saada sujumaan palveluiden tarjoajien kanssa. (Kaltto 2006, 56.)

Lisäksi sairaanhoitajat kokivat lisätiedon tarvetta lääkehoidollisiin asioihin, kuten lääkkeen jauhamiseen ja erityisesti siihen onko se turvallinen sekä oikea tapa jakaa korvaushoitolääke. Kaarlo Simojoen (2013) väitöskirjan tulosten perusteella voidaan päätellä murskauksen olevan oikea tapa jakaa korvaushoitolääke. Väitöskirjassaan Simojoki toteaa, ettei murskaamisella ole vaikutusta lääkkeen vaikutusominaisuuksiin, erityisesti seerumipitoisuuksissa ei tapahtunut muutoksia. Tämän lisäksi Simojoki mainitsee

murskaamisen vähentävän lääkkeiden salakuljetusta sekä sen että murskaaminen on hyvä vaihtoehto ennen siirtymistä metadonihoitoon. (Simojoki 2013, 66-67.)

### 7.3.3 Sairaanhoidtajien esittämät kehittämisideat

Sairaanhoidtajat kokivat tärkeäksi saada lisäkoulutusta korvaushoitoon ja sen toteuttamiseen. He kokivat että parempi perustietämys korvaushoidosta auttaisi selviytymään päivittäisestä työstä ja samansuuntaisia tuloksia ovat saaneet myös Kaila ym. (2004) ja Kalton (2006) tutkimuksissaan. Kailan ym. (2004) mukaan koulutuksen järjestämisellä pystyttäisiin parantamaan potilasturvallisuutta ja se tulisi järjestää hoitohenkilökunnan osaamistavoitteiden mukaan. (Kaila ym. 2014, 1739) ja edelleen Kaltto (2006) kuvaa, että kouluttautumista ja oppimista täytyy tapahtua koko ajan haastavan työn vuoksi (Kaltto 2006, 64). Lisäksi WHO:n (2009) suosituksen mukaan koulutukseen korvaushoidosta tulisi sisältyä vähintään opioidiriippuvuuden luonteen ymmärtäminen, arvioinnit ja diagnoosit, farmakologiset ja psykososiaaliset hoidot, myrkytysten hallinta, yliannostukset sekä vaikea käyttäytyminen (WHO 2009).

Hoidon kokonaisuuden selkiyttämisen asiakkaan näkökulmasta sairaanhoidajat kokivat kehittämisalueeksi. Tätä sairaanhoidajien kokemuksen tärkeyttä tukee myös Kalton (2006) tulokset, joissa nousee esille hoitohenkilökunnan näkökulmasta se miten, haastavan asiakaskunnan kanssa nähtiin vaativan johdonmukaisuutta ja selkeitä työtapoja (Kaltto 2006, 64.)

Opinnäytetyössäni sairaanhoidajat kokivat tiedon olevan erilaista ja sen muuttuvan koko ajan. Lisäksi he kokivat hoidon ja ohjeistuksen olevan sekavaa sekä yhtenäisyyden työn tekemisessä nähtiin puuttuvan ja sen suhteen toivottiin selkeää linjaa. Mustosen (2007) tutkimustuloksen perusteella voisi ajatella, että sairaanhoidajien kokemukseen siitä, että tieto on erilaista ja muuttuu koko ajan voisi vaikuttaa huolellisella kirjaamisella (Mustonen 2007, 56). Pennosen (2014) tuloksien mukaan toimintatapojen ja johdonmukaisuuden parantamiseen tarvittaisiin selkeimpiä käypähoitosuosituksia (Pennonen 2014, 324).

Opinnäytetyössäni sairaanhoidajat kokivat, että omahoitajajärjestelmä olisi paras vaihtoehto. Sairaanhoidajien kokemusta tukee Kuivalaisen (2009) tutkimuksen tulokset, joissa

hoitohenkilökunta oli kokenut omahoitajajärjestelmän edistäneen asiakkaan hoitoa (Kuivalainen 2007, 42). Omahoitajajärjestelmässä yksi henkilö vastaisi asiakkaiden hoidosta ja häneltä saisi tarvittaessa lisätietoja sekä ohjeita hoitoon liittyvissä kysymyksissä.

Lisäksi sairaanhoitajat kokivat, mikäli yksi henkilö hoitaisi, asiakaskin pystyisi avautumaan omahoitajalleen nykyistä paremmin. Näin todetaan myös Kalton (2006) tutkimuksen tuloksissa, jossa mainitaan että asiakkaat puhuvat vain omahoitajalle luottamuksellisia asioita ja he voivat eniten luottaa omaan työntekijäänsä (Kalto 2006, 59).

#### **7.4 Päivitetty hoito-ohje**

Tässä kappaleessa tarkastelen hoito-ohjeen sisältöä niiden osioiden osalta, jotka lisättiin hoito-ohjeen päivityksen yhteydessä. Tarkastelussa vertaan hoito-ohjeen sisältöä Huumeongelman käypä hoito –suositukseen 2012, Sosiaali- ja terveysministeriön asetukseen (33/2008) opioidiriippuvaisten hoidosta sekä aikaisempiin muihin aineistoihin.

Huumeongelman käypä hoito –suositus (2012) ja Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisen hoidosta (2008) velvoittavat korvaushoitoyksiköiden tarjoamaan haittoja vähentävää hoitoa henkilöille jotka eivät lopeta huumeiden käyttöä, mutta heidän elämänlaatua pystyttäisiin korvaushoidolla parantamaan. (Huumeongelman hoito: Käypähoito –suositus 2012, Sosiaali- ja terveysministeriö 2008.) Näiden ohjeistuksien pohjalta hoito-ohjeeseen lisättiin haittoja vähentävän hoidon mahdollisuus, joka suunnitellaan ja toteutetaan yhteistyössä erikoissairaanhoidon kanssa.

Päivitetyn hoito-ohjeen myötä asiakkaiden hoidossa aletaan käyttämään hoitosopimusta. Huumeongelman käypähoito –suosituksen (2012) mukaan, hoidon tukena voidaan käyttää hoitosopimusta, jonka tarkoituksena on parantaa hoitoon sitoutumista ja hoitotulosta (Huumeongelman hoito: Käypähoito –suositus 2012). Hoitosopimuksessa mainitaan hoidon säännöt, joita asiakkaiden tulee noudattaa. Sääntöihin asiakas suostuu hoitosopimuksella. Säännöillä on tavoitteena asiakkaiden hoitoon sitoutuminen ja hyvän hoitotuloksen parantaminen. Lääkäriin käsikirjan (2005) pohdinta päihteiden väärinkäyttäjän hoidosta ja eettisistä näkökohdista tukee päivitetyn hoito-ohjeen sääntöihin tekemiä ratkaisuja. Artikkelissa mainitaan, että tuloksekas hoito edellyttää molemminpuolis-

ta sitoutumista. Asiakkaan tulee sitoutua hoitoon ja sen sääntöihin, esimerkiksi apteekkisopimukseen, mahdollisiin laboratoriokokeisiin ja terveydenhuollon yksiköiden väliseen tietojen vaihtoon sekä muuhun hoidon toteutumisen varmistamiseen. Asiakkaan epäasiallista käytöstä, kuten uhkailua, ei tule hyväksyä. Perusteena hoidon lopettamiselle voi olla väkivalta tai sen uhka. (Lääkäriin käsikirja 2005.) Hoito-ohjeeseen lisättiin myös lomälääkeoikeus, mikä tarkoittaa että asiakkaalla on oikeus anoa lomälääkeoikeutta, vaikka ei vielä olisi kotilääkeoikeutta. Lomälääkeoikeudella halutaan parantaa asiakkaan sitoutumista hoitoon. Lomälääkeoikeuden myöntää vastuulääkäri.

Päivitetystä hoito-ohjeesta hoidon lopettamisen kriteerit ovat: väkivaltainen käyttäytyminen, lääkkeen salakuljetus ja runsas oheiskäyttö. Runsaan oheiskäytön vuoksi lopetussa hoidossa pitää olla ensin kokeiltu haittoja vähentävää hoitoa. Hoidon päättyminen tulee perustua hoidon tuloksettomuuteen, esimerkiksi siihen, että henkilön elämänlaatua ei pystytä korvaushoidolla parantamaan. Huumeongelmaisen käypä hoito –suositus (2012) tai Sosiaali- ja terveysministeriön asetus (2008) eivät säätele erikseen milloin hoidon saa lopettaa. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa mainitaan, että haittoja vähentävä hoito pitää olla tavoitteena henkilölle, jota ei saada kokonaan lopettamaan huumeiden käyttöä, mutta joiden elämänlaatua voidaan parantaa ja joita voidaan valmentaa vaativampaan korvaushoitoon. Pirkola ym. (2007) ovat maininneet, että hoidon lopettamista voi harkita, jos esiintyy väkivaltaista tai uhkaavaa käyttäytymistä, korvaushoitolääkkeisiin tai huumeisiin liittyvää rikollista toimintaa, hoitoon sitoutumattomuutta tai hallitsematonta ja hoitoon reagoimatonta päihteiden käyttöä (Pirkola ym. 2007, 1979). Asiakkaan piti ennen odottaa vuosi uudelleen korvaushoitoon pääsyä lopetuksen jälkeen, nyt päivityksen myötä asiakkaalla on mahdollisuus päästä uudelleen korvaushoitoon ilman aikarajaa. Hoidon uudelleen aloitus arvioidaan aina yksilöllisesti hoitotiimissä, jossa asiakas on mukana. Päihdelain mukaan kunnan on järjestettävä palvelut ja niihin pitää päästä joustavasti (Päihdehuoltolaki 41/1986). Lisäksi kysyin Harjavallan päihdepsykiatrian poliklinikan lääkäriltä, miten hoidon uudelleen arviointi tulisi tapahtua. Vastauksen sain hoitajan kautta sähköpostilla ja lääkäri oli todennut, että hoidon piiriin pitää päästä uudelleen eikä karenssi-aikaa saisi olla, vaan tilanne arvioidaan aina terveysperustein. (Mikkonen 2014.)

Lisäksi hoito-ohjeen hoitosopimuksella määritellään hoidon tavoitteet sekä terapiakäynnit ja lääkkeenhaku. Huumeongelmaisen käypähoito –suosituksen (2012) sekä Sosiaali- ja terveydenhuollon opioidiriippuvaisen asetuksen (2008) mukaan hoidon tulee perustua

hoitosopimukseen, jossa määritellään hoidon tavoite, potilaan muu lääketieteellinen ja psykososiaalinen hoito, kuntoutus ja seuranta.

Huumeongelman käypähoito –suosituksen (2012) mukaan raskaana oleville tulee kertoa eri hoitovaihtoehdoista ja järjestää hoito heti kun se on mahdollista. Huumeita käyttävän naisen raskaus on aina riskiraskaus ja sen seuranta on syytä olla erikoissairaanhoidossa. (Huumeongelman hoito: Käypähoito –suositus 2012). Päivitetyssä hoito-ohjeessa on kuvaus siitä miten raskaana olevan korvaushoitopotilaan hoitopolku toteutetaan PoSa:ssa. Hoito toteutetaan yhteistyönä erikoissairaanhoidon kanssa.

Lisäksi päivitin hoito-ohjeeseen tiedot PoSa:ssa käytettävistä korvaushoitolääkkeistä Simojoen (2013) väitöskirjasta, Uosukaisen (2009) pro gradu -tutkielmasta, Surakan (2011) pro gradu -tutkielmasta sekä Wang ym. (2013) ja Vadielu & Hines (2008) tutkimusartikkeleista.

## **7.5 Jatkotutkimus- ja kehittämisehdotukset**

Jatkotutkimusehdotuksena esitän sen tutkimista miten hoidon laatu on muuttunut päivitetyn hoito-ohjeen jälkeen ja miten sairaanhoitajien nykytietämys, tiedontarve ja kehittämisideat ovat muuttuneet. Lisäksi voisi tutkia korvaushoitoasiakkaitten asiakastyytyväisyyttä, miten he kokevat korvaushoidon toteutuvan PoSa:ssa ja mitä kehittämisehdotuksia heillä olisi hoidon suhteen.

Tulosten perusteella kehittämisehdotuksiksi esitetään sen pohtimista, miten hoitoa voitaisiin käytännössä selkeyttää ja voisiko asiakkaat keskittää yhdelle omahoitajalle. Asiakkaan vastaanottokäynnin rauhoittamista tulisi myös miettiä hoidon toteutuksessa. Lisäksi koulutusta tulisi järjestää kaikille sairaanhoitajille ja säännöllisin väliajoin tulisi pitää neuvotteluita, missä käsiteltäisiin sillä hetkellä tärkeimmät asiat korvaushoitoon liittyen. Päivitetty hoito-ohje tulisi tarkastaa ja päivittää vuosittain.

## LÄHTEET

Gowing, L., Ali, R. & White, M J. 2009. Buprenorphine for the management of opioid withdrawal. The Cochrane collaboration. Tulostettu 3.1.2014.

<http://onlinelibrary.wiley.com.elib.tamk.fi/doi/10.1002/14651858.CD002025.pub4/pdf>

Hakkarainen, P. & Tigerstedt, C. 2005. Korvaushoidon läpimurto Suomessa. Yhteiskuntalehti 2/2005, 143-154.

Hermanson, T. 2008. Opioidiriippuvaisten hoito laajenee. Suomen lääkirilehti 5 (63), 357.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2009. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.

Hirsjärvi, S., Remes P. & Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. 15-17 painos. Helsinki: Tammi.

Huumeongelmaisen hoito. 2012. Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki. Suomalainen lääkiriseura duodecim. Luettu 1.11.2014.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50041>

Kaila, M., Niemi-Murola, L. & Kauppi, P. 2014. Näyttöön ja osaamisen kehittämiseen perustuvaa potilasturvallisuutta. Duodecim 130 (17) ,1739.

Kaltto, T. 2006. Matalan kynnyksen huumehoitoyksikön arviointi. Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Pro gradu –tutkielma.

Kankaanpään A-klinikka. 2014. Lomalääke lomakkeen malli. Luettu 22.5.2014.

Kuivalainen, S. 2007. Hoitamisen laatuun vaikuttaminen vanhusten pitkäaikaishoidossa hoitajien kokemana. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Pro gradu –tutkielma.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kylmä, J., Rissanen, M-L., Laukkanen, E., Nikkonen, M., Juvakka, T. & Isola, A. 2008. Aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä tietoa hoitotyön kehittämiseen. Tutkiva hoitotyö 6 (2), 23-29.

Lääkärin käsikirja 2005. Päihteiden väärinkäyttäjän hoito - eettisiä näkökohtia. Duodecim. Luettu 1.11.2014.

[http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=ykt01306&p](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt01306&p)

Mattick, R., Breen, C., Kimber, J & Davoli, M. 2009. Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. The Cochrane collaboration. Tulostettu 3.1.2014.

<http://onlinelibrary.wiley.com.elib.tamk.fi/doi/10.1002/14651858.CD002209.pub2/pdf>

- Mikkonen, A. Päihdepsykiatrian erikoislääkäri. 2014. Ohjeita korvaushoidon lopetukseen. Sähköpostiviesti. Luettu 7.11.2014.
- Mikkonen, A. 2012. Suomalainen opioidikorvaushoitojärjestelmä. Teoksessa Seppä, K., Aalto, M., Alho, H. & Kiianmaa, K. Huume- ja lääkeriippuvuudet. Helsinki: Duodecim Oy, 85-95.
- Mustonen, E-R. 2007. Tiedonhallinta opioidiriippuvuuden korvaushoidossa, moniammatillisen työryhmän kirjaamisen kehittäminen. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Pro gradu –tutkielma.
- Mäkelä, K. 2002. Huumeiden käyttäjien korvaushoito. Yhteiskuntalehti 2/2002, 176-179.
- Mäkinen, O. 2006. Tutkimuseetiikan ABC. Vaajakoski. Gummerus kirjapaino Oy.
- Ora, J. 2008. Terveyskeskuksissa punnitaan korvaushoitoasetuksen vaikutuksia. Suomen lääkärilehti 5 (63), 358-360.
- Oulun yliopistollinen sairaala. Vieroitus- ja korvaushoito opiaateilla. 28.1. 2014. Luettu 1.11.2014.  
[http://www.ppsHP.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/npp/embeds/27549\\_opioidiohje1.pdf](http://www.ppsHP.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/27549_opioidiohje1.pdf)
- Partanen, A., Vormaa, H., Alho, H. & Leppo, A. 2014. Opioidiriippuvuuden lääkkeellinen vieroitus- ja korvaushoito Suomessa. Suomen lääkärilehti 7 (69), 481-486.
- Pennonnen, M. 2014. Päihdealan ammattilaisten käsitykset hyvästä ja huonosta hoidosta. Yhteiskuntalehti 3 (79), 318-327.
- Pirkola, S., Heikman, P., Vormaa, H. & Turtiainen, S. 2007. Opioidikorvaushoito päihdepsykiatriassa. Duodecim 123, 1973-1981.
- Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41.
- Rabiee, F. 2004. Focus-group interview and data analysis. Proceedings of the nutrition society 63, 655-660.
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto.  
<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>. (Viitattu 24.11.2013.)
- Salaspuro, M. 2002. Pentti Karvosen opiaattiriippuvuuden hoitomalli tieteellisen näytön valossa. Yhteiskuntalehti 5/2002, 453-462.
- Selin, J. 2011. Hallinnan näkökulmia huumeriippuvuuden hoitoon Suomessa vuosina 1965-2005. Jyväskylän yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.
- Seppänen-Järvelä, R. 2003. Tutkijana omassa organisaatiossa: sisäisen toimijan haaste. Yhteiskuntapolitiikka 68 (4), 429-430.

Simojoki, K. 2013. Improving maintenance treatment of opiate addiction: clinical aspects. Helsingin yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.

Simojoki, K., Pentikäinen, H., Fabritius, C. & Vuori, E. 2012. Hukkaammeko korvaushoidon mahdollisuudet? *Duodecim* 128 (17), 1737-1739.

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

Surakka, V-M. 2011. Metadoni – naloksoniyhdistelmävalmiste opioidikorvaushoidossa ja kliinisen tutkimuksen valmisteluprosessi. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Pro gradu –tutkielma.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Helsinki 14.11.2012.  
[http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_verkkoversio040413.pdf.pdf#overlay-context=fi/ohjeet-ja-julkaisut](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_verkkoversio040413.pdf.pdf#overlay-context=fi/ohjeet-ja-julkaisut)

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

Uosukainen, H. 2009. Buprenorfiini opioidikorvaushoidossa –kliininen selvitys naloksonin lisäämisen vaikutuksista ja komplianssin monitoroinnista elektronisen lääkepakauksen avulla. Kuopion yliopisto. Farmaseuttinen tiedekunta. Pro gradu –tutkielma.

Valivedu, N. & Hines, R. 2008. Management of chronic pain in the elderly: focus on transdermal buprenorphine. *Clinical Interventions in Aging* 3(3), 421–430.

Vehviläinen-Julkunen, K. & Paunonen, M. 1998. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva. WSOY, 206-214.

Väisänen, S. Vastaava sairaanhoitaja. 2014. Ohjeita korvaushoidon toteutukseen raskaana olevan hoidosta. Sähköpostiviesti. Luettu 22.5.2014.

Wang, S-C., Ho, I-K., Tsou, H-H., Liu, S-W., Hsiao, C-H., Chen, C-H., Tan, H K-L., Lin, L., Wu, C-S., Su L-W., Huang, C-L., Yang, Y-H., Liu, M-L., Lin, K-H., Liu, S-C., Hsiao, Y-W., Hsiang, W-K., Chen, A C.H., Chang Y-S. & Liu Y-L. 2013. Functional Genetic Polymorphisms in CYP2C19 Gene in Relation to Cardiac Side Effects and Treatment Dose in a Methadone Maintenance Cohort. *Journal of Integrative Biology* 10 (17), 519-526.

WHO 2009. Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence. World Health Organization 2009. Luettu 10.11.2014.  
[http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/opioid\\_dependence\\_guidelines.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/opioid_dependence_guidelines.pdf)

## LIITTEET

## Liite 1. Aikaisemmat tutkimukset taulukko

Taulukko 4. Aikaisemmat tutkimukset

1(3)

Tutkimuksen tekijä, julkaisuvuosi ja tutkimuksen nimi	Tutkimuksen tarkoitus/tavoite	Tutkimuksen metodologia ja kohderyhmä	Keskeiset tulokset
Kalto, T 2006. Matalan kynnyksen huumehoitoyksikön arviointi.	Selvittää mitä matalan kynnyksen palveluilla tarkoitetaan ja miten Tampereen Matala on onnistunut tuottamaan matalan kynnyksen palveluita.	Arviointitutkimus. Kohdejoukko hoitoyksikön henkilökunta, asiakkaat ja yhteistyökumppanit.	Hoitoyksikkö on matalan kynnyksen toiminnan avulla onnistunut tavoittamaan ja saamaan palveluiden piiriin huomattavan paljon Tampereen ja ympäristökuntien huume- ja sekakäyttäjiä. Kynnys Matalan palveluiden piiriin pääsemiseen on pystytty pitämään matalana sekä Matalan henkilöstön, asiakkaiden että yhteistyökumppaneiden näkökulmasta. Toiminta matalan kynnyksen periaatteella ja monipuolisten palveluiden tarjoaminen saman katon alla ovat olleet avaintekijöitä sille, että kohderyhmä on saatu kiinnittymään Matalan palveluihin. Matalassa on onnistuttu erittäin hyvin asiakkaiden kohtaamisessa.
Kuivalainen, S. 2007. Hoitamisen laatuun vaikuttaminen vanhusten pitkäaikaishoidossa hoitajien kokeman	kuvata vanhusten pitkäaikaishoidon henkilökunnan näkökulmasta hoitamisen laatuun vaikuttamista.	Stakesin toimipaikkarekisteriin kuuluvien vanhuksia hoitavien laitosten henkilökunnalta kyselytutkimus, 29 98 vanhusten pitkäaikaishoidossa työskentelevää henkilö	Hoitamisen laatuun vaikuttamiskeinoja olivat oman persoonan hyödyntäminen, yhteistyö ja asiantuntijuuden käyttäminen. Hoitamisen laatuun vaikuttamista edistäviä tekijöitä olivat hyvä ilmapiiri, onnistunut työnjako, hyvät ammatilliset ominaisuudet sekä hyvät työyhteisön voimavarat. Hoitamisen laatuun vaikuttamista estäviä tekijöitä olivat huono ilmapiiri, työnjaon ongelmat, rajoitetut ammatilliset ominaisuudet sekä puutteelliset työyhteisön voimavarat. Vanhustenpitkäaikaishoidossa vaikuttamisen kohteita olivat tilanteen sisäinen vaikuttaminen ja tilanteen ehtoihin vaikuttaminen.
Mustonen, E-R 2007. Tiedonhallinta opioidiriippuvuuden korvaushoidossa, moniammatillisen työryhmän kirjaamisen kehittäminen	Kuvata tiedonhallintaa ja kirjaamista opiaattiriippuvuuden korvaushoidossa sekä tarkastella korvaushoitotyöntekijöiden tiedon tarpeita ja mahdollisia tiedonhallinnan ongelmia.	Choon tiedonhallinnan prosessimallia. Tutkimusotteeksi valittiin laadullinen lähestymistapa. Kuopion A-klinikan korvaushoitopotilaiden (n=18) käyntitietoaineisto ja työntekijöiden haastattelu.	Eri ammattiryhmien työntekijöiden tiedontarpeet korvaushoidosta olivat tulosten mukaan melko yhteneväiset. Tärkeimpiä tiedontarpeita olivat potilaan lääkitys- ja vointi- ja tutkimustiedot, ajantasaiset hoitosuunnitelmätiedot sekä tiedot potilaan hoitoon osallistuvilta sidosryhmiltä. Kirjaamisen vapaamuotoisuus aiheutti osittain päällekkäistä kirjaamista. Organisaation sisäinen tiedonjakelu ja tiedon käyttö moniammatillisessa työryhmässä koettiin sujuvana, mutta organisaation ulkopuolinen yhteistyö eri sidosryhmien kanssa koettiin osittain puutteellisenä. Tietotuotteiden ja -palveluiden kehittämisen tarpeita olivat helpokäyttöinen tietojärjestelmä, ja hoitotiedon kirjaamisen yhtenäistäminen rakeinstamisen avulla. Suurin osa työntekijöistä odotti lisäksi rakenteisen ja päivitetävän hoitosuunnitelman lisäävän potilaiden hoidon yhtenäisyyttä ja siten myös hoidon laatua

(jatkuu)

<p>Selin Jani 2011 Hallinnan näkökulmia huumeriippuvuuden hoitoon Suomessa -sa Vuosina 1965-2005</p>	<p>Huumeriippuvuuden hoito yhteiskunnallisen kontrollin muotona, erityisesti vallan harjoittamisen menetelmien näkökulmasta, sekä muutoksiin näissä menetelmissä tarkasteluai- kana huumeriippuvuuden hoidon kontekstissa</p>	<p>Foucault lainen ajat- telu metodolo- gia. Keskei- semmät lääke- tieteen julkaisut Suomessa</p>	<p>Tiedon ja vallan harjoittamisen väliset suhteet ovat olleet tarkastelujaksone erilaisia eri yhteyksissä. Suomessa korvaushoitojen käyttöönottoa ei voida pitää lääketieteen edistymisen tai huumehoitojen järkiperaistymisen ilmentymänä</p>
<p>Simojoki Kaarlo 2013. Improving maintenance treatment of opiate addiction: clinical aspects</p>	<p>Tarkoituksena selvittää, mitkä tekijät voisivat parantaa potilaiden hoito- myöntövyvyyttä ja hoitoon sitoutumista ja miten ne voisivat parantaa korvaushoidon tuloksia.</p>	<p>Kvantitatiivinen. Opioidiriippu- vaiiset</p>	<p>Opioidi on eniten käytetty huume suomessa, mutta käyttäjät ovat käyttäneet reseptilääkkeitä hyväksi 2,5-3 vuotta ennen bupernorfiiniin käyttöä. Bupernorfiini- naloksoni vähentää kulkeutumista ja pistämistä verraten bupernorfiiniin, Murskaaminen ei vaikuta veren kon- sentraatioon, himoon tai vieroitusoireisiin. Ilman val- vontaa otettu virtsaseula lisää hoitomyöntövyvyyttä ja kasvattaa luottamusta sekä lisää resursseja hoitajille muuhun työhön.</p>
<p>Surakka, Veli-Matti. 2011. Metadoni – naloksoniyhdistelmävalmiste opioidi- korvaushoidossa ja kliini- sen tutkimuksen valmiste- luprosessi.</p>	<p>Tavoitteena varmis- taa metadoni nalok- soniyhdistelmäval- misteen siedettävyy- pienimuotoisen kliinisen kokeen avulla</p>	<p>Pilottitutki- mus ja kliininen koe. Sairaahoidossa olevat me- tadonikor- vaushoitto- potilaat.</p>	<p>Yhdistelmävalmisteen toistuva injesointi on vähemmän houkutteleva, sillä alun vieroitusoireiden provosoitumi- sen lisäksi kuolettavan annoksen volyyymi on suuri. Suonensisäisesti kerta-annoksena otettu yhdistelmä- valmiste on turvallisempi verrattuna pelkkään metado- niin. Sillä naloksoni saattaa suojata hengityslamalta ja parantaa mahdollisuuksia hakeutua hoitoon. Yhdistel- mävalmisteen turvallisuutta pelkkään metadoniin ei voida selvittää yksiselitteisesti. Fimean vaatimuksen mukaan yhdistelmävalmistetta annetaan vain valvotusti.</p>
<p>Uosukainen, Hanna 2014. Buprenorphine : features of abuse and methods for improving unobserved dosing in opioid substitution treatment</p>	<p>Tavoitteena selvittää buprenorfiinin väärinkäytön takia hoitoon hakeutuneiden henkilöiden ominaisuuksia. Lisäksi selvitettiin mahdollisuuksia kehittää valvomaton- ta lääkkeenottoa elektronisten lääke- hoidon- seurantalaitteiden avulla sekä korvaushoidon toteuttamista suomalaisissa avoap- teekeissa.</p>	<p>Osatutkimus I ja II kliini- set haastat- telut kaikille hoitoa hakeneille. Osatutki- muksessa III buprenorfiini- naloksoni yhdistelmä- valmistetta käyttäneet korvaushoi- topotilaat saivat kor- vaushoito- lääkkeensä kotiannok- set seuranta- laitteissa. Osatutki- muksessa IV kysely- tutkimus yhdistelmä- valmistetta tilanneille suomalaisil- le avoaptee- keille.</p>	<p>Buprenorfiiniin käyttäjien väärinkäyttötavat olivat intensiivisempiä amfetamiiniin käyttäjiin verrat- tuna. Seurantalaitteet paransivat yhdistelmävalmisteen kotiannostelun turvallisuutta, mutta niiden tehosta estää lääkkeen välittämistä katukauppaan ei saatu näyttöä. Noin 10 % yhdistelmävalmistetta käyttävistä korvaushoitopotilaista haki lääkkeensä apteekkeista. Yhdistelmävalmisteen toimittaminen avoapteekkeissa oli sujunut hyvin, ja vain 26 % apteekkeista oli kokenut ongelmia, yleisimmin lääkkeenhaun ajoitukseen tai hakematta jääneisiin annoksiin liittyen.</p>

## 3(3)

<p>Uosukainen, Hanna 2009. Buprenorfiini opioidikorvaushoidossa –kliininen selvitys naloksonin lisäämisen vaikutuksista ja komplianssin monitoroinnista elektronisen lääkepakkauksen avulla.</p>	<p>Tavoitteena selvittää, kuinka opioidikorvaushoitopotilaiden lääkitysmuutos pelkästä buprenorfiinista buprenorfiini-naloksoni – yhdistelmävalmisteseen sujuu sekä millaisia mahdollisuuksia elektroninen lääkepakkaustarjoaa yhdistelmävalmisteen kotiannostelun monitoroinnissa.</p>	<p>Vaihtotutkimus kolmen prospektiivisen kyselyn avulla ja monitorointia Stora Enson Pharma DDSi-pakkauksen avulla.</p>	<p>Potilaat kokivat vaihtoon liittyviä haittavaikutuksia. Potilaiden keskimääräinen buprenorfiinin annos nousi eli mahdollisiin annosmuutoksiin tulee varautua. Älypakkaushoito soveltui hyvin korvaushoidon monitorointiin, sen avulla voitiin saada selville lääkkeenoton poikkeamia ja osalla potilaista se myös esti lääkkeiden välitystä katukauppaan.</p>
<p>Wang SC, Ho IK, Tsou HH, Liu SW, Hsiao CF, Chen CH, Tan HK, Lin L, Wu CS, Su LW, Huang CL, Yang YH, Liu ML, Lin KM, Liu SC, Wu HY, Kuo HW, Chen AC, Chang YS, Liu YL. 2013. Functional genetic polymorphisms in CYP2C19 gene in relation to cardiac side effects and treatment dose in a methadone maintenance cohort</p>	<p>Tavoitteena testata geneettisiä vaikutuksia polymorfoiden CYP2C19 koodaavaa geeniä CYP450 entsyymi, joka osallistuu metadoni aineenvaihduksen hoitoon.</p>	<p>Heroiini riippuvaliset potilaat, joilla metadoni korvaushoito avohoitona.</p>	<p>Genotyyppi ja alleeli vaihtelua liittyi CYP2C19 merkittävästi. Alleeli tyyppi CYP2C19 SNP rs4244285 ja GD:hen liittyvät muutokset QT-ajassa mitataan EKG:lla. G-alleelin keskuudessa oli nopeammin metaboloivia ja he voivat kokea suurempia QT-ajan muutoksia ja vakavampia sivuvaikutuksia kuin hitaammin metaboloivat. Käyttämällä GD malleja CYP2C19 osoitti merkittäviä yhtäläisyyksiä metadonin annos ja korjauksia plasman R-metadonin ja R-EDDP virtsan opiaatti testi oli negatiivinen potilailla.</p>

## Liite 2. Ryhmähaastattelunrunko

### Nykyinen tietämys

1. Millaiseksi koette nykyiset tietonne korvaushoidosta?

### Tiedontarve

1. Millaista lisätietoa koette tarvitsevanne korvaushoitotyöhön?

### Kehittämisideat

1. Mitä kehittämistarpeita näette korvaushoidon toteutukseen meidän yksikössä?
2. Mitä kehittämisideoita ajattelette tulevaan korvaushoito ohjeeseen?

## Liite 3. Kuvaus sisällön analyysin etenemisestä

1(5)

Taulukko 5. Sairaanhoidajien nykyinen tietämys korvaushoidosta

PELKISTYKSET	ALALUOKAT
Mitä enemmän luulee tietävänsä, sitä vähemmän todellisuudessa tietää	<b>TIETÄMYKSEN TASO VÄHÄINEN</b>
Vuosi sitten luuli tietävänsä paljon, nyt huomaa aika aukkoja on.	
Tieto parempaa vuosi takaisempaan. Yksityiskohtaisia tietoja ei tiedetä.	
Nykyinen tietämys on aika vähäinen	
Hyvin vähän tietoutta ja asiakkaiden taustat olisi hyvä tietää.	
Saanut tosi vähän tietoa, aika pihalla.	
Me tehdään niin kuin meille sanotaan. Tiedetään mihin sitä lääkettä annetaan ja mitkä ovat seurantajutut ja miksi annetaan.	<b>PERUSTIETO JA LÄÄKKEENANNON TOTEUTTAMINEN OSATAAN</b>
Perustiedot on, mutta muuttuu koko ajan.	
Tiedän, että ne sinne suuhun ja vahditaan ja lopuksi katsotaan suu.	
Lääkkeen anto osataan, se on ainut mitä osataan.	
Yksinkertaiset toistuvat asiat hallitaan, tukea tarvitaan ongelma tilanteisiin.	
Pidempiaikaista kokemusta. Tiedon saanut luennoilta ja verkostokokouksista.	

(Jatkuu)

Taulukko 6. Sairaanhoitajien lisätiedon tarve korvaushoidosta

PELKISTYKSET	ALALUOKAT
Kaipaen tietoa hoitopolun kokonaisuudesta.	<b>HOITOPOLUN KOKONAISUUDESTA JA YHTEYSTAHON TIETÄMISESTÄ</b>
Hoitopolkua en tiedä ja yhteystaho kysyttäessä mistä saa neuvoa	
Hoito sapluuna	
A-klinikan toimenkuva, onko a-klinikka pakollinen	<b>A-KLINIKAN TOIMENKUVASTA</b>
mikä porras a-klinikka on?	
meidän oikeudet, onko oikeutta tutkia suuta spaattelilla.	<b>LÄÄKEHOIDON VALVOMISESTA, HUUMESEULAN TOTEUTTAMISESTA JA OIKEUKSISTA.</b>
Henkilökohtaisesti kaipaisin tietoa, onko se oikein mitä lääkäri sanoo	
Pitääkö se sitten vaharata koko ajan.	
Onko istuttava siinä vieressä, tutkittava suut, riisuttava vaatteet	
Odotettavat ongelmat ja niihin suhtautuminen. Lääkkeen haittavaikutukset.	<b>LÄÄKKEEN JAUHAMISESTA JA HAITTAVAIKUTUKSISTA</b>
annetaanko jauhattuna vai ei?	
Lääkäri antaa ohjeen murskata, onko oikein?	

Taulukko 7. Sairaanhoitajien kehittämisideat

PELKISTYKSET	ALALUOKAT
Tietämystä täytyisi olla kaikilla. Yksinkertainen runko, että mitä tämä on, minkä takia sitä toimitaan.	<b>PERUSTIETÄMYKSEN LISÄÄMINEN SAIRAANHOITAJILLE</b>
Perustietämys kaikilla	
Enemmän tietoa saisi olla.	
Perustieto täytyy olla selvittääkseen joistakin päivistä.	
Olisi hyvä, että tietoa tulisi kaikille	
Tieto erilaista, infotilaisuus kaikille hyvä	
Minun ei tarvitse tietää kuin miten annetaan ja se mitä meille sanotaan.	<b>LISÄTIEDON TARVETTA EI OLE, LÄÄKKEEN ANTO OSATAAN.</b>
Meidän ei tarvitse tietää, kuin lääkkeenanto ja kaikki yksityiskohtaisempi kuuluu vastaaville.	
En välitä saada lisätietoa, teen mikä on pakko.	
En tarvitse lisätietoa, osaan antaa lääkkeen.	

(jatkuu)

Toivon, että koulutusta saisi olla	<b>KOULUTUKSEN JÄRJESTÄMINEN SAIRAANHOITAJILLE</b>
Ajattelisin, että koulutus kaikille olisi hyvä.	
Tiedonjakaminen tosi tärkeää	
Selkeä lyhyt ohje	<b>SAIRAANHOITAJILLE TARKOITETTU SELKEÄ JA HELPOSTI LUETTAVA OHJE</b>
Uusi hoitaja saa selvän	
Tieto helposti saataville, sijaisi ajatellen	
Pieni ohje kirja	
Tieto helposti saataville	
Asiakkaalle eikä meille ole kiva levoton paikka	<b>RAUHALLINEN YMPÄRISTÖ JA OMA AIKA.</b>
Aikaa asiakkaalle kuuntelua varten. Ympäristö levoton.	
Kurkit molemmin puolin	
Tämä on huvilivi paikka	
viikonloppuisin kauhea kiire sulatella.	
Rauhallinen vastaanotto	<b>OMA VASTAANOTTOHUONE</b>
Kehitettävä asia on tila	
Pitäisi olla omahuone	
Ihan omahuone	
oma hoitaja	<b>YKSI VASTUUHENKILÖ/OMAHOITAJA</b>
Kaksi vastaavaa hyvä, lomien ja vertaistuen kannalta	
Vastuun kannalta kaksi hyvä, toiminnan kannalta yksi	
Yhdeltä ohjeet ja yksi lääkäri	
Ihanne, että sama henkilö hoitaisi. Asiakas pystyy avautuun paremmin	
Ei päivystyspoliklinikan hommaa. Asiakkaiden lisääntyessä yksi hoitaja keskittyy heihin.	

(jatkuu)

Voi olla eri työtapoja, mutta jotenkin sekavaa	<b>HOIDON TOTEUTTAMISEN SELKEYTTÄMINEN</b>
Samaa mieltä, nyt on sekavaa	
Retuperällä nyt, pitää potilaalta kysyä mitä tehdään ja milloinkin. Tieto ei kulje.	
Ohjeistus selkeämpää, jouduttu potilaalta kysymään jauhamista	
Meiltä yhtenäisyys puuttuu, yksi tekee toisella lailla ja toinen toisella.	
Selkeä linja tarvitaan	
Ihanaa olisi selkeä linja, hapuilun sijaan	
Tää ei ole yksinkertaista asiaa, olisikin selkeä linja	
Efficalle hoitosuunnitelma, mistä näkee missä mennään.	
Pistosjälkitarkastuksien tekemistä parannettava	
Miksi kaikki tekee tätä nyt? miksi ei vain viikonloput?	<b>SAIRAANHOITAJIEN ROOLIN SELKEYTTÄMINEN</b>
Hoitaako kaikki	
Erikäsitys rooleista ja mitä meidän pitää tehdä	
Selvät roolit, ettei samana päivänä moni hoida samaa asiaa	
Erikäsitys rooleista ja mitä meidän pitää tehdä	
Oma asenne	<b>OMIEN ASEENTEIDEN POHDINTA</b>
Asenne	
On sekavaa, mutta on huonoa asennettakin	
Miksi päihde- ja mielenterveyskeskus ei toteuta korvaushoitoa	<b>TOTEUTTAJA TAHON MIETTIMINEN EDELLEEN</b>
Päihde- ja mielenterveyskeskuksessa olisi asiantuntemusta	
Erityispalveluiden aikuisneuvola hyvä vaihtoehto	
Päihde- ja mielenterveyskeskukseen kuuluu	
Kehittää päivystyksestä	
Ei päivystyspoliklinikan hommaa	

(jatkuu)

Taulukko 8. Yläluokkien muodostuminen alaluokista

ALALUOKAT	YLÄLUOKAT
TIETÄMYKSEN TASO VÄHÄINEN	VASTAAJIEN TIEDON JA OSAAMISEN TASSO VAIHTELEE.
PERUSTIETO JA LÄÄKKEENANNON TOTEUTTAMINEN OSATAAN	
HOITOPOLUN KOKONAISUUDESTA JA YHTEYSTAHON TIETÄMISESTÄ	HOITOPOLKU
A-KLINIKAN TOIMENKUVASTA	LÄÄKEHOITO
LÄÄKEHOIDON VALVOMISESTA, HUUMESEULAN TOTEUTTAMISESTA JA OIKEUKSISTA.	
LÄÄKKEEN JAUHAMISESTA JA HAITTAVAIKUTUKSISTA	TIEDON LISÄÄMINEN
PERUSTIETÄMYKSEN LISÄÄMINEN SAIRAANHOITAJILLE.	
LISÄTIEDON TARVETTA EI OLE, LÄÄKKEENANTO OSATAAN.	
KOULUTUKSEN JÄRJESTÄMINEN SAIRAANHOITAJILLE.	
SAIRAANHOITAJILLE TARKOITETTU SELKEÄ JA HELPOSTI LUETTAVA OHJE	
RAUHALLINEN YMPÄRISTÖ JA OMA AIKA.	ASIAKKAAN VASTAANOTTOKÄYNNIN RAUHOITTAMINEN.
OMA VASTAANOTTOHUONE	
YKSI VASTUUHENKILÖ/OMAHOITAJA	HOIDON KOKONAISUUDEN SELKEYTTÄMINEN ASIAKKAAN NÄKÖKULMASTA
HOIDON TOTEUTTAMISEN SELKEYTTÄMINEN	
SAIRAANHOITAJIEN ROOLIN SELKEYTTÄMINEN	
OMIEN ASENTTEIDEN POHDINTA	
TOTEUTTAJA TAHON MIETTIMINEN EDELLEEN	

## Liite 4. Tietoinen suostumus



1 (2)

TIEDOTE

16.12.2013

Hyvä sairaanhoitaja!

Pyydän Teitä osallistumaan opinnäytetyöhöni, jonka tarkoituksena on selvittää PoSa:n päivystyksen sairaanhoitajien tiedontarve korvaushoidosta.

Osallistumisenne tähän opinnäytetyöhön on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistumisenne syytä ilmoittamatta milloin tahansa. Opinnäytetyölle on myönnetty lupa Pohjois-Satakunnan peruspalveluliikelaitos kuntayhtymästä, joka toimii opinnäytetyön yhteistyötahona.

Opinnäytetyö toteutetaan haastattelemalla päivystyksen kahdeksaa vakituista sairaanhoitajaa. Haastattelu toteutetaan ryhmähaastatteluna haastateltavien työajalla 4 hengen ryhmissä Pääterveyskeskuksen kokoushuoneessa. Haastatteluihin varataan aikaa 2 tuntia/ryhmä. Haastattelut nauhoitetaan haastateltavien luvalla.

Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti. Aineisto on ainoastaan opinnäytetyön tekijän käytössä. Aineisto säilytetään salasanalta suojattuina tiedostoina, kirjallinen aineisto lukitussa tilassa.

Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta. Opinnäytetyön tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä, opinnäytetyön raportista ei yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan. Opinnäytetyöt ovat luettavissa elektronisessa Theseus - tietokannassa, ellei Pohjois-Satakunnan peruspalveluliikelaitos kuntayhtymän kanssa ole muuta sovittu.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstäni, vastaan mielelläni.

Opinnäytetyön tekijä

Jenni Lahtinen  
Sairaanhoitaja (YAMK) -opiskelija  
Kliininen asiantuntija  
Tampereen ammattikorkeakoulu

(jatkuu)



2 (2)

## SUOSTUMUS

Opioidiriippuvaisen korvaushoitopotilaan hoito Pohjois- Satakunnan peruspalveluliikelaitoskuntayhtymän päivystyksessä.

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoituksena on selvittää PoSa:n päivystyksen sairaanhoitajien tiedontarve korvaushoidosta sekä mahdollisuuden esittää opinnäytetyöstä tekijälle kysymyksiä.

Ymmärrän, että osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luotamuksellisesti.

Paikka ja aika

\_\_\_\_\_

Suostun osallistumaan  
opinnäytetyöhön:

Suostumuksen  
vastaanottaja:

\_\_\_\_\_

Haastateltavan allekirjoitus

\_\_\_\_\_

Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus

\_\_\_\_\_

Nimen selvennys

\_\_\_\_\_

Nimen selvennys