

POTILASOHJE HAITTOJA VÄHENTÄVÄSSÄ KORVAUSHOIDOSSA OLEVILLE ASIAKKAILLE

Nina Roine ja Emilia Kostamo
Opinnäytetyö, kevät 2012
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Diak Etelä, Helsinki
Hoitotyön koulutusohjelma
Terveystenhoitaja (AMK)
Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Roine, Nina & Kostamo, Emilia. Potilasopas haittoja vähentävässä korvaushoidossa oleville potilaille, Helsinki, kevät 2012, sivumäärä 39, liite 1.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak Etelä, Helsinki. Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK), terveydenhoitotyön suuntautumisvaihtoehto, terveydenhoitaja (AMK).

Opinnäytetyömme on työelämälähtöinen produktio, jonka tuotos on ”Tervetuloa korvaushoitoon” –opas. Opas on suunnattu korvaushoitoyhteisön asiakkaille arjen tukemiseksi. Opas sisältää lääkehoidon toteuttamisen, aukioloajat, lomakäytännöt, yhteisön tarjoamat palvelut, säännöt sekä yhteystiedot. Opinnäytetyömme toimeksiantaja on Helsingin Diakonissalaitoksen Munkkisaaren yksikön korvaushoitoyhteisö. Työmme koostuu opinnäytetyöraportista sekä opaslehtisestä.

Potilasohje on tarkoitettu helpottamaan uusien ja vanhojen asiakkaiden sitoutumista hoitoon. Opasta on tarkoitus käyttää myös asiakkaiden muistin apuvälineenä, jonka avulla he pystyisivät noudattamaan ja muistamaan paremmin aikatauluja sekä yhteisön sääntöjä. Oppaan tulisi helpottaa korvaushoitiasiakkaiden päivittäistä arkea sekä vähentää henkilökunnan kuormitusta.

Oppaan avulla pyrimme tuomaan esille haittoja vähentävän korvaushoidon tarjoamia palveluja, kuten lääkehoito, lääkärin vastaanotto, yhteisön tuki sekä neulanvaihtopiste. Potilasohjeemme tulee olemaan osa korvaushoidon asiakkaille tarjottavaa terveysneuvontaa.

Keräsimme opinnäytetyön teoreettisen aineiston kirjallisuuden sekä tietokantojen avulla. Opinnäytetyöprosessiin kuului teoreettisen tiedonkeruun lisäksi potilasohjeen suunnittelu, toteutus ja arviointi.

Teimme oppaasta asiakasryhmän huomioon ottaen, selkeän, yksinkertaisen ja kooltaan sopivan, mukana kuljetettavaksi. Tarkoituksena on, että asiakkaat käyttäisivät opasta päivittäin, henkilökohtaisena apuvälineenä.

Avainsanat: korvaushoito, potilasohje, haittoja vähentäminen

ABSTRACT

Roine, Nina & Kostamo, Emilia. The client's information leaflet on harm decreasing nursing. 39 p., 1 appendix. Language: Finnish. Helsinki, Spring 2012.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing, Option in Health Care, Option in Nursing. Degree: Public Health Nurse, Nurse.

This thesis is a working life-based production leaflet by the name "Welcome to replacement therapy"- education leaflet. The leaflet targets at clients in the replacement therapy community to support their daily life. The thesis consists of two different parts, the report and the patient information leaflet.

The commissioner of the thesis was Helsinki Deaconess Institutes Replacement Therapy Unit. The unit needed a leaflet to ease and strengthen the clients' commitment to therapy. The leaflet was meant to be used as a memory tool. The clients might be able to remember and obey the rules and schedule in the community.

The production was also aimed at easing the clients' everyday life and decreases the staff's workload. The leaflet introduces the facilities that are offered by harm reduction replacement therapy. The leaflet will be part of health guidance which is directed replacement therapy clients.

The theoretical material was gathered from literature and databases. The writing process included theoretical data capture, planning the leaflet, realize it and in conclusion estimate the patient education leaflet.

The production turned out to be a very clear, simple, snappy and compact size leaflet that takes the customer group into a consideration. The meaning of the leaflet is that the clients are able to use it daily as their personal aid and as a support for their replacement therapy.

Key words: replacement therapy, patient education leaflet, harm reduction

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 HUUMERIIPPUUUS	8
2.1 Riippuvuuden osa-alueet	8
2.2 Opiattiriippuvuus	9
3 HAITTOJA VÄHENTÄVÄ KORVAUSHOITO	11
3.1 Lainsäädäntö	11
3.2 Korvaushoidon historia	12
3.3 Korvaushoito	12
3.4 Korvaushoidon tavoitteet	13
3.5 Hoidon kriteerit	14
3.6 Korvaushoidon järjestäminen ja toteuttaminen	14
3.7 Hoidon aloitus	15
3.8 Hoidon edut ja haasteet	16
4 KORVAUSHOITOLÄÄKKEET	19
4.1 Bubrenorfiini	19
4.2 Metadoni	20
5 HELSINGIN DIAKONISSALAITOKSEN KORVAUSHOIToyhteisö	22
5.1 Korvaushoitoyhteisö	22
5.2 Tyypillinen asiakas	23
5.3 Korvaushoitoyksikön ympäristön kuvaus	24
6 Yhteisöllisyys hoidon välineenä	27
6.1 Yhteisöllisyys korvaushoidossa	27
7 POTILASOHJE KORVAUSHOIToyhteisön ASIAKKAILLE	28
7.1 Produktin tavoitteet	28
7.2 Potilasohjaus	28
8 PROSESSIN KUVAUS	31
8.1 Opinnäytetyön aloitus ja aikataulu	31

8.2 Opinnäytetyön teoria ja tiedonhankinta	32
8.3 Oppaan suunnittelu ja työstäminen	32
9 ARVIOINTI JA PALAUTE	34
9.1 Oppaan sisältö	34
9.2 Kehittämisehdotukset	34
10 POHDINTA	36
LÄHTEET	39

1 JOHDANTO

Opiaattiriippuvuus on yksi haasteellisimmista riippuvuuden muodoista, sillä riippuvuus opiaatteihin syntyy muita huumeita nopeammin (Inkinen, Partanen & Sutinen 2000, 80). Opiaattien pitkäaikainen käyttö aiheuttaa aivoissa neurokemiallisia muutoksia, jotka osaltaan vaikuttavat riippuvuuden ylläpitoon sekä huumeiden käytön uudelleen aloittamiseen sellaisilla ihmisillä, jotka ovat jo kertaalleen onnistuneet käytön lopettamisessa. Opiaatteihin kehittyy psyykkinen ja fyysinen riippuvuus, joka johtaa pakonomaiseen aineen käyttöön. Opiaattiriippuvainen ylläpitää huumeiden käyttöään usein rikollisin keinoin, minkä seurauksena käyttäjä saattaa joutua vankilakierteeseen sekä syrjäytyä yhteiskunnasta. (Fabritius, Seppänen-Leiman, Ahokas & Kanerva 2005, 5.)

Opiaattiriippuvaisia huumeidenkäyttäjiä on hyvin vaikea vieroittaa ja kuntouttaa, joten heille on kehitetty oma hoitomuoto nimeltään korvaushoito. Korvaushoidon tarkoituksena on ehkäistä ja vähentää huumeiden käyttöön liittyvää rikollisuutta, infektioiden leviämistä ja huumekuolleisuutta. Myöhemmässä vaiheessa tavoitteena on kuntoutuminen, opiskelujen tai työn aloittaminen sekä asteittain korvaushoitolääkkeistä irtautuminen.

Uudempana hoitomuotona tunnetaan haittoja vähentävä korvaushoito, joka erottuu tavallisesta korvaushoidosta siten, että hoidon tarkoituksena ei ole päästä korvaavasta aineesta eroon. Haittoja vähentävällä korvaushoidolla ei haeta kuntoutumista, vaan elämänlaadun parantamista. (Forssén 2005, 24.)

Opinnäytetyömme tarkoitus on tuottaa potilasopas haittoja vähentävässä korvaushoidossa oleville asiakkaille. Opas on tarkoitettu asiakkaiden päivittäiseen käyttöön arjen helpottamiseksi sekä henkilökunnan kuormituksen vähentämiseksi. Oppaalla on selkeä tarve, sillä korvaushoitoasiakkaiden määrä on viime vuosina huomattavasti lisääntynyt ja hoidon kysyntä kasvaa edelleen. Valmis opas on tarkoitettu jaettavaksi uusille sekä vanhoille korvaushoitoyhteisön asiakkaille Munkkisaarella. Produktio on tehty yhteistyössä Helsingin Diakonissalaitoksen Munkkisaaren korvaushoitoyksikön kanssa. Munkkisaaren korvaushoi-

toyhteisö tarjoaa opiaattiriippuvaisille huumeiden käyttäjille lääkkeellistä korvaushoitoa sekä heillä on mahdollisuus käyttää yhteisön palveluita. Yhteisöllä tarkoitetaan asiakkaiden yhteistä tilaa, missä he voivat oleskella, asioida internetissä, hoitaa viranomaisasioita, peseytyä sekä huoltaa vaatteita tiettyinä päivinä ja aukioloaikoina. Yhteisön tarkoituksena on myös mahdollistaa vertaistuki.

Suoritimme opiskeluun kuuluvat mielenterveys- ja päihdetyön harjoittelut korvaushoito-yhteisössä, mistä olikin suuri apu oppaan tekemisessä. Kesätyö ja sijaisuudet Munkkisaarella ovat vieneet opinnäytetyötämme tasaisesti eteenpäin. Aineistossamme on tutkittua tietoa sekä harjoittelussa kokemuksen kautta saatua tietoa. Käytimme tutkittua tietoa opinnäytetyössämme, etenkin teorian tiedon osalta. Kokemuksen kautta saatua tietoa hyödynsimme oppaan teossa.

Opasta tehdessämme otimme huomioon, että materiaalsen tuotteen tulee olla sisällöltään täsmällinen ja selkeästi rajattavissa. Huomioimme myös kohderyhmän erityispiirteet ja niiden tuottamat haasteet. (Jämsä & Manninen 2000, 13–14.) Pitkäaikaisen huumeidenkäytön seurauksena asiakkaiden kognitiivinen taso on laskenut, mikä vaikuttaa asiakkaiden keskittymiseen, muistiin sekä lukemisen ymmärtämiseen. Korvaushoitoasiakkaiden on vaikea keskittyä lukemaan lyhyitäkin tekstejä ja monilla saattaa lukutaito olla äärimmäisen huono. Pitkät asiatekstit vaativat korvaushoitoasiakkailta paljon ponnisteluja. Asiakasryhmän huomioon ottaen päätimme tehdä oppaasta yksinkertaisen, selkeän ja ytimekkään.

2 HUUMERIIPPUVUUS

Huumeriippuvaiselle on alkoholismiin tapaan ominaista jatkuva, usein toistuva tai pakonomainen käyttö riippumatta sen aiheuttamista terveydellisistä tai sosiaalisista haitoista (Huttunen 2011). Biolääketieteessä päihderiippuvuutta pidetään aivojen sairautena, koska opioidien pitkäaikainen käyttö aiheuttaa käyttäjälle neurokemiallisia muutoksia. Nämä muutokset vaikuttavat muistiin, oppimiseen ja ylläpitävät huumeriippuvuutta sekä huumeiden käytön uusimisen mahdollisuutta. (Dahl & Hirschovits 2002, 267.)

Päihteiden käyttö voidaan jakaa kolmeen eri ryhmään, satunnaiskäyttöön, viihdekäyttöön ja ongelmakäyttöön. Viihde- ja satunnaiskäyttö on käyttäjien mukaan hallittua, joten huumeet eivät ole heille ongelma. Ongelmakäyttö sen sijaan aiheuttaa fyysistä ja psyykkistä voinnin laskua sekä sosiaalisten suhteiden vähenemistä, jolloin käyttäjä usein syrjäytyy. Ongelmakäyttöön liittyy päihteiden voimakas riippuvuus, jolloin käyttäjän tärkeimmäksi asiaksi jää aineiden jatkuva saanti sekä vierotusoireiden välttäminen. Ongelmakäyttäjät ajautuvat usein käytön myötä rikollisuuden pariin, jolloin huumeiden käyttö rahoitetaan varastamisella, varastetun tavaran myymisellä, huumeiden myymisellä, salakuljettamisella ja prostituutiolla. (Forssén 2005, 17.)

2.1 Riippuvuuden osa-alueet

Psyykkiseen riippuvuuteen liittyy nopea ja voimaperäinen vaikutus omaan mielenlaan, jolloin käyttäjä on riippuvainen tunnetilasta jonka päihde aiheuttaa. Käyttäjä tarvitsee päihdettä pystyäkseen elämään. Päihteiden käytön juuret löytyvät usein käyttäjän historiasta, persoonallisuudesta ja elämäntilanteista. Psyykkiseen riippuvuuteen voi kuulua myös pelkkä riippuvuus pistämiseen, ilman päihdyttävää ainetta. (Dahl & Hirschovits 2002, 266.)

Sosiaaliseen riippuvuuteen liittyy usein paineet ja samaistumisen tarve. Päihderiippuvaisen sosiaaliset suhteet ja elämän tavat kävelevät usein rinnakkain.

Ryhmien päihdehalukkuus voi olla osa yhteenkuuluvuutta. Päihteiden käyttö voi olla myös sosiaalinen tapahtuma ja siksi monet käyttäjät ovatkin riippuvaisia tavoista ja yhteisistä käyttöön liittyvistä kokemuksista. (Dahl & Hirschovits 2002, 266.)

Fyysisessä riippuvuudessa käyttäjän keho on tottunut aineeseen, jolloin huumausaineen lopettaminen tai vähentäminen aiheuttaa käyttäjälle vieroitusoireita. Fyysiseen riippuvuuteen vaikuttavat myös käyttäjän toleranssi ja elimistön sietokyky. Ruumiillinen riippuvuus näkyy mm. sydämen toiminnassa, aineenvaihdunnassa sekä keskushermostossa. (Dahl & Hirschovits 2002, 267.)

2.2 Opiaattiriippuvuus

Ooppiumi on oopiumunikon maitiaisneste, jota on käytetty nautintoaineena ja lääkkeenä sen voimakkaan kipua lievittävän vaikutuksen vuoksi. Opiaatit voidaan jakaa kahteen ryhmään; luonnonopiaatteihin ooppiumi, morfiini, heroini ja kodeiini sekä synteettisiin opiaatteihin petidiini, metadoni, bubrenorfiini ja dekstropoksifeeni. Opiaatteihin syntyy riippuvuus nopeammin kuin muihin huumeisiin. Usein kokeilu alkaa uteliaisuudesta, sattumalta tai muiden huumeiden pitkän käytön jälkeen. (Inkinen, Partanen & Sutinen 2000, 80.)

Pitkäaikainen opiaattien käyttö aiheuttaa neurokemiallisia muutoksia ja yhdessä kognitiivisten prosessien myötä ylläpitävät opiaattiriippuvuutta ja laukaisevat useita epäonnistumisia käyttäjän yrittäessä päästä huumeista eroon. Opiaattiriippuvaisella kehittyy psyykkinen ja fyysinen riippuvuus sekä pakonomainen aineen käyttö. Riippuvuus voi ilmetä myös ilman fyysistä riippuvuutta. Opiaattiriippuvainen vaarantaa pitkän käytön jälkeen omaa psyykkistä ja fyysistä terveyttään. Haitoista huolimatta henkilö jatkaa aineen käyttöä, jonka seurauksena huumeriippuvainen ajautuu usein rikollisuuden pariin ja syrjäytyy. (Fabritius, Seppänen-Leiman, Ahokas & Kanerva 2005, 5.)

Pikkuhiljaa opiaattiriippuvainen vetäytyy ja vajoaa omaan sisäiseen maailmaansa, jolloin ihmissuhteet menettävät merkityksensä sekä tunne-elämä saattaa

kadota. Käyttäjällä voi myös ilmetä piittaamattomuutta itseään ja muita kohtaan. Elämä alkaa pikkuhiljaa keskittyä aineen hankkimisen ympärille, koska vieroitusoireet pakottavat käyttäjän hankkimaan ainetta keinolla millä hyvänsä. (Dahl & Hirschovits 2002, 63.)

3 HAITTOJA VÄHENTÄVÄ KORVAUSHOITO

3.1 Lainsäädäntö

Haittoja vähentävä korvaushoito perustuu sosiaali- ja terveysministeriön asetukseen opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeillä (33/2008). Asetusta sovelletaan buprenorfiinia ja metadonia sisältävien lääkevalmisteiden käyttämiseen korvaushoidossa. Asetuksessa on määritelty korvaushoidon edellytykset, hoidon järjestäminen ja toteuttaminen, hoitosuunnitelma, lääkehoito sekä hoidon seuranta.

Opiattiiriippuvaisten korvaushoitoa säätelee päihdehuoltolaki (41/1986), jonka 1§:n mukaan päihdehuollon tavoitteena on vähentää ja ehkäistä päihteiden ongelmakäyttöä. Vähentää päihteidenkäyttöön liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja sekä edistää ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä toimintakykyä.

Korvaushoidossa on noudatettava lakia potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992). Lain 3 §:n mukaan potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Potilasta on kohdeltava ja hänen hoitonsa on järjestettävä niin, ettei hänen ihmisarvoa loukata ja että hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan.

Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/94) 22 §:n mukaan potilaan lääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärityksestä ja siihen liittyvästä hoidosta päättää laillistettu lääkäri. Laillistetulla lääkärillä on oikeus määrätä apteekista lääkettä noudettavaksi lääkinnällistä tai lääketieteellistä tarkoitusta varten.

Huumausainelain (30.5.2008/373) 5§:n yleiskiellon mukaan huumausaineen tuotanto, valmistus, tuonti Suomen alueelle, vienti Suomen alueelta, kuljetus, kauttakuljetus, jakelu, kauppa, käsittely, hallussapito ja käyttö on kielletty. Lääkinnällisissä, tutkimuksellisissa ja valvonnallisissa tarkoituksissa kiellosta voidaan poiketa laissa säädetyllä tavalla.

3.2 Korvaushoidon historia

Korvaushoito on toteutettu maailmalla jo 1960-luvulla. Suomessa ensimmäiset korvaushoidot aloitettiin 1997 sosiaali- ja terveysministeriön antamien ohjeiden mukaan. Hoidon tarpeessa arvioitiin olevan tuolloin 100 - 150 potilasta. Nykypäivänä hoidossa on jo lähes 2 000 potilasta. (Holopainen 2011.)

Ensimmäisenä korvaushoitolääkkeenä toimi metadoni, mutta vain kaksi vuotta myöhemmin aloitettiin myös bubrenorfiinin korvaushoito. Vuonna 2003 markkinoille tuli bubrenorfiini-naloksonikombinaatiovalmiste. (Fabritius, Seppänen-Leiman, Ahokas & Kanerva 2005, 1–2.)

Korvaushoitoa toteutetaan nykypäivänä Suomessa jo maanlaajuisesti (Fabritius, Seppänen-Leiman, Ahokas & Kanerva 2005, 2). Nykypäivänä pelkästään pääkaupunkiseudulla on korvaushoidon piirissä jo noin 500 asiakasta. Sukupuolijakauma on tasoittunut viime vuosien aikana niin, että hoidossa on lähes yhtä paljon miehiä ja naisia. (Koivisto 2007, 20–21.)

3.3 Korvaushoito

Opioidiriippuvuuden korvaus- ja haittoja vähentävät hoidot ovat tehokkaita opioidiriippuvuuden hoitomuotoja. Tulostittareina voidaan käyttää kuolleisuuden, laittomien opioidien käytön, rikollisuuden ja muiden haittojen vähenemistä, elämänlaadun kohenemistä sekä kustannushyötyjä. Korvaushoito on päihdetömyyteen tähtäävää kuntouttavaa hoitoa, kun taas haittoja vähentävän korvaushoidonhoidon painopisteenä on nimensä mukaan, opioidien käytöstä johtuvien haittojen vähentäminen. (Pirkola, Heikman, Vormaa & Turtiainen 2007.)

Korvaus- ja haittoja vähentävä hoito eroavat toisistaan myös hoitoaikojen, oheiskäytön sallimisen, vieroittumisen, käytettävän lääkkeen, lääkeannosten suuruuden sekä hoito/rangaistusmenetelmien ja psykososiaalisen työn suhteen. (Forssén 2005, 25.) Haittaojavähentävä hoito voidaan nähdä siten, että jokaisel-

la hoitoon päässeellä on mahdollisuus ihmisarvoiseen elämään (Harju-Koskelin 2007, 11).

3.4 Korvaushoidon tavoitteet

Korvaushoidon ensimmäisiä tavoitteita ovat hoitoon hakeutuminen ja kiinnittäminen sekä vierotusoireiden lievittäminen. Pidempi aikaisia tavoitteita ovat hoitoon sitoutuminen, elämäntyylin muutos, suonensisäisten huumeiden käytön lopettaminen, rikollisuuden ja infektioiden levittämisen estäminen sekä kuolleisuuden vähentäminen. (Fabritius, Seppänen-Leiman, Ahokas & Kanerva 2005, 12.) Sekä myöhemmässä vaiheessa mahdollistetaan kuntoutuminen, opiskeluiden tai työelämään siirtyminen sekä vähittäinen korvaushoitolääkkeestä irtautuminen. Hoidolla pyritään ehkäisemään myös hiv ja hepatiitti tartuntojen määrää sekä katkaisemaan vankien rikoskierrettä. (Forssén 2005, 24.) Haittoja vähentämisen politiikan tavoitteena on haittojen minimointi, niin että siitä hyötyisivät itse käyttäjä, hänen lähiympäristö sekä koko yhteiskunta (Forssén 2005, 20).

Haittaoja vähentävä hoito erottuu korvaushoidosta myös siten, että hoidon tarkoituksena ei ole päästä korvaavasta aineesta eroon, eikä hoidolla haeta juurikaan kuntoutumista. Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan haittaojavähen­tävän hoidon minimitavoitteena on elämänlaadun parantuminen. (Forssén 2005, 24.) Tavoitteita voidaan kuitenkin tarkastaa myös myöhemmässä vaiheessa. Asiakkaan kuntoutumisen edetessä, on mahdollista miettiä potilaan korotusta korvaus-, tai kuntouttavankorvaushoidon tasolle. (Lappalainen-Lehto & Romu 2008, 179.) Valitettavasti asiakkaiden kognitiiviset rajoitteet jarruttavat hoidon tavoitteiden etenemistä. Pitkän huumehistorian seurauksena käyttäjillä voi olla vaikeita oppimishäiriöitä, mielenterveysongelmia sekä dementiaa. (Forssén 2005, 54.)

3.5 Hoidon kriteerit

Kriteereinä haittoja vähentävässä korvaushoidossa on hoitoon sitoutumattomuus tai huono sitoutuminen, runsas oheiskäyttö, väkivaltainen käyttäytyminen tai puutteellinen päihteettömyys- tai kuntoutumistavoite. Hoidossa tavoitellaan potilaan elämänlaadun parantamista sekä terveyshaittojen ja sosiaalisen syrjäytymisen vähentämistä. Tärkeää potilaan kannalta olisi hoitoon kiinnittyminen ja sen myötä edellytysten luominen mahdolliseen kuntouttavaan hoitoon. Monesti kuitenkin monille potilaille haittoja vähentävä hoito on pysyvä ja riittävä sekä loppuelämän kestävä hoitomuoto. (Holopainen 2011.)

Haittoja vähentävää hoitoa tarvitaan, sillä hoitamattoman opioidiriippuvuuden ennuste on huono suuren kuolleisuuden ja oheissairauksien vuoksi. Vieroitus- hoidot ovat lyhytaikaisia ja niiden tehot ovat rajallisia sekä potilaiden kiinnittymisen psykososiaaliseen hoitoon ilman lääkekorvaushoitoa on heikkoa. Tieteellistä näyttöä korvaushoidon positiivisista vaikutuksista on paljon ja tiedeyhteisöt pitävät opiaattien käyttäjien lääkkeellistä korvaushoitoa tärkeänä. (Holopainen 2011.)

3.6 Korvaushoidon järjestäminen ja toteuttaminen

Sosiaali- ja terveysministeriön asetusten mukaan opioidiriippuvaisen hoidon tarve tulisi arvioida ja hoito toteuttaa sellaisessa terveyskeskuksessa, päihdehuollon yksikössä, jossa on nimetty hoidon antamiseen perehtynyt lääkäri sekä toiminnan edellyttämä muu henkilökunta, joilla edellytykset hoidon antoon. Hoidon vaativuuden takia hoidon tarve tulee arvioida ja hoito aloittaa ja toteuttaa sairaanhoitopiirin kuntayhtymän toimintayksikössä. Hoitoa voidaan jatkaa yhteistyössä hoidon aloittaneen yksikön kanssa. Pitkäkestoisessa korvaushoidossa on otettava huomioon se, että hoito toteutettaisiin mahdollisimman lähellä potilaan asuinpaikkaa. (Asetus 33/2008.)

Opioidiriippuvaisten hoito koostuu erilaisista vaiheista. Ensimmäisenä vaiheena pidetään hoitoon hakeutumista. Hoidon tarvetta tulee arvioida ennen hoitoon

pääsyä. Hoito aloitetaan vieroitusjaksolla, jossa käytetään aluksi lääkkeitä vieroitusoireiden helpottamiseksi, loppujaksolla hoito on kuitenkin lääketeetöntä. Lopuksi tehdään arviointi, jonka jälkeen asiakas ohjataan korvaushoitoon tai muuhun hoitoon. (Forssén 2005, 25.)

Hoidon tulisi olla vaiheittain etenemistä eli hoitojatkumoa, niin että asiakas kulkeutuisi hoitopaikasta toiseen, ilman että hoitoon tulisi katkoja. Korvaus ja ylläpitohoidossa hoitojatkumolla tarkoitetaan hoidon toteutusta, jolloin asiakas saa hoitoa hakeutumisesta jälkihoitoon saakka. Hoito sisältää arvioinnin, lääkkeellisen hoidon, mahdollisen vieroituksen, sekä jälkihoidon. Hoitojatkumoon kuuluu myös hoidon sisällä tapahtuva arviointiprosessi, jonka mukaan asiakkaan hoito porrastetaan vieroitus-, korvaus, tai ylläpitohoitoon. (Harju-Koskelin 2007, 14.)

Hoitovalinnoissa on otettava huomioon potilaan tavoite, olosuhteet, muutosvaihe, potilaan odotukset, resurssit, aikaisemmat hoidot, näyttö hoidon tehosta ja turvallisuudesta sekä lopuksi potilaan tietoinen suostumus. (Forssén 2005, 25.)

3.7 Hoidon aloitus

Pääkaupunkiseudulla korvaus- ja ylläpitohoitojen aloitus sekä arviointi tapahtuu pääsääntöisesti HUS:in päihdepsykiatrian vastuuyksikössä. Päihdepsykiatrian vastaanotolle hakeudutaan pääsääntöisesti läheteellä, mutta poikkeuksena ovat kuitenkin opiaattiriippuvaliset, joilla ei ole muita hoitokontakteja. Nämä henkilöt voivat hakeutua suoraan päihdepsykiatriselle poliklinikalle. Näin hoitoon pääsy on mahdollisimman helppoa. (Pirkola, Heikman, Vormo & Turtiainen 2007.)

Asiakkaan ensimmäinen vastaanottokäynti tulisi olla kolmen viikon kuluessa lähetteen saapumisesta. Korvaushoidon arvioinnista huolehtivat lääkäri, sairaanhoitaja, sosiaalityöntekijä ja tarvittaessa psykologi. Arvioinnin tarkoituksena on saada selville asiakkaan opioidiriippuvuusdiagnoosi, päihde-, ja hoitohistoria, psykiatriset häiriöt sekä sosiaalisen tilanne. Arviointiprosessin aikana asiakkaal-

le tehdään yksilöllinen hoitosuunnitelma sekä mahdolliset suositukset korvaushoitoon. (Pirkola, Heikman, Vormo & Turtiainen 2007.)

Arviointi jakson loppuessa tehdään päätös asiakkaan asettamisesta korvaushoitoon, tai ehdotetaan toista hoitokeinoa. Jonossa asiakas odottaa kotikuntansa järjestämää hoitopaikkaa. Jonotusaika tulisi käyttää tehokkaasti, jolloin asiakas pyritään vieroittamaan muista päihteistä. Jonotuksen aikana selvitetään asiakkaan asumisjärjestelyt ja käynnistetään psykiatrinen hoito. (Pirkola, Heikman, Vormo & Turtiainen 2007.)

3.8 Hoidon edut ja haasteet

Haittoja vähentävä hoito voi itsessään tuoda haittoja. Korvaushoidossa käytetyt lääkkeet saattavat joutua katukauppaan ja näin lisäävät huumeongelmaa. Toisaalta jos asiakkaitten kontrollia lisätään, aiheutuu huumeidenkäyttäjille lisää ongelmia. Näin sekä ymmärrys haitoista ja niiden vähenemisestä voidaan katsoa monesta eri näkökulmasta. (Forssén 2005, 20.) Korvaus ja haittoja vähentävän hoidon on väitetty myös edistävän huumeongelmaa, koska korvaushoitoon käytettyjä lääkkeitä metadonia ja buprenorfiinia voidaan käyttää myös päihtymiseen. Ongelmia tuo myös hoitopaikkojen löysä valvonta, joka johtaa korvaushoitolääkkeiden kulkeutumisen katukauppaan. (Forssén 2005, 25.)

Tutkimukset osoittavat, että opioidiriippuvuuden korvaushoito on tehokkaampaa kuin pitkä, psykososiaalisella hoidolla täydennetty vieroitushoito. Hoitoon sopivat myös ne huumeidenkäyttäjät, jotka eivät ole pystyneet sitoutumaan ja kiinnittymään muihin päihdehoitopalveluihin. (Käypä hoito 2006.) Korvaushoidossa olleet asiakkaat ovat kokeneet hoidolla olleen merkitystä positiivisesti heidän asumis- ja taloustilanteeseen. Taloudelliseen tilanteeseen muun muassa sen vuoksi, että korvaushoitolääke on hoidossa oleville maksuton, eikä heillä kulu rahaa laittomien opioidien hankintaan. Maksuttoman korvaushoitolääkkeen myötä myös korvaushoidossa olleiden asiakkaiden tekemien omaisuusrikosten määrä väheni. (Forséll, Virtanen, Jääskeläinen, Alho & Partanen 2010, 70.)

Ennakkoluulot korvaushoitoa kohtaan hälvenee hiljakseen hoidon yleistyessä ja hoitokokemuksen levitessä laajemmalle. Valtaosa työntekijöistä, jotka työskentelevät korvaushoitoasiakkaiden parissa ovat ammattitaitoisia ja sitoutuneita hoitomallien kehittämiseen. Työntekijät osaavat myös ottaa asiakkaiden moninaiset tarpeet huomioon, eikä keskittyä vain huumeriippuvuuden hoitamiseen. (Holopainen 2011.)

Korvaushoidossa on paljon positiivisia, mutta myös negatiivisia puolia, eikä hoito sinänsä ole kovin mutkatonta. Korvaushoidosta on käyty kiivasta keskustelua ja vielä 1990-luvulla Suomessa oltiin sitä mieltä, että ylläpitävää hoitoa ei tule lainkaan aloittaa, sillä silloin ei hoideta päihdeongelmaa, vaan ruokitaan huumeriippuvuutta. (Hakkarainen & Tigerstedt 2005, 143.) Korvaushoidosta on paljon eriäviä mielipiteitä, mutta se on totta, että haasteita hoitoon liittyy. Ensinnäkin jonot hoitoon saattavat olla melko pitkiä, etenkin suurissa kaupungeissa (Forséll, Virtanen, Jääskeläinen, Alho & Partanen 2010, 70–71).

Pitkien jonojen ja hoitoon ohjauksen myötä Suomessa aloitetaan lääkkeellinen korvaushoito hyvin myöhään. (Salaspuro 2002, 460.) Korvaushoitoon pääsyn kynnystä tulisi edelleen alentaa, jotta korvaushoidon tavoitteet toteutuisivat kunnolla (Holopainen 2011). Monilla hoitoon tulevilla on pitkä huumetausta ja monia epäonnistuneita hoitoyrityksiä. Suurin osa, jotka lopulta hoitoon pääsevät ovat henkisesti sekä fyysisesti hyvin sairaita, he ovat usein myös asunnottomia, työttömiä, syrjäytyneitä ja monilla on vahvaa rikostaustaa. (Salaspuro 2002, 460.)

Vaarana korvaushoidossa on asiakkaiden moninaisten elämänongelmien ja kokemusten sivuuttaminen, mikäli hoito toteutetaan hyvin standardoidusti (Selin 2011, 44). Lääkkeellisen hoidon tueksi asiakkaille tulisi tarjota muita täydentäviä tukitoimia, kuten omahoitajakeskustelua, ryhmiin ja kursseille ohjausta, tuetun asumisen järjestämistä sekä kannustusta ja tukea asiakkaiden väliseen vertaistukeen (Forséll, Virtanen, Jääskeläinen, Alho & Partanen 2010, 70). Juuri moniongelmaisuuden vuoksi korvaushoitoasiakkaat kuormittavat hoitojärjestelmää monella tapaa ja tämän vuoksi nopeaa toipumista on epärealistista odottaa (Holopainen 2011).

Asiakkaiden motivointi saattaa olla äärimmäisen hankalaa, kyseessä on kuitenkin sellainen asiakasryhmä, joilla on hoitoon pääsyn kriteereinä ollut huono hoitoon sitoutuminen, oheiskäyttö sekä puutteellinen kuntoutumistavoite. Hoidossa tärkeimpänä tavoitteena tällöin on riittävä kiinnittyminen hoitoon. Hoidon muita osuuksia, kuten psykososiaalista tukea pyritään pitämään minimaalisena ja hoitokokouksia järjestetään harvoin. (Forséll, Virtanen, Jääskeläinen, Alho & Partanen 2010, 69–70.)

Korvaushoitoasiakkailta on suurempi kuolleisuusriski, kuin valtaväestöllä. Matthew Hickman (2010) on tehnyt Englannissa tutkimuksen, jonka mukaan kuolleisuusriski oli suurempi etenkin hoidon ensimmäisen kuukauden aikana sekä juuri hoidon lopettamisen jälkeen. Tutkimuksen mukaan korvaushoidon lopettaneilla oli peräti kahdeksan kertainen kuolemanriski hoidossa olleisiin verrattuna. Hoidon keskivaiheilla kuolleisuusriski oli kaikista matalin.

4 KORVAUSHOITOLÄÄKKEET

4.1 Bubrenorfiini

Buprenorfiini on opioidiriippuvaisten korvaus- ja vieroitushoidossa käytetty lääke. Subutexin rinnalle on tullut buprenorfiini–naloksoni-yhdistelmävalmiste, jossa on opioidiantagonisti naloksonia estämässä väärinkäyttöä. (Fabritius, Seppänen-Leiman, Ahokas & Kanerva 2005, 4.) Suomessa käytössä olevat Suboxone ja Subutex ovat niin sanottuja resoritabelleja, joiden on tarkoitus liuota kielen alla, jolloin vaikuttava aine imeytyy elimistöön suun limakalvojen kautta, nieltynä lääke menettää tehonsa (Suboxone pakkauseloste 2011).

Bubrenorfiini on synteettisesti valmistettu opiaatti, joka on tunnettu vuosisadat vahvana kipulääkkeenä (Dahl & Hirschovits 2002, 68). Bubrenorfiini korvaushoitolääkkeenä vaimentaa potilaan aineenhimoa, lievittää vierotusoireita, estää opiaattien euforista vaikutusta sekä hoidon alkuvaiheessa saa aikaan lievää mielihyvää (Fabritius, Seppänen-Leiman, Ahokas & Kanerva 2005, 6–7).

Buprenorfiinin on todettu olevan turvallinen lääke, eikä siitä ole juurikaan raportoitu hengenvaarallisia haittoja. Bubrenorfiinilla on neljä tärkeintä farmakologista ominaisuutta. Tärkeimpänä ominaisuutena on bubrenorfiiniin alhainen huippuvaikutus, minkä vuoksi lääke on turvallista käyttää eikä se juurikaan aiheuta hengitysdepression vaaraa. Buprenorfiinissa euforian vaikutus on alhaisempi kuin muilla korvaushoitolääkkeillä. Bubrenorfiini vaikutus on kuitenkin riittävä pitämään potilaan hoidossa. Bubrenorfiini annosta lisättäessä lääkkeen vaikutusaika pidentyy, jolloin annostelu voi tapahtua harvemmin kuin kerran päivässä. Lisäksi bubrenorfiinin pitkän puoliintumisajan vuoksi se aiheuttaa käyttäjälle vain lieviä vierotusoireita. (Baas & Leppänen-Leiman 2002, 25.)

Bubrenorfiinia voidaan käyttää neljällä eri tavalla, suonensisäisesti, lihakseen pistettynä, veteen liuotettuna sekä suun kautta otettuna. Bubrenorfiini vaikuttaa siis hitaimmin suun limakalvoilta imeytyessä, jolloin vaikutusaika on jopa 24 tuntia. (Fabritius, Seppänen-Leiman, Ahokas & Kanerva 2005, 6–7.) Annosta

lisäämällä annosväliä voidaan pidentää kolmeen vuorokauteen. Katukaupassa bubrenorfiinia käytetään usein suonensisäisesti, jolloin vaikutus alkaa välittömästi ja on kestoaltaan huomattavasti lyhyempi kuin suun kautta otettuna. (Dahl & Hirschovits 2002, 68.)

Bubrenorfiinin lääkekäyttöön voi liittyä sivuvaikutuksia, kuten päänsärkyä, ummetusta, voimattomuutta, pahoinvointia ja oksentelua, uneliaisuutta sekä unettomuutta. Sekä alkoholin ja bentsodiatsepiinien yhtäaikainen käyttö bubrenorfiinin kanssa voi johtaa yliannoskuolemaan. (Dahl & Hirschovits 2002, 68-69.)

4.2 Metadoni

Metadoni on synteettisesti valmistettu oopiumin kaltainen kipulääke. Lääketieteellisesti metadonia on käytetty jo pidemmän aikaa kovista kivuista kärsivillä, kuten syöpäsairailta. Metadon tunnetaan nykyisin myös korvaushoitolääkkeenä. Sen vaikutus on muita opiaatteja pidempi ja vieroitusoireet alkavat vasta yli vuorokauden kuluttua edellisestä annoksesta. (Dahl & Hirschovits 2002, 71.)

Metadonin teho perustuu vieroitusoireiden lievittämiseen, heroiinin himon vähentämiseen sekä tarpeeksi suurina annoksina metadon estää muiden opiaattien euforisoivan vaikutuksen. Metadonia pidetään oikein annosteltuna myös turvalisena lääkkeenä. (Fabritius, Seppänen-Leiman, Ahokas & Kanerva 2005, 8.) Metadonin haittavaikutukset ovat bubrenorfiinia laajemmat. Haittavaikutuksiin kuuluu muun muassa sairaanloinen unettomuus, pahoinvointi, oksentelu, virtaamisvaikeudet, kuukautishäiriöt sekä suurilla annoksilla hengityslama. (Dahl & Hirschovits 2002, 72.)

Metadoni tunnetaan maailman yleisimpänä korvaushoitolääkkeenä, joka on todettu tehokkaaksi hoitomuodoksi ympäri Eurooppaa. Sen on todettu parantavan potilaan psykologista, sosiaalista ja fyysistä kuntoa yhdistettynä psykososiaalisiin kuntoutusmenetelmiin. (Fabritius, Seppänen-Leiman, Ahokas & Kanerva 2005, 8.) Tieteellisesti on pystytty näyttämään, että metadonikorvaushoito on

vähentänyt infektioitauteja, rikollisuutta, yliannoskuolemia (Simojoki & Mäkelä 2010).

5 HELSINGIN DIAKONISSALAITOKSEN KORVAUSHOITOTYHTEISÖ

5.1 Korvaushoitoyhteisö

Helsingin Diakonissalaitos tarjoaa korvaushoitoyhteisössä haittoja vähentävää korvaushoitoa sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen mukaisesti opioidiriippuvaisille asiakkaille. Hoito perustuu lääkehoitoon ja psykososiaaliseen kuntoutukseen ja sitä toteutetaan Munkkisaarella korvaushoitoyhteisössä. (Helsingin Diakonissalaitos, Palvelukuvaus 2010.)

Korvaushoitoyhteisössä hoidetaan opioidiriippuvaisia asiakkaita, jotka eivät todennäköisesti pysty täysin lopettamaan huumeiden käyttöä, mutta joita korvaushoito voi auttaa muun muassa ehkäisemällä tartuntatautien leviämistä ja muiden terveyshaittojen ilmaantumista sekä parantaa elämänlaatua. Hoito on kuntouttavaa, mutta painopiste on haittojen vähentämisessä. Hoito-ohjelma saattaa sopia myös sellaisille asiakkaille, joilla on ollut vaikeuksia sitoutua ja kiinnittyä muihin päihdehoitopalveluihin. (Helsingin Diakonissalaitos, Palvelukuvaus 2010.)

Asiakkaille laaditaan yksilöllisesti omat palvelu- ja hoitosuunnitelmat, joita tarkistetaan tarpeen mukaan. Lisäksi asiakkaiden käytössä on korvaushoitoyhteisö, joka tarkoitettu sellaisille asiakkaille, jotka hyötyvät yhteisön tuesta ja palveluista. Korvaushoitoyhteisö on avoinna asiakkaille arkipäivisin ja tarjoaa mahdollisuuden lääkehoidon lisäksi oleskella yhteisön tiloissa, katsella televisiota, lukea lehtiä, asioida internetissä ja hoitaa viranomaispuheluita sekä peseytyä, saunaa ja pestä vaatteitaan. Asiakkaille tarjotaan ilmainen aamupala ja lounas. Korvaushoitoon sisältyy myös yksilökeskustelut, asiointiapu, ryhmätoiminta sekä verkosto- ja laitospöytäkäynnit. Tarvittaessa asiakkaiden koteihin tehdään myös kotikäynnejä. (Helsingin Diakonissalaitos, Palvelukuvaus 2010.)

5.2 Tyypillinen asiakas

Tyypillinen korvaushoidon asiakas on noin 30-44-vuotias mies. Ikähaarukka on laaja, nuorimmat asiakkaat ovat noin 20-vuotiaita ja vanhimmat yli 50-vuotiaita. Eniten asiakasryhmässä on 30–34-vuotiaita miehiä, naisia löytyy muutamia jokaisesta ikäluokasta. (Helsingin Diakonissalaitos, Asiakasprofiili 2010.) Asiakkaat ovat moniongelmaisia ja suurin osa on riippuvaisia myös muista huumeista. (Holopainen 2011.)

Asiakkailla on normaalisti runsaasti päihteiden oheiskäyttöä viikoittain tai jopa päivittäin. Eniten käytetyt päihteet ovat; amfetamiini, opiaatit, alkoholi ja kannabis. Kolmannes asiakkaista käyttää päivittäin amfetamiinia tai opiaatteja ja viikoittain käyttöä on jopa joka toisella. Alkoholia käyttää päivittäin neljäsosa ja viikottain yli puolet. Päivittäin kannabista tai muita aineita käyttää suurin osa asiakkaista. Kaikilla asiakkailla on jotain oheiskäyttöä, eniten käytetään kannabista, pienellä osalla asiakkaista ei ole lainkaan kovien huumeiden oheiskäyttöä, mutta alkoholia ja mietoja huumeita käytetään runsaasti. Huumeiden käytötapa enemmistöllä on suonensisäinen. (Helsingin Diakonissalaitos, Asiakasprofiili 2010.)

Osalla asiakkaista on vakituinen asunto, osa taas asuu kadulla. Pieni osa korvaushoitoyhteisön asiakkaista ovat asunnottomia. Korvaushoidossa olevat asiakkaat harvoin kykenevät käymään töissä, siksi suurin osa asiakkaista elää toimeentulotuella tai eläkkeellä. (Helsingin Diakonissalaitos, Asiakasprofiili 2010.) Enemmistöllä korvaushoitoasiakkaista psykososiaalinen syrjäytyminen on alkanut jo lapsuusiässä. (Holopainen 2011.)

Opioidiriippuvaisilla esiintyy paljon psykiatrisia häiriöitä, useimmiten mieliala- ja persoonallisuushäiriöitä. (Holopainen 2011.) Noin joka toisella asiakkaalla on pitkään jatkuvaa masennusta, ahdistusta, ajoittain pelkotiloja, joista osa liittyvät huumeiden käyttöön. Neljäsosa asiakkaista kärsii voimakkaasta masennuksesta ja ahdistuksesta, pitkään jatkuneista pelkotiloista, ajoittaista psykoottisista jaksoista sekä harhoista. Useita psykoottisia jaksoja on muutamilla asiakkailla,

joiden vuoksi asiakas joudutaan lähettämään psykiatriseen hoitoon. (Helsingin Diakonissalaitos, Asiakasprofiili 2010.)

Psyykkisten oireiden lisäksi asiakkailta on monenlaisia fyysisiä oireita, noin kolmas osalla esiintyy ajoittain lieviä somaattisia oireita, kuten sydänoireita, hikoilua, vapinaa. Edellä mainitut oireet saattavat liittyä vieroitusoireisiin, mutta aina näin ei kuitenkaan ole. Asiakkaista neljäsosalla esiintyy usein erityyppisiä somaattisia oireita, jotka vaativat myös lääkettä. Osalla esiintyy kroonisia somaattisia sairauksia, jotka vaativat lääkettä ja lääkärinvalvontaa. Muutamilla asiakkailta, somaattinen kunto on huono ja heidän tilansa vaatii kotisairaanhoidon jatkuvaa tukea tai hoitajaksoja sairaalassa. Fyysisesti hyväkuntoisia ja terveitä asiakkaita, C-hepatiittia lukuun ottamatta on noin joka viides. (Helsingin Diakonissalaitos, Asiakasprofiili. 2010.)

5.3 Korvaushoitoyksikön ympäristön kuvaus

Ollessamme harjoittelussa Helsingin Diakonissalaitoksen Munkkisaaren korvaushoitoyhteisössä sekä toisen opinnäytetyön tekijän ollessa sijaisena korvaushoitoyksikössä, meillä oli hyvä tilaisuus havainnoida haittoja vähentävän korvaushoidon päivärytmiä, asiakkaita, asiakkaiden tarpeita, henkilökuntaa kuormittavia tekijöitä sekä haittoja vähentävän korvaushoidon toimintatapoja Munkkisaaren yksikössä.

Tarkoituksena oli havaintojemme pohjalta rakentaa korvaushoitoyksikköön tehtävää potilasohjetta sekä pohtia minkälaisia asioita oppaassa olisi hyvä tuoda esille, jotta se palvelisi etenkin asiakkaita ja sen ohella myös henkilökuntaa. Havainnointia käytimme apuvälineenä siksi, koska haastattelu ei olisi mitään todennäköisemmin ollut toteuttamiskelpoinen asiakkaiden osalta. Asiakkaiden kanssa oli hyvin vaikea sopia edes kahdenkeskisiä keskusteluajkoja, sillä he unohtivat sovitut ajat, tai eivät muuten vaan pitäneet niistä kiinni. Monilla oli myös kova tarve värittää kertomiaan asioita, joten heidän sanomisiinsa tuli suhtautua pienellä varauksella.

Asiakkaat kävivät Munkkisaarella pääsääntöisesti päivittäin samaan kellonaikaan, jos asiakas myöhästyi lääkkeenjaosta, ei hänellä ollut sinä päivänä oikeutta saada korvaushoitolääkettään. Lääkkeet jaettiin yhdelle asiakkaalle kerrallaan lääkkeenjakoahuoneessa ja valvottiin, että korvaushoitolääke tuli otettua oikein. Asiakkaat saivat myös somaattisiin vaivoihin tarkoitettuja omia lääkkeitään korvaushoitolääkkeen annon yhtydessä, mutta niiden ottoa ei valvottu. Lääkkeet olivat usein närästys-, verenpaine- ja kolesterolilääkkeitä sekä antibiootteja tai muita samankaltaisia lääkkeitä.

Lääkkeenjaon jälkeen asiakkailla oli mahdollisuus viettää yksikössä aikaa tai hoitaa asioita. Monet jäivät lääkkeenjaon jälkeen katselemaan televisiota, syömään, lepäämään, pesemään pyykkejä tai soittamaan tärkeitä puheluita. Joka-päiväisestä lääkkeenhausta tuli asiakkaille myös tärkeä sosiaalinen tapapah-tuma, jossa heillä oli mahdollisuus tavata kohtalotovereita ja keskustella hoitaji-en kanssa.

Varsinaista yhteisöhoitoa ei yksikössä toteutettu, mutta yhteisöllisyys näkyi vahvana osana asiakkaiden hoitoa. Korvaushoitoasiakkaat pitivät hyvin tärkeänä sitä, että heillä oli paikka johon mennä ja jossa heitä myös kuunneltiin. Asiakkaat kyllä toivoivat enemmän yhteisöllisiä palveluja lääkehoidon lisäksi. monilla olisi ollut suuri tarve päästä keskutelemaan hoitajien kanssa luottamukselli- sesti kahden kesken, mutta aina se ei ollut mahdollista, sillä hoitajia oli suhtees- sa asiakasmäärään vähän, eikä varsinaisille hoitaja-potilas keskusteluille oltu varattu erikseen aikaa.

Ongelmia tuli monesti esille juuri silloin, kun hoitajien aika ei riittänyt millään hoitamaan kaikkea, mitä asiakkaat olisivat halunneet. Hoitajia kuormitti erityi- sesti se, että jokainen halusi kovasti keskustella omista asioista ja asiakkaat kyselivät päivittäin samoja asioita hoitajilta ja väittivät ettei heille oltu mitään asiasta koskaan mainittu. Yhteiset säännöt eivät menneet asiakkaille perille, vaan sääntöjä rikottiin jatkuvasti, sillä verukkeella ettei asiakas tiennyt. Sääntö- jen rikkomisesta seurasi yleensä jonkinlainen rangaistus, mitä asiakkaat eivät hyväksyneet, joten tämän kaltaiset tilanteet aiheuttivat usein konflikteja asiak- kaiden ja hoitajien välillä.

Aikataulujen noudattaminen oli joillekin asiakkaille äärimmäisen vaikeaa ja myöhästymistapauksissakin asiakkaat yritettiin joskus vedota siihen etteivät tienneet mihin aikaa paikalla tulee olla. Asiakkaiden oli vaikea ymmärtää ja hyväksyä, että tietyt säännöt koskevat kaikkia, eikä niistä voitu kenenkään kohdalla lähteä joustamaan.

6 YHTEISÖLLISYYS HOIDON VÄLINEENÄ

6.1 Yhteisöllisyys korvaushoidossa

Lääkehoidon lisäksi korvaushoidossa olevat asiakkaat kokivat yhteisön erittäin tärkeäksi osatekijäksi heidän hoidossa. Vaikka yhteisössä ei pyrittykään varsinaisesti kuntouttavaan hoitoon, eikä sitä mukaan yhteisölliseen kuntoutukseen voidaan hoitoa kuitenkin verrata Forséllin raportissa mainittavaan realiteettikonfrontaatiomalliin. Mallissa on tarkoituksena edistää kommunikaatiota, vähentää kontrollia ja jakaa vastuuta tasaisemmin yhteisön jäsenille sekä saada heitä enemmän osallistumaan yhteisön päätöksentekoon. (Forséll, Virtanen, Jääskeläinen, Alho & Partanen 2010, 66.)

Munkkisaaren korvaushoitoyhteisössä asiakkaat osallistuivat yhteisökokouksiin, jossa ennen kokouksen alkua valittiin aina puheenjohtaja ja sihteeri. Kokouksissa päätettiin yhteisön asioista ja kokoukset olivat hyviä harjoittelutilanteita vastavuoroiseen kanssakäymiseen toisten kanssa, puheenvuoron pyytämiseen sekä maltilliseen keskusteluun. Kokouksen lopuksi asiakkaat itse arvioivat kuinka kokous sujui ja olisiko jotain voitu tehdä toisin.

Realiteettikonfrontaatiomallin mukaan konfliktitilanteet esimerkiksi kokouksissa ajatellaan oppimistilanteina ja mahdollisesta häiritsevästä käytöksestä tulisi yhdessä keskustella, eikä rangaista. Vaikka yhteisössä ja kokouksissa pyritään demokratiaan, ei yhteisö aidosti sitä ole. Lopullinen vastuu ja päätösvalta ovat kuitenkin henkilökunnalla, joka vain pyrkii käyttämään valtaansa mahdollisimman vähän. Vastuun jakamisen myötä tavoitteena mallin mukaan on lisätä asiakkaiden omatoimisuutta ja mahdollisesti myös vähentää heidän riippuvuuttaan ammattilaisiin (Forséll, Virtanen, Jääskeläinen, Alho & Partanen 2010, 66.)

7 POTILASOHJE KORVAUSHOITOYHTEISÖN ASIAKKAILLE

7.1 Produktin tavoitteet

Opinnäytetyömme ydin on tuottaa materiaallinen tuote eli potilasohje munkki-saaren yksikön asiakkaille. Potilasohjetta toivottiin helpottamaan uusien ja vanhojen asiakkaiden sitoutumista hoitoon. Opasta on tarkoitus käyttää myös asiakkaiden muistin apuvälineenä, jonka avulla he pystyisivät noudattamaan ja muistamaan paremmin aikatauluja sekä yhteisön sääntöjä. Oppaan avulla pyrimme tuomaan esille haittoja vähentävän korvaushoidon tarjoamia palveluja. Potilasohjeemme tulee olemaan osa korvaushoidon asiakkaille tarjottavaa terveysneuvontaa.

Huumeidenkäyttäjien terveysneuvonnalla käsitetään palveluja, joilla pyritään kokonaisvaltaiseen haittojen vähentämiseen. Terveysneuvonnan palveluihin kuuluu ruiskujen ja neulojen vaihtamista, neuvontaa turvallisesta pistämisestä sekä veri- että seksiteitse leviävistä taudeista, tartuntatautitestausta, hepatiittirokotuksia ja mahdollisesti pieniä toimenpiteitä. Palvelujen laajuus vaihtelee yksiköittäin. Terveysneuvonnan piiriin kuuluu vielä psykososiaalinen tuki, ohjaus ja avustus yhteiskunnan palvelujen käytössä sekä arjen asioiden hoidossa. (Törmä 2009, 30.)

7.2 Potilasohjaus

Ohjausta pidetään työmenetelmänä, eräänlaisena keskustelun muotona, jota sovelletaan useissa ammateissa (Onnismaa 2007, 7). Ohjauksessa ohjaajan ja ohjattavan tulisi kohdata tasavertaisina ja ohjauksessa tulisi pyrkiä tiedon, taidon ja selviytymisen yhteiseen rakentamiseen, eikä vain tiedon siirtoon. Ohjauksen tarkoituksena on saada ohjattava määrittämään ja muodostamaan itse ohjauksen sisällön ja näin auttamaan itse itseään omista lähtökohdistaan käsin. (Eloranta & Virkki 2001, 19.)

Potilasohje on yksi osa potilasohjausta. Kääriäisen väitöskirjan tutkimustuloksista käy ilmi, että asiakkaat toivovat potilasohjaukselta paljon enemmän kuin pelkkää sanallista tai kirjallista ohjetta. Kääriäisen mukaan potilaat toivovat potilaslähtöisempää ohjausta sekä parempaa organisointia ohjaustilanteisiin. Potilaat painottavat potilasohjauksessa riittävästi varattua aikaa, kunnollisia tiloja ja hoitohenkilöstön riittävyttä sekä valmiuksia ja osaamista potilasohjaukseen. (Kääriäinen 2007.)

Laadukas potilasohjaus edellyttää henkilökunnalta vastuuta kehittää sekä ylläpitää tarvittavia ohjausvalmiuksia. Henkilökunnan vastuulla on myös turvata potilaalle riittävä ohjauksen saanti ja edistää potilaan terveyteen liittyviä valintoja. Laadukas potilasohjaus lähtee liikkeelle aina potilaan tarpeista ja ohjauksessa on otettava huomioon niin ohjaajan kuin ohjattavankin taustatekijät, kuten ikä, motivaatio ja arvot. Taustatekijöiden huomioiminen luo pohjan onnistuneelle potilasohjaukselle. Ohjaajan on tärkeä tukea ohjattavaa tavoitteellisuuteen ja aktiivisuuteen, jotta ohjattava ottaisi mahdollisimman paljon vastuuta omasta hoidostaan. (Kääriäinen 2007.)

Terveysalan materiaalisien tuotteiden tulee olla sisällöltään täsmällinen sekä selkeästi rajattavissa, sen tulee myös noudattaa eettisiä ohjeita. Tuotteessa on otettava huomioon kohderyhmän erityispiirteet ja niiden tuottamat vaatimukset. (Jämsä & Manninen 2000, 13-14.) Hyvässä potilasohjeessa asiasisältö olisi hyvä ilmaista ytimekkäästi, joskus jopa luettelomaisesti, jotta ohjeen ydinasiat saadaan esiin. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 25.) Etenkin korvaushoitoasiakkaiden kanssa tämä on tärkeää, sillä pitkän huumetaustan vuoksi heidän kognitiiviset taidot ovat heikentyneet, jolloin potilasohjeen selkokieliisyys, yksinkertaisuus sekä sisällön selkeys korostuvat.

Selkeän tekstin lisäksi erittäin tärkeä asia potilasohjeessa ovat kuvat. Hyvät kuvat voivat herättää mielenkiintoa sekä auttaa ymmärtämään ohjeen sisältöä. Tekstin lomassa käytetyt kuvat selittävät ja täydentävät tekstiä sekä lisäävät ohjeen luettavuutta. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 40.)

Haasteena onkin ohjeen sisällön jäsentäminen sellaiseen muotoon, mikä on asiakkaille ymmärrettävissä ja helposti käytettävissä, mutta myös sopiva käytettäväksi työntekijän näkökulmasta potilasohjauksen tukena. Etenkin kyseisen asiakasryhmän huomioonottaen, kirjallinen potilasohje ei yksinään riitä takaamaan hyvää potilasohjausta, vaan siihen tarvitaan myös henkilökunnan panostusta, jotta ohjeesta saataisiin tarvittava hyöty asiakkaille.

8 PROSESSIN KUVAUS

8.1 Opinnäytetyön aloitus ja aikataulu

Aloitimme opinnäytetyöprosessimme syksyllä 2009, jolloin saimme aiheen työhömme Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetyötietopankista. Aiheena oli potilasohje haittoja vähentävässä korvaushoidossa oleville asiakkaille. Otimme saman tien yhteyttä Helsingin Diakonissalaitoksen Munkkisaaren korvaushoitoyhteisön osastonhoitajaan ja sovimme tapaamisen hänen kanssaan. Tapaamisessa osastonhoitaja kertoi korvaushoidon perusteista ja heidän yksikön toimintatavoista sekä opinnäytetyön tarpeesta.

Saimme selville, että ohjeen tulisi olla asiakkaiden arkea helpottava työväline. Pohdimme yhdessä, että opinnäytetyömme kannalta olisi tärkeää nähdä käytännössä korvaushoitoyhteisön arkea. Yhteisön arkea seuraamalla saisimme realistisen käsityksen hoidosta sekä ideoita oppaan sisältöön. Mietimme tiedonkeruu menetelmiä ja päädyimme havainnointiin sekä työntekijöiden palautteeseen. Asiakkaiden haastattelu ei mitä todennäköisimmin olisi onnistunut, sillä heidän oli vaikea noudattaa sovittuja aikatauluja sekä sääntöjä. Tapaamisen päätteeksi sovimme osastonhoitajan kanssa, että suoritamme mielenterveys- ja päihdetyön harjoittelun Munkkisaaren korvaushoitoyhteisössä.

Varsinaisen opinnäytetyön työstämisen aloitimme marraskuussa 2010, jolloin aloitimme harjoittelumme korvaushoitoyhteisössä. Harjoittelun aikana saimme selkeän kuvan hoidosta ja yhteisön haasteista. Sovimme etukäteen, että tekisimme harjoittelun ajan päiväkirjaa, johon kirjaisimme tärkeiksi havaitsemamme asiat opinnäytetyötä varten. Harjoittelusta oli paljon apua oppaan sisällön hahmottamiseen ja sen ideointiin. Alustava suunnitelmamme oli saada oppaaseen päivittäisiä asioita, kuten aukioloajat, lääkkeenjako ja säännöt. Henkilökunta toivoi, että oppaasta löytyisi myös sellaisia asioita, joiden muistaminen tuottaa asiakkaille jatkuvasti vaikeuksia. Asioiden päivittäinen kertaaminen asiakkaiden kanssa kuormittaa henkilökuntaa.

8.2 Opinnäytetyön teoria ja tiedonhankinta

Aloitimme teorian tiedon työstämisen harjoittelun jälkeen. Hankimme tietoa Diakonia-ammattikorkeakoulun kirjastosta, Nelli-portaalista, terveystietokannasta, Duo-decimista, sekä useista eri tietokannoista. Saimme myös materiaalia käyttöön Helsingin Diakonissalaitokselta. Korvaushoidosta oli hyvin vähän ajankohtaista tietoa saatavilla, etenkin tutkimuksia aiheesta oli erittäin vaikea löytää. Opinnäytetyöohjauksessa saimme paljon apua ja hyviä vinkkejä teorian rajaamiseen. Ohjauksen edetessä rakensimme teoriatiedon selkeät raamit ja pääotsikot. Jaoimme aihe-alueet tasapuolisesti, sillä toinen opinnäytetyöntekijä oli lähdessä vaihtoon keväällä 2011. Sovimme että sen ajan tekisimme teoriaosuutta erikseen ja kävisimme yhdessä läpi tekemämme teoriat vaihdon päätyttyä. Aloimme työstää teoriaa jälleen yhdessä kesällä 2011.

8.3 Oppaan suunnittelu ja työstäminen

Kesällä 2011 toinen meistä otti vastaan sairaanhoitajan sijaisuuden Munkkisaaressa korvaushoitoyhteisöstä. Nyt meillä oli hyvä tilaisuus päivittää tietojamme ja selvittää oliko arki muuttunut korvaushoitoyhteisössä. Harjoittelustamme oli kulunut jonkin verran aikaa ja tällä välin Helsingin kaupungin kilpailutuksen myötä asiakasmäärä oli kasvanut moninkertaisesti, minkä myötä asiakkaiden ja henkilökunnan arki oli vaikeutunut entisestään. Resurssit eivät riittäneet palveluiden ennallaan pitämiseen, eikä henkilökuntaa ollut riittävästi suhteessa asiakasmäärän kasvuun. Muutoksista johtuen jouduimme pohtimaan oppaan sisältöä uudestaan. Emme olleet ehtineet tehdä vielä varsinaista raakaversiota oppaasta, joten asioiden muuttuminen ei vaikuttanut dramaattisesti opinnäytetyöhömmem.

Kesätyön ansiosta saimme paljon uusia ideoita ja arvokkaita neuvoja henkilökunnalta oppaan tekemiseen. Oppaan ideoinnin aloitimme miettimällä sen ulkoasua. Pohdimme oppaan kokoa useaan kertaan, koska haasteena oli saada suhteellisen paljon asiaa pieneen tilaan. Oppaan tulisi olla jokapäiväinen työväline ja siksi mukana kannettava. Saimme esimerkki oppaan ”Turvallisempaa

pistämistä” yhteistyötaholtamme, kompaktin kokonsa vuoksi päätimme toteuttaa oman oppaamme samassa koossa. Oppaamme on kokoa A4, joka on taiteltu kolmesti lehtisen muotoon.

Kirjoitimme oppaan sisällön paperille, minkä jälkeen aloimme työstää ensimmäistä raakaversiota lehtisen muotoon käsin. Opasta tehdessämme huomasimme, että tietoa oli liikaa oppaan kokoon nähden. Aloimme tiivistää ja karsimaan oppaan sisältöä. Toinen käsin tehty versio vaikutti lupaavalta, joten kokeilimme sen kirjoittamista puhtaaksi tietokoneella. Tietokone-versiosta jouduimme vielä hieman karsimaan ja selkiyttämään oppaan sisältöä. Valmiissa alustavassa versiossa sisältö koostui kansilehdestä, korvaushoitoyhteisön kuvauksesta, yhteisön tarjoamista palveluista, lääkehoidosta, yhteisön yleisistä säännöistä sekä aukioloajoista ja yhteystiedoista.

Valmis alustava opas vietiin henkilökunnan arvioitavaksi joulukuussa 2011. Saimme runsaasti positiivista palautetta oppaan koosta sekä selkeästä ulkoasusta, mutta sisältöön tuli myös runsaasti muutosehdotuksia, jotka kirjasimme tarkasti ylös. Muutoksia pyydettiin jonkin verran aikatauluihin, palvelujen sekä lääkkeenjakoikäytäntöjen tarkennuksiin, tekstin selkeyteen ja yksinkertaisuuteen sekä lomakäytännöistä toivottiin enemmän tietoa.

Teimme oppaaseen pyydettyjä muutoksia, mutta halusimme säilyttää mielemme sisällöltään tärkeät asiat. Lisäsimme oppaaseen tarkemmat lääkkeenjako-, loma- ja välipäiväkäytännöt sekä muistilistan. Poistimme oppaasta ainoastaan korvaushoitoyhteisön kuvauksen. Alun perin tarkoituksena oli lisätä oppaaseen itse piirrettyjä kuvia, mutta tilanpuutteen takia päätimme laittaa kuvan ainoastaan etusivulle. Veimme uuden oppaan arvioitavaksi tammikuussa 2012, jolloin saimme viimehetken korjausideoita ja puhuimme oppaan käyttöönotosta. Opas painetaan keväällä 2012, jonka jälkeen se otetaan käyttöön korvaushoitoyhteisössä.

9 ARVIOINTI JA PALAUTE

9.1 Oppaan sisältö

Olemme pyytäneet palautetta opinnäytetyöprosessimme aikana Munkkisaaren korvaushoitoyksikön henkilökunnalta. Palaute on liittynyt pääsääntöisesti oppaan sisältöön ja toimivuuteen. Valtaosa saamastamme palautteesta on ollut positiivista. Esille on tullut etenkin se kuinka sopivaan aikaan opas ilmestyy. Korvaushoitoyksiköllä on tarvetta juuri tämän kaltaiselle oppaalle ja tekemämme opas halutaan ehdottomasti asiakkaiden käyttöön. Sisältöön on oltu pääasiassa tyytyväisiä, oppaan informaatio on sitä mitä korvaushoitoyksikössä on toivottu emmekä ole juurikaan joutuneet asiasisältöä muuttamaan. Asia on selitetty lyhyesti, mutta selkeästi, ja tärkeitä asioita painotettu tekstiä tummentamalla, mikä on palautteen antajista hyvä asia. Ulkoasusta saimme positiivista palautetta, värimaailma ja kuvien poisjätto tekevät oppaasta selkeän ja siistin näköisen.

9.2 Kehittämisehdotukset

Keskustelua on herättänyt se, minkälaisella sävyllä oppaassa tuodaan informaatiota esille. Osastonhoitajan kanssa keskustelimme Diakonissalaitoksen eettisistä arvoista ja päädyimme yhteistuumiin siihen, että oppaan sävyä voisi hieman muuttaa. Käytännössä se tarkoittaa sitä, että jätimme pois huutomerkit, jolloin oppaan tekstistä tuli vähemmän kärkevää ja enemmän asiakasta kunnioittavaa. Muutimme myös tiettyjen asioiden painotusta niin, ettei niistä saa kovin negatiivissävyytteistä tai syyttävää kuvaa. Pyrimme ottamaan oppaan sisällössä huomioon Diakonissalaitoksen periaatteen, että asiakkaaseen luotetaan ja häntä kohdellaan kunnioittavasti. Selkeä viesti oli se, että kun asiat esitetään kohteliaasti, saadaan todennäköisemmin myös kohtelias vastaus. Asiat esitetään oppaassamme silti napakasti, mutta turhaa syyllistämistä tai negatiivisuuden lietsomista välttäen.

Päätimme samalla osastonhoitajan kanssa myös oppallemme nimen, joka on Korvaushoitoyksikkö, haittoja vähentävä korvaushoito. Kritiikkiä saimme oppaan fonttikoosta. Monilla asiakkailla on ongelmia lukemisen kanssa, joten heidän

saattaa olla hankalaa lukea liian pientä tai tiivistä tekstiä. Tilanpuutteen vuoksi emme saaneet fonttia suuremmaksi.

10 POHDINTA

Opinnäytetyömme on toteutettu kirjallisen teorian tiedon, havainnoinnin sekä työyhteisön mielipiteiden pohjalta. Työmme on mielestämme luotettava, sillä olemme olleet prosessin aikana tiiviisti yhteydessä yhteistyötahomme Helsingin Diakonissalaitoksen, Munkkisaaren yksikön kanssa ja hyväksyttäneet heillä sekä teorian, että itse oppaan. Olemme käyttäneet työssämme luotettavia lähteitä sekä itse havainnoineet toimintaa runsaasti paikan päällä.

Korvaushoito on ollut paljon esillä viime aikoina ja aiheuttanut runsaasti keskusteluja. Joidenkin mielestä korvaushoito saattaa olla eettisesti arveluttavaa, eikä moni välttämättä ymmärrä, miksi olemme halunneet tehdä korvaushoitopotilaille heidän hoitoaan helpottavan oppaan. Paljon on kuultu kommentteja, että miksi huumeidenkäyttäjiä paapotaan ja heidän elämästään tehdään helppoa tarjoamalla heille huumeita laillisesti.

Olemme kuitenkin sitä mieltä, että ilman korvaushoitoa yhteiskunnalle tulisi vieläkin kalliimmaksi hoitaa piikkihuumeidenkäytön välityksellä tarttuvia HIV-tartuntoja, C-hepatiitti tartuntoja, huumekuolemia, huumeista aiheutuvaa syrjäytyneisyyttä sekä rikollisuutta. Huumeainerikollisuus kasvoi Suomessa 1990-luvulla huumeiden lisääntyneen käytön myötä, mutta 2000-luvulla kasvu taittui, jonka jälkeen rikollisuus on pysynyt melko tasaisena (Rönkä & Virtanen 2009, 105-110). Uskomme, että korvaushoito on osaltaan vaikuttanut huumeaineriikollisuuden kasvun tasaantumiseen, vaikka huumeiden käyttö on lisääntynyt. Korvaushoito ei ehkä lopeta rikollisuutta tyystin, mutta se kasvattaa rikosten teon kynnystä vähentämällä korvaushoitoasiakkaiden tarvetta tyydyttää vieroitustavoireitaan laittomilla huumeilla sekä parantamalla heidän elämänlaatuaan.

Korvaushoidosta on monelle suurta hyötyä ja olemme itse todistaneet onnistuneita hoitoja, joissa asiakas pääsee korvaushoitolääkkeen avulla irti opiaattien käytöstä ja pääsee kiinni tavalliseen arkeen ja joissain tapauksissa jopa opiskelemaan tai työelämään.

Opinnäytetyötä tehdessämme olemme ottaneet huomioon eettiset seikat. Alussa pohdimme, josko olisimme haastatelleet korvaushoitoyksikön asiakkaita, mutta päädyimme siihen, että luotettavampaa olisi vain havainnoida asiakkaita ja keskustella työntekijöiden kanssa. Osastonhoitaja suositteli myös jälkimmäistä vaihtoehtoa, sillä asiakkaiden on hyvin vaikea sitoutua täsmällisiin haastattelu-aikoihin, heillä saattaa mielipide muuttua nopeasti, eikä kaikkeen heidän sano- maansa voi luottaa täydellisesti. Havainnoimalla yhteisön toimintaa saimme selkeän ja luotettavan kuvan korvaushoidosta ja samalla näimme hoidon haas- teita sekä epäkohtia, joita pystyimme käyttämään hyödyksemme opasta teh- dessä. Emme opinnäytetyössämme tuo esille ketään yksittäisiä henkilöitä, em- mekä havainnoidessamme rikkoneet vaitiolovelvollisuuttamme missään vai- heessa.

Opinnäytetyön aiheen valinta tapahtui jo opintojen alkuvaiheessa. Olimme teh- neet ensimmäisenä lukukautena ryhmätöiden opiaattiriippuvaisista pääkaupunki- seudulla, tuolloin aihe oli meille vielä vieras. Olimme pohtineet yhdessä, että haluisimme aiheen joka ei olisi entuudestaan erityisen tuttu. Näin opinnäytetyön teko olisi mahdollisimman mielenkiintoista. Niinpä päädyimme tekemään opin- näytetyömme potilasohjeen opiaattiriippuvaisille.

Aiheen löytyminen opintojen varhaisessa vaiheessa toi aikataulupaineita. Kuvit- telimme että saisimme työmme valmiiksi hyvissä ajoin ennen opintojen päätty- mistä. Työn aloittaminen tuntui kuitenkin vaikealta, emme tienneet mistä olisi pitänyt aloittaa. Tarkasteltuamme muiden opinnäytetöitä ymmärsimme kuinka suuresta työstä oli kyse. Onneksemme opinnäytetyöryhmäohjaukset alkoivat melko pian, ja siellä saimme selkeyttä työhömmee.

Olemme kasvaneet opinnäytetyömme aikana hoitotyön ammattilaisina. Saimme sekä sairaanhoitajan, että terveydenhoitajan työhön paljon uutta näkökulmaa. Olemme oppineet etenkin moniammatillista työskentelyä ja sen tärkeyttä, sekä kokonaisvaltaista hoitotyötä. Ennaltaehkäisevä hoitotyö on noussut selvästi tämän potilasryhmän kohdalla esille, ja olemme ymmärtäneet korvaushoidon ennaltaehkäisevän merkityksen ja kuinka pienilläkin asioilla voi olla suuri merki- tys asiakkaiden terveyskäyttäytymiselle. Tosiasia on, että korvaushoitoasiak-

kaat ovat monesti melko sairaita, niin fyysisesti kuin psyykkisestikin, mutta korvaushoidolla ja siihen liitettyllä terveysneuvonnalla pystytään kuitenkin vaikuttamaan huomattavasti asiakkaiden elämänlaadun parantamiseen sekä sairauksien ennaltaehkäisyyn.

Opiattiiriippuvaiset olivat meille vieras vähemmistö, johon halusimme tutustua. Harjoittelumme korvaushoitoyhteisössä oli henkisesti vaativa harjoittelu. Koimme käyttäjät aluksi pelottaviksi ja uhkaaviksi, emmekä oikein ymmärtäneet miten he hoitoon olivat päätyneet. Harjoittelun lopussa silmämme avautuivat. Nämä ”pelottavat” käyttäjät olivat aivan tavallisia ihmisiä, joilla oli vain erilainen tausta. Harjoittelun myötä kiinnostuimme opinnäytetyöstämme entistä enemmän.

Saimme harjoittelusta käytännön taitoja, tulevaa ammattiamme varten. Teoria-tietomme huumeista, huumeidenkäyttäjistä ja heidän hoidostaan ovat laajentuneet opinnäytetyömme aikana. Opinnäytetyön myötä opimme miten produktiota suunnitellaan, toteutetaan ja arvioidaan. Opinnäytetyöprosessi on opettanut meille oman ajan ja aikataulujen hallintaa sekä luotettavan tiedon hakua. Potilasohjeen tekeminen oli yksi haasteellisemmista, mutta antoisaimmista asioista opinnäytetyössämme. Produktion tekeminen palkitsi siinä vaiheessa kun se oli vihdoinkin valmis.

LÄHTEET

- Baas, Ari & Seppänen-Leiman, Tuula 2002. Kadulta Korvaushoitoon. A-Klinikkasäätiön Raporttsarja Nro 38.
- Dahl, Päivi & Hirschovits, Tanja 2002. Tästä On Kyse – Tietoa Päihteistä. Helsinki: Hakapaino Oy.
- Eloranta, Tuija & Virkki, Sari 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Tammi.
- Fabritius, Carola; Seppänen-Leiman, Tuula; Ahokas, Hanna & Kanerva, Hannele 2004. Opiattiriippuvuuden Korvaushoidon Käsikirja
- Forséll, Martta; Virtanen, Ari; Jääskeläinen, Marke; Alho, Hannu & Partanen, Airi 2010. Huuometilanne Suomessa 2010. Helsinki: THL.
- Forssén, Tuulikki 2005. Huumehoidon Asiantuntiuuden Rakentuminen Päiväkeskuksessa. Raportteja Stakes.
- Hakkarainen, Pekka & Tigerstedt, Christoffer 2005. Korvaushoidon Läpimurto Suomessa. Yhteiskuntapolitiikka 70 (2005):2.
- Harju-Koskelin, Outi 2007. Kuntoutuuko korvaushoidossa?. Ohjat-projektin seurantatutkimus. Järvenpään sosiaalisairaalan julkaisuja.
- Helsingin Diakonissalaitos, Asiakasprofiili 2010. Sisäinen henkilökunnan työväline.
- Helsingin Diakonissalaitos, Palvelukuvaus 2010. Sisäinen henkilökunnan työväline.
- Hickman, Matthew 2010. Risk Of Death During And After Opiate Substitution Treatment In Primary Care: Prospective Observational Study In UK General Practice Research Database. BMJ 2010;341:C5475. Viitattu 20.1.2012. <http://www.bmj.com/content/341/bmj.c5475>.
- Holopainen, Antti 2011. Huumeriippuvuuden korvaushoito tuloksellista. Duodecim 2011;127:100–1. Viitattu 18.3.2011. http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo99309&p_haku=korvaushoito.
- Inkinen, Mari; Partanen, Airi & Sutinen, Tiina 2008. Päihdehoitotyö. Helsinki: Tammi.
- Simojoki, Kaarlo & Mäkelä, Rauno 2010. Opioidiriippuvuuden lääkkeellinen vieroitus- ja korvaushoito. Viitattu 5.3.2011.

- <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/373-opioidiriippuvuuden-korvaus-ja-yllapitohoito>.
- Huttunen, Matti 2011. Lääkärikirja Duodecim. Huume- Ja päihderiippuvuus 2010. Viitattu 09.11.2011.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00414.
- Huumausainelaki 2008/373, 30.5.2008. Viitattu 2.11.2011.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2008/20080373>
- Jämsä, Kaisa & Manninen, Elsa 2000, 13-14. Osaamisen Tuotteistaminen Sosiaali- Ja Terveysalalla. Helsinki: Tammi.
- Käypä hoito 2006. Huumeongelmaisen hoito. Viitattu 9.11.2011.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50041>.
- Kääriäinen, Maria 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Väitöskirja. Oulu: Oulun yliopisto. 79–119.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785. Viitattu 2.11.2011.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559. Viitattu 2.11.2011.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>
- Lappalainen-Lehto Riitta; Romu, Maija-Liisa & Taskinen, Mailis 2008. Haasteena Päihteet. Helsinki: WSOY.
- Onnismaa, Jussi 2007. Ohjaus- ja neuvontatyö. Aikaa, huomiota ja kunnioitusta. Helsinki: Gaudeamus.
- Pirkola, Sami; Heikman, Pertti; Vormo, Helena & Turtiainen, Saija 2007. Opioidikorvaushoito päihdepsykiatriassa. Duodecim 2007;123:1973–81.
- Päihdehuoltolaki 1986/41. Viitattu 2.11.2011.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041>
- Rönkä, Sanna & Virtanen, Ari 2009. HuuMETILANNE Suomessa 2009. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos
- Salaspuro, Mikko 2002. Pentti Karvosen opiaattiriippuvuuden hoitomalli tieteellisen näytön valossa. Yhteiskuntapolitiikka 67 (2005): 5.
- Selin, Jani 2011. Hallinan näkökulmia huumeriippuvuuden hoitoon Suomessa vuosina 1965–2005. Väitöskirja. Jyväskylä: Jyväskylän Yliopisto.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeillä 33/2008. Viitattu 2.11.2011.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2008/20080033>.

Suboxone Pakkausseloste 2011. Viitattu 6.11.2011.

Http://Www.Laakeinfo.Fi/Medicine.aspx?M=15215&D=18316&I=RB+PHARMACEUTICALS_SUBOXONE_SUBOXONE+8+Mg%2F2+Mg+Resoribletti.

Torkkola, Sinikka; Helena, Heikkinen & Tiainen, Sirkka 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas Potilasohjeiden Tekijöille. Helsinki: Tammi.

Törmä, Sinikka 2009. Kynnyskysymyksiä. Huono-osaisimmat huumeiden käyttäjät ja matala kynnys. Hämeenlinna: Sosiaalikehitys.

KÄYNTIAJAT

Metadon

Haku Hylkeenpyytäjänkadulta
Arkisin: klo 8-10.30 tai klo 12-14.30

Sulattelijat

Haku Munkkisaarenskadulta
Arkisin: klo 8-10 tai klo 12-14

Viikonloppuisin korvaushoitolääkkeet haetaan hylkeenpyytäjänkadulta klo 11-14, **sulattelijoiden** oltava paikalla viimeistään 13.30

Lääkkeenjakoajan ulkopuolella lääkkeitä ei ole mahdollista saada!

Yhteisön on auki arkipäivisin
8-10.30 & 12-14.30

LÄÄKKENJAKO

- Lääkkeellä käydään pääsääntöisesti päivittäin.
- Lääkkeitä ei saa alkoholin vaikutuksen alaisena -> 0%
- Jos asiakas joutuu sairaalaan tai poliisin huostaan, on hän oikeutettu saamaan lääkkeensä viranomaisten toimesta.
- Lääkkeet ovat henkilökohtaisia

LOMAKÄYTÄNNÖT

- Lomapullojen palautus aina ennen seuraavia lomia
- 1 välipäivä → asiakas käy 2 viikonloppua, päivittäin KOHO:ssa lääkkeellä
- 2 välipäivää → annoksen lasku!
- Välipäivällä tarkoitetaan päivää, jolloin asiakas ei ole hakenut korvaushoitolääkkeitään
- Lomat anotaan joka viikko **tiistaihin** mennessä, aina omalla hakemuksellaan
- Lomalääkkeet saa ainoastaan jos asiakkaalla on oma lukittu pakki
- Uudet asiakkaat voivat anoa lomaa, kun hoito on kestänyt 2 kuukautta. Myönnetyt lomat alkavat aina yhdestä päivästä

YHTEISÖN YLEISET SÄÄNNÖT:

- Käyttäytythän asiallisesti muita asiakkaita ja henkilökuntaa kohtaan
- Tupakointi ainoastaan tupakkahuoneessa
- Päihteiden käyttö kielletty yhteisössä sekä sen lähiympäristössä
- Huumekauppa ehdottomasti kielletty
- Käytetyt neulat aina neulanvaihto pisteeseen. Palauta likainen neula, saat puhtaana tilalle

YHTEISÖN TARJOAMAT PALVELUT:

- Lääkäri 1 x vuodessa, ainoastaan päihdeasiat. Fyysiset vaiivat hoidettava omalla terveysasemalla.
- Apteekkipalvelut – pussilääkkeet
- Neulanvaihtopiste
- HIV -pikatestit /kondomit/ terveysneuvonta
- Asiointiapu
- Kahvila, josta saa syötävää pientä maksua vastaan
- Peseytymismahdollisuus ja pyykkihuolto

Muista!

Anoa lomat tiistaihin mennessä

Palauttaa lomapullot viimeistään
ennen seuraavia lomia

Ethän mene lomalääkkeiden
kanssa yhteisöön

Yhteystiedot

Korvaushoitoyhteisö

Munkkisaarencatu 16, 1krs.

00150 Helsinki

Puh. 050 578 1215

Faksi (09) 7750 4057

KORVAUSHOITO
YKSIKKÖ,

HAITTOJAVÄHENTÄ
VÄ KORVAUSHOITO