

Lahden korvaushoitoklinikan asiakastyytyväisyyden Bikva- arviointi

LAHDEN
AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysala
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja AMK
Opinnäytetyö
Syksy 2016
Jasmiina Romppanen & Emmi
Kivelä

Lahden ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Romppanen Jasmiina
Kivelä Emmi

Lahden korvaushoito-
klinikan
asiakastyytyväisyyden
Bikva-arviointi

Hoitotyön koulutusohjelman opinnäytetyö, 35 sivua, 2 liitesivua
Syksy 2016
TIIVISTELMÄ

Arvioinnin tavoitteena oli selvittää korvaushoidon asiakkaiden näkemyksiä saamastaan palvelusta ja saada kehittämisehdotuksia Lahden korvaushoitoklinikan palvelun laadun parantamiseksi. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää K-klinikan toimintaa ja saada aikaan luotettavia tuloksia asiakastyytyväisyydestä. Arvioinnin tuloksia oli tarkoitus käyttää konkreettisenä apuna K-klinikan toimijoille opioidiriippuvaisten korvaushoidon toteutuksen kehittämiseen ja laadukkaan hoidon takaamiseen.

Opinnäytetyömme toteutettiin Bikva-arviointimallilla, joka on asiakkaat osallistava, nelivaiheinen menetelmä. Tässä tutkimuksessa mallia on sovellettu opinnäytetyötämme palvelevaksi. Arvioinnin analysoitava aineisto koostui asiakkaiden ryhmähaastatteluista. Arvioinnin tulokset analysoitiin aineistolähtöisesti saaden neljä pääluokkaa, joista tuli tutkimuksen tulokset. Lisäksi arviointituloksien alle tulivat sekä työntekijöiden, että esimiesten haastattelujen tulokset.

Arviointitulokset jaettiin hoidon toteutumiseen, hoidon resursseihin, hoitajiin liittyviin tekijöihin ja haastattelujen positiivisiin tuloksiin. Esiin nousi korvaushoidon hoitoon pääsyn ja hoidon etenemisen hitaus, omahoitajakeskustelu aikojen vähäisyys ja heikko yhteistyö perusterveydenhuollon sekä korvaushoidon välillä. Tyytyväisiä puolestaan oltiin yksimielisesti korvaushoidon vaikutuksesta elämänlaadun parantumiseen.

Asiasanat: Opioidit, opioidiriippuvuus, opioidikorvaushoito, asiakaslähtöisyys, bikva-malli

Lahti University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing
Romppanen Jasmiina
Kivelä Emmi

Assessment of client satisfaction at
Lahti replacement clinic using the Bikva
method

Bachelor's Thesis in Nursing, 35 pages, 2 pages of appendices
Autumn 2016
ABSTRACT

The aim of this study was to study substitution client's views about the service they have received and get suggestions how to improve the quality of K-clinic service. The purpose of this study was to develop replacement therapy clinic operations and receive reliable results about customer satisfaction. The results of the study were to be used in practice to help K-clinic operators in the development of the implementation of opioid substitution treatment and to guarantee the quality of care.

Our study was fulfilled with BIKVA-assessment method, which is a customer inclusive four-step method. In our thesis this model has been applied to serve this thesis. The study analyzed data which consisted of customers' group interviews. The results of this study were analyzed using data-driven content analysis selecting four main categories, which became the results of the study. In addition, the results also included employees' and managers' interviews.

The results were distributed into implementation of care, resource management, factors relating to employees and the positive effects of replacement therapy. The main points were difficulty to get into the treatment and slow improving of the treatment, limited amount of conversation times with personal worker and weak cooperation between municipal health care and K-clinic. In turn, clients were unanimously satisfied with replacement therapy as a way of improving the quality of life.

Key words: Opioids, opioid addiction, opioid replacement therapy, customer satisfaction, bikva-assessment method

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS	4
3	KUVAUS YHTEISTYÖTAHOSTA	5
4	TIEDONHAKUPROSESSI	7
5	TIETOPERUSTA	8
5.1	Opioidit	8
5.2	Opioidiriippuvuus	9
5.3	Opioidiriippuvaisten korvaushoito	10
5.3.1	Lääkehoito opioidikorvaushoidossa	12
5.3.2	Psykososiaalinen tuki opioidikorvaushoidossa	13
5.3.3	Opioidikorvaushoidon vaikuttavuus	14
5.3.4	Opioidikorvaushoitoa ohjaavat säädökset	15
5.4	Asiakastyytyväisyys	17
6	BIKVA-MALLIN LÄHTÖKOHDAT	18
6.1	Asiakaslähtöisyys	18
6.2	Bikva-mallin tavoite	19
6.3	Bikva-mallin vaiheet	19
6.4	Haastattelijan rooli	21
7	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	22
7.1	Asiakkaiden haastattelujen toteutus	22
7.2	Sisällönanalyysi	23
7.3	Kenttätyöntekijöiden haastattelujen toteutus	24
7.4	Esimiesten haastattelujen toteutus	25
8	BIKVA-ARVIOINNIN TULOKSET	26
8.1	Asiakkaiden haastattelut	26
8.1.1	Hoidon toteutuminen	26
8.1.2	Hoidon resurssit	27
8.1.3	Hoitajiin liittyvät tekijät	27
8.1.4	Positiiviset tulokset	28
8.2	Kenttätyöntekijöiden haastattelu	28
8.3	Esimiesten haastattelu	30

9	POHDINTA	33
9.1	Bikva-arviointitulosten tarkastelua	33
9.2	Eettisyys ja luotettavuus	34
	LÄHTEET	36
	LIITE 1	
	LIITE 2	

1 JOHDANTO

Huumeongelmien yleistyminen 1990-luvun lopulla johti huumehoitojärjestelmän syntyyn, jossa opiaattien käyttäjien lääkkeellisellä hoidolla on ollut keskeinen asema. Lääkkeelliset hoidot hyväksyttiin vuonna 1997 sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella. Yksi tärkeimmistä tapahtumista korvaushoitojen asemien vakiintumisessa oli Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen akatemian vuonna 1997 järjestämä huumeriippuvuuden hoidon konsensuskokous, jonka päätelmässä korostetaan lääketieteellistä näyttöä hoitomenetelmien tehokkuuden arvioinnissa. (Weckroth 2007, 430.) Huumeiden käyttö on 2000-luvun lopulla kääntynyt jälleen kasvuun vuosituhannen vaihteen hiljaisemman ajan jälkeen (Huumeongelmaisen hoito 2012).

Häkkisen (2015) mukaan vuonna 2012 opioidien väärinkäyttäjien lukumääräksi Suomessa arvioitiin terveydenhuollon rekisterien perusteella 13 000-15 000 henkilöä, eli 0,38-0,43 % maamme väestöstä. Lääketieteelliset opioidit buprenorfiini, kodeiini ja tramadoli ovat Suomen myrkytyskuolematilastoissa kolme yleisintä löydöstä. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitoksen (Varjonen 2015, 48) raportin mukaan vuonna 2013 opioidit olivat huumehoitoon hakeutuneiden ensisijainen ongelmapäihde 59 prosentilla, ja 75 prosentilla kaikista huumehoidon asiakkaista oli jossain määrin opioidien käyttöä. Yleisimmin väärinkäytetty opioidi oli buprenorfiini, joka on myös korvaushoidossa yleisesti käytetty lääke.

Opioidiriippuvuuden syntyyn vaikuttavat ympäristötekijät ja perinnöllinen alttius (Mikkonen 2012, 86). Opioidiriippuvuuteen liittyy usein heikko yhteiskunnallinen asema, sekä sosiaaliset, taloudelliset ja terveydelliset ongelmat (Laine, Hyväri & Vuokila-Oikonen 2010, 148).

Opioidiriippuvaisten korvaushoito tarkoittaa, että opioidiriippuvainen saa terveydenhuollosta valvotusti lääkkeen, jonka tarkoituksena on pitää vieroitusoireet poissa. Korvaushoidon ansiosta henkilön ei tarvitse hankkia ainetta laittomasta, mikä vähentää huomattavasti esimerkiksi sosiaali- ja

terveydenhuollon kustannuksia. Korvaushoidon avulla opioidiriippuvaisen elämänlaatu paranee ja se antaa mahdollisuuden saada elämänhallinta takaisin. (Mikkonen 2012, 86-87.)

Korvaushoito on lähtöisin 1960-luvulta Yhdysvalloista (Mikkonen 2012, 86). Suomessa opioidiriippuvaisten korvaushoitoa on toteutettu vuodesta 1997. Kansainvälisesti verrattuna Suomessa korvaushoitoon kiinnittyminen ja elossa pysyminen on onnistunutta, minkä voi selittää kokonaisvaltaisella hoito-otteella, johon kuuluu lääkehoidon lisäksi kuntoutus ja psykososiaalinen hoito (Simojoki, Pentikäinen, Fabritius & Vuori, 2012). Korvaushoitoasetuksen mukaan hoito perustuu hoitosuunnitelmaan, jossa määritellään lääkehoito, tavoite, muu lääketieteellinen ja psykososiaalinen hoito, kuntoutus ja seuranta. (Mikkonen 2012, 89). Nykyisin korvaushoito on murroksessa johtuen potilasmäärien kasvusta ja kuntien taloudellista tilanteista. Nykyisellä suunnalla, jossa hoito kaventuu pelkästään lääkkeen luovutukseksi, on merkittäviä riskitekijöitä. (Simojoki, Pentikäinen, Fabritius & Vuori, 2012.)

Asiakastyytyväisyydellä tarkoitetaan positiivista tunnereaktiota palvelukokemukseen. Tämä tunne syntyy odotuksien ja kokemusten vertailun tuloksena, mikäli palvelu antaa asiakkaalle sen, mitä hän palvelulta odotti. (Simola 2008, 5.) Tyytyväisyyteen vaikuttavat osatekijät voidaan yhden teorian mukaan jakaa kuuteen osaan; hoitoon pääsyyn, palvelujen saatavuuteen, tiedonsaantiin ja kommunikointiin, koettuun hoitotyön laatuun, yksilölliseen hyvään hoitamiseen sekä hoitotyön teknologiaan ja laitteistoon. (Simola 2008, 6.) Asiakastyytyväisyyteen tulisi kiinnittää enemmän huomiota ja sitä tulisi seurata jatkuvasti, jotta saadun palautteen pohjalta voidaan tehdä muutoksia asiakastyytyväisyyden parantamiseksi. (Laine & Rahikainen 2013, 9.)

Lahden korvaushoitoklinikka toteuttaa opioidiriippuvaisten korvaushoitoa. Klinikalla on tullut esiin asiakkaiden tyytymättömyys hoitoon. Asiakkaiden palaute on ollut sen suuntaista, että he eivät pysty osallistumaan omaan hoitoonsa ja heitä ei kuunnella. Opinnäytetyömme on työelämälähtöinen ja

sen tavoitteena on selvittää korvaushoidon ongelmakohtia ja erilaisia syitä asiakkailta saatuun negatiiviseen palautteeseen. Tarkoituksena on saada asiakkailta tietoa, jota voidaan hyödyntää Lahden korvaushoitoklinikan laadukkaamman hoidon kehittämiseen.

2 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Opinnäytetyömme on työelämälähtöinen. Lahden korvaushoitoklinikalla on tullut esiin asiakkaiden tyytymättömyys opioidikorvaushoidon laatuun, mikä herätti tarpeen asiakaslähtöiselle tutkimukselle. Bikva-arvioinnin tavoitteena on selvittää korvaushoidon asiakkaiden näkemyksiä saamastaan palvelusta ja saada kehittämissuhteita palvelun laadun parantamiseksi.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää Lahden korvaushoitoklinikan toimintaa opinnäytetyössä saatujen tulosten pohjalta. Arvioinnin tuloksia on tarkoitus käyttää konkreettisenä apuna K-klinikan toimijoille opioidiriippuvaisten korvaushoidon toteutuksen kehittämiseen ja laadukkaan hoidon takaamiseen.

Arvioinnista pyritään saamaan luotettavampi ja realistisempi, kun sen toteuttaa ulkopuolinen taho. Näin asiakkaiden anonymisuus, tietosuoja ja puolueettomuus säilyvät. Arviointimenetelmänä käyttämämme Bikva-mallin lähtökohtana on asiakaslähtöisyys ja heidän näkemyksensä palveluista. Bikva-mallin avulla pyritään saamaan asiakkaiden näkemykset kehittämistyön välineeksi. (Krogstrup 2004, 3.)

Toimeksiantajan tehtäväksi jää opinnäytetyön tuottamien kehittämissuhteiden muuttaminen konkreettisiksi toimintatavoiksi. Kehittämissuhteet eivät muunnu toimintatavoiksi itsestään, vaan jonkun täytyy tehdä päätöksiä, minkä jälkeen toimijat toteuttavat muutoksen. (Koivisto 2009, 127.) Opioidiriippuvaisten korvaushoidon toteuttaminen vaatii palveluiden jatkuvaa kehittämistä. Korvaushoitoon osallistuvien henkilöiden on kehitettävä omaa ammattitaitoaan ja oltava ajan tasalla uusimmista muutoksista.

3 KUVAUS YHTEISTYÖTAHOSTA

Lahden korvaushoitoklinikka kuuluu A-klinikkasäätiöön. Klinikka toteuttaa yli 18-vuotiaiden opioidiriippuvaisten korvaushoitoa. Se on lääkeavusteisen kuntoutuksen avohoitoyksikkö. Hoito-ohjelmiin kuuluu lääkinnällistä ja psykososiaalista kuntoutusta sekä palveluohjausta. (A-klinikkasäätiö.)

Asiakkaan hakeutuminen korvaushoitoon alkaa siten, että hän hakeutuu A-klinikalle joko sairaanhoitajan tai sosiaaliterapeutin vastaanotolle. A-klinikalle tulevalla asiakkaalla voi olla myös jokin lähettävä taho eri sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoilta. Työntekijä arvioi asiakkaan hoidon tarpeen ja varaa sen mukaisesti uuden ajan A-klinikalle. Myöhemmin sairaanhoitaja kartoittaa asiakkaan elämäntilannetta ja päihdehistoriaa tarkemmin. Tämän jälkeen käynnit jatkuvat A- klinikalla sairaanhoitajan ja sosiaaliterapeutin vastaanotoilla, jolloin kartoitusta tehdään laajemmin ja vahvistetaan asiakkaan hoitoon sitoutumista. Asiakas pääsee myös lääkärin vastaanotolle yhdessä sairaanhoitajan kanssa. Lääkäri kuvailee asiakkaalle korvaushoidon hoitoprosessin ja jonottamisen aikaisen hoidon. Moniammatillinen työryhmä tekee päätöksen korvaushoidon ja vieroitushoidon välillä. Korvaushoidon aloittamisen on täytettävä tietyt kriteerit, eli taustalla olevat aiemmat vieroittautumisyriytykset ja todennettu opioidiriippuvuus. Korvaushoidon arviointi- ja jonotusprosessi on usein pitkäkestoinen, mutta kuitenkin enintään kolme kuukautta.

Korvaushoidossa ollessaan asiakas hakee korvaushoitolääkkeen K-klinikalta päivittäin. Lääkkeen haku toteutetaan tällä hetkellä siten, että asiakkaat on jaettu kolmeen lääkkeen haku ryhmään ja jokaisella ryhmällä on määrätty aika jolloin he hakevat lääkkeensä. Hoidon edetessä voidaan kuitenkin antaa asiakkaalle lääkeannoksia kotiin, mikäli hoito on sujunut ongelmitta. Kotilääkepäiviä voidaan myös perua, jos tulee ilmi esimerkiksi huumeiden tai alkoholin oheiskäyttöä. Oheiskäyttöä valvotaan virtsasta otettavilla huumeeseuloilla ja uloshengityksen alkoholimittauksilla.

Kotilääkkeiden jakaminen ei myöskään onnistu, jos asiakkaan kohdalla on syytä epäillä korvaushoitolääkkeiden myyntiä tai suonensisäistä käyttöä.

Kun hoito on edennyt pidemmän aikaa tasapainoisesti ja ongelmitta, voidaan siirtyä apteekkijakeluun, eli asiakas voi hakea lääkkeit apteekista. Säännölliset käynnit K-klinikalla ja asiakkaan voinnin seuranta jatkuvat, mutta käynnit harvenevat. Hoidon edetessä hyvin asiakkaan korvaushoito voidaan siirtää terveyskeskukseen. Joidenkin kohdalla korvaushoito on elinikäistä, ja sen avulla pyritään vähentämään laittomien huumeiden tuomia haittoja.

4 TIEDONHAKUPROSESSI

Tiedonhakuprosessi opinnäytetyötä varten alkoi sillä, että varasimme ajan tiedonhankintaklinikalle. Tiedonhankintaklinikalla perehdyimme opinnäytetyön aiheen kannalta keskeisimpiin tiedonlähteisiin ja tiedonhakutapoihin.

Opinnäytetyön tietoperustan keräämiseen käytettiin eri tietokantoja. Työhön sopivia lähteitä löytyi medicistä sekä terveystieteilijöiltä. Lisäksi teimme aineistohakua suomalaisten yliopistojen hakukoneista ja googlesta. STM:n julkaisuarkistosta löytyi kaksi erittäin hyödyllistä lähdettä. Näiden lisäksi käytimme tietopohjaan sopivaa kirjallisuutta.

Tiedonhankinta oli ajoittain haasteellista, koska aiheesta löytyy niukasti luotettavaa ja ajankohtaista tietoa. Jouduimme yhdistelemään käyttämiämme hakusanoja ja koostamaan tietoa eri kokonaisuuksista. Keräsimme ja kokosimme tietoa opinnäytetyön eri vaiheissa.

Suomenkielisinä asiasanoina käytettiin termejä korvaushoito, opioidit, opiaatit, opiaattiriippuvuus ja bikva. Englannin kielellä teimme hakua yliopistojen julkaisuarkistoista termeillä opioid ja opioid dependence.

Mukaanottokriteereinä oli, että lähteiden tuli olla joko suomen- tai englanninkielisiä väitöskirjoja, tutkimusartikkeleita, pro- graduja, hoitosuosituksia tai pääartikkeleita ja korkeintaan kymmenen vuotta vanhoja. Aineiston piti olla saatavissa kokotekstinä.

5 TIETOPERUSTA

Opinnäytetyön tietoperusta koostuu opioideista ja opioidiriippuvuudesta, sekä korvaushoidosta, johon sisältyy korvaushoidon lääkehoito ja psykososiaalinen tuki, korvaushoitoa ohjaavat säädökset ja korvaushoidon vaikuttavuus. Tietoperustassa kerrotaan myös asiakastytyvyydestä.

5.1 Opioidit

Oopiumunikon kuivattu maitiaisneste, oopiumi, sisältää yli 20 orgaanista yhdistettä, joista lääkkeinä tärkeimmät ovat morfiini ja kodeiini (Salaspuro, Kiiänmaa & Seppä 2003, 151). Oopiumi on ensimmäinen historiassa tunnettu huume (Ylikangas 2012, 16). Opiaatit jaotellaan luonnonopioideihin, puolisynteettisiin ja synteettisiin opiaatteihin (Sairanen 2005) ja kun 1970-luvun puolivälissä löydettiin endorfiinit, muodostettiin nimitys opioidit, joilla tarkoitetaan kaikkia morfiinin kaltaisesti vaikuttavia aineita (Salaspuro ym. 2003, 151). Opioideja käytetään laajalti kipulääkkeinä johtuen niiden kyvystä lievittää kovaa, esimerkiksi syövästä johtuvaa kipua (Simojoki 2013, 14). Opioidipohjaiset lääkkeet kuuluvat euforisoivien analgeettien ryhmään, eli huumaaviin, mielialaa kohottaviin kipulääkkeisiin ja ne voidaan luokitella niiden tehon mukaan heikkoihin, keskivahvoihin ja vahvoihin opioideihin (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 609). Opioidit muuttuvat elimistössä morfiiniksi ja sitoutuvat keskushermoston ja ruuansulatuselimistön opioidireseptoreihin (Tourunen & Pitkänen 2010, 149).

Heikkoja opioideja ovat tramadoli ja kodeiini. Keskivahvoihin opioideihin kuuluu buprenorfiini. Vahvoja opioideja ovat fentanyyli, hydromorfini, metadoni, morfiini ja oksikodoni. (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 609.) Opioidien kipua lieventävää vaikutusta käytetään hyödyksi esimerkiksi suurten leikkausten ja vammojen, sydäninfarktin sekä syövän loppuvaiheen aiheuttamiin kiputiloihin. Kroonisissa kivuissa opioidit eivät kuitenkaan ole ensisijainen lääke niiden riippuvuusriskin vuoksi. (Vainio

2009.) Huumetarkoituksessa käytettyjä opiaatteja ovat buprenorfiini, tramadoli, morfiini, heroiini ja kodeiini (Kiiänmaa 2012, 25).

Opioidien vaikutukselle kehittyä toleranssi, joten pitkäaikaisessa käytössä annosta joudutaan suurentamaan. Opioidilääkityksen lopettaminen aiheuttaa vieroitusoireita, joita ovat ahdistus, levottomuus, sydämen nopealyöntisyys ja vapina. (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 610.) Lääkkeellisten opioidien aiheuttamat kuolemat ovat lisääntyneet, vaikkakin lääkkeiden aiheuttamat myrkytyskuolemat ovat laskussa (Häkkinen 2015, 711).

5.2 Opioidiriippuvuus

Opioidiriippuvuus on pitkäkestoinen ja etenevä sairaus, jonka kehittymiseen vaikuttavat perinnöllinen alttius ja ympäristötekijät (Mikkonen 2012, 86). Opioidien käyttö perustuu niiden mielihyvää lisäävään ja vahvistavaan vaikutukseen. Niitä kohtaan kehittyä nopeasti 10-100-kertainen sietokyky. (Huumeongelmaisen hoito 2012.) Toistuva opioidien käyttö johtaa hermosoluyhteyksien uudelleenmuovautumiseen, sekä aivojen ja elimistön jatkuvaan opioidivaikutukseen tottumiseen. Kun riippuvuus on huipussaan, opioidien käyttö on jatkuvaa ja pakonomaista, ja käytöllä pyritään vain pitämään vieroitusoireet poissa ilman merkittäviä euforia- ja päihtymistiloja. Mikäli opioidiriippuvainen ei käytä ainetta, hänen toimintakykynsä voi romahtaa täysin. (Mikkonen 2012, 86.) Suomessa opioidien käyttäjät käyttävät eniten muihin opioideihin luokiteltavia opioideja, kuten tramadoli, oksikodoni ja kodeiini. Seuraavaksi eniten käyttäjiä on buprenorfiinilla ja vähiten heroiinilla. Aineen valintaan vaikuttavat sen hetkiset huumemarkkinat. Laittomilla huumemarkkinoilla buprenorfiini on merkittävin tekijä kaikista opioideista. (Huumeongelmaisen hoito 2012.)

Kun säännöllisesti opiaatteja käyttänyt ihminen lopettaa käytön, kehittyä opioidivieroitusoireyhtymä. Opiaattien vieroitusoireiden alkamisaika vaihtelee, riippuen mitä opiaattia henkilö on käyttänyt. Ensimmäiset oireet

ovat lieviä, kuten verestävät silmät, nuha ja hikoilu. Tilan vaikeutuessa esiintyy kiihtyneisyyttä, ruokahaluttomuutta ja vapinaa. Oireiden ollessa pahimmillaan henkilö kärsii ripulista, vatsan kouristuksista, ruumiinlämmön heittäytymisestä, lihaskivuista- ja kouristuksista sekä pulssin ja verenpaineen noususta. (Mikkonen 2012, 94.)

Opioidiriippuvuus on luonteeltaan verrattavissa pitkäaikaisiin somaattisiin sairauksiin, koska sekä molempiin liittyvät hoidon pitkä, jopa elinikäinen kesto, ja mahdollisimman hyvän hoitotasapainon sekä oireettomuuden saavuttaminen. (Mikkonen 2012, 86.) Monilla opioidiriippuvaisilla henkilöillä nähdään myös psykiatrisia sairauksia. On kuitenkin epäselvää, ovatko psykiatriset sairaudet olleet taustalla ennen opiaattiriippuvuutta, vai ovatko ne seurausta opiaattiriippuvuudesta. (Simojoki 2013, 17.)

5.3 Opioidiriippuvaisten korvaushoito

Opioidiriippuvaisen korvaushoidolla tarkoitetaan opioidiriippuvaisen hoitoa, jossa käytetään apuna buprenorfiinia tai metadonia sisältäviä lääkevalmisteita (Hirschovits 2012). Opioidiriippuvaisen korvaushoitoon pääsyn ehdottomana edellytyksenä on potilaan opioidiriippuvuus (ICD-10) ja aiemman vieroitushoidon epäonnistuminen (Huumeongelman hoito 2012), sekä tietyn kestoista opioidien käyttöhistoriaa. Tämän lisäksi kartoitetaan muita riippuvuuksia, elämäntilannetta ja sairauksia. (Mikkonen 2012, 88.) Tavoitteena opioidiriippuvaisen hoidossa on saavuttaa mahdollisimman hyvä hoitotasapaino ja oireettomuus. Vaikka takana olisi pitkiäkin päihteettömiä jaksoja, on tyypillistä että sairaus uusiutuu. Myös ajoittaiset sairauden pahenemisvaiheet kuuluvat opioidiriippuvuuteen. (Mikkonen 2012, 86.)

Yksilöllisen arvion perusteella korvaushoito voi olla joko kuntouttavaa tai haittoja vähentävää. Kuntouttavassa korvaushoidossa tavoitteena on asiakkaan kuntoutuminen ja päihteettömyys. Haittoja vähentävässä korvaushoidossa tavoitteena on elämän laadun parantaminen ja huumeongelman pahenemisen estäminen niillä potilailla, jotka eivät

todennäköisesti pysty kokonaan pääsemään irti huumeista. Haittoja vähentävässä korvaushoidossa pyritään vähentämään opioidien laitonta käyttöä, rikollisuutta, pistämistä ja veriteitse tarttuvia tauteja. (Partanen, Vormaa, Alho & Leppo 2014, 482.) Korvaushoidosta vieroittautuminen on harvinaista. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen raportin (Varjonen 2015, 70) mukaan seurannassa olleista potilaista vain 2-4 % vieroittautui korvaushoidosta. Hoito on siis pitkäkestoista.

Korvaushoitoasetuksen mukaan lääkehoito toteutetaan ja lääke luovutetaan asiakkaalle valvotusti. Lääkkeenhaku tapahtuu siis päivittäin hoitoyksiköstä. Asetuksessa mahdollistetaan myös kotiannokset, mikäli hoitoon on sitouduttu hyvin. Tällöin asiakkaalle voidaan luovuttaa maksimissaan kahdeksaa vuorikausiannosta vastaava määrä lääkettä kotiin. Kotiannosteluun liittyviä riskejä ovat yliannostelu, lääkkeiden myyminen ja lääkkeiden käyttäminen suonensisäisesti. Lääkkeet voidaan myös varastaa tai ne voivat joutua lasten haltuun. Kotiannosten hyödyt ovat esimerkiksi siinä, että sopeutuminen yhteiskuntaan helpottuu ja korvaushoidon kuormittavuus vähenee. (Mikkonen 2012, 92.)

Hyvä ja laadukas korvaushoito perustuu kuntouttavaan ja motivoivaan otteeseen, jonka avulla potilasta osallistetaan. Hoito tulee suunnitella yksilöllisesti ottaen huomioon potilaan vointi, elämäntilanne ja motivaatio. (Simojoki, Pentikäinen, Fabritius & Vuori, 2012.) Hoitosuunnitelmassa määritellään hoidon tavoitteet, lääketieteellinen ja psykososiaalinen hoito, kuntoutus ja seuranta (Huumeongelman hoito 2012).

Korvaushoitoon hakeutumisessa on alueellisia eroja, koska Suomessa ei ole yhtenäisiä valtakunnallisia kriteerejä korvaushoitoon hyväksymiselle. Yleisesti hoidon tarve arvioidaan terveyskeskuksessa, päihdehuollon yksikössä, erikoissairaanhoidossa, sosiaalisairaalassa tai vankeinhoitolaitoksen terveydenhuollon yksikössä. (Mikkonen 2012, 88.)

5.3.1 Lääkehoito opioidikorvaushoidossa

Lääkehoitona opioidikorvaushoidossa voidaan käyttää metadonia, buprenorfiinia tai naloksini-buprenorfiinyhdistelmävalmistetta. Valinnan metadonin ja buprenorfiinin välillä tulee perustua yksilölliseen arvioon. Keskeisin ero buprenorfiinin ja metadonin välillä on saavutettavissa oleva maksimaalinen opioidivaikutus (Mikkonen 2012, 89). Buprenorfiini on suurina annoksina turvallisempi kuin metadoni, koska sillä on kattovaikutus. Metadonikorvaushoito on tehokkaampaa suurella kuin pienellä annoksella. Naloksini-buprenorfiinyhdistelmävalmistetta käytetään, kun halutaan ehkäistä suonensisäistä käyttöä. Yhdistelmän väärinkäyttöä on siitä huolimatta havaittu. (Huumeongelman hoito 2012.)

Buprenorfiini otettiin ensimmäisen kerran käyttöön kipulääkkeenä vuonna 1978. Buprenorfiini poikkeaa muista opioideista siinä, että opioideille tyypillinen hengityslaman riski on buprenorfiinin käytössä vähäisempi. Buprenorfiinin hengityslamariski kasvaa, kun sitä käytetään yhdessä muiden hengitystä lamaavien aineiden, kuten alkoholin ja bentsodiatsepiinien kanssa. Buprenorfiini on Suomessa muista maista poiketen syrjäyttänyt heroinin katukaupassa. (Malin, Holopainen & Tourunen 2006, 297.)

Metadoni on voimakas synteettinen opioidi, jota käytetään opioidikorvaushoidon lisäksi keskivaikeiden ja vaikeiden kipujen hoidossa. Metadoni on Euroopan yleisimmin käytetty opioidikorvaushoitovalmiste ja Suomessa sitä saa 40% korvaushoitolaisista. (Surakka 2011.)

Korvaushoidossa potilaan lääkeannos sovitetaan vastaamaan hänen sietokykyään siten, että vieroitusoireet ja aineen himo pysyvät poissa. Lääke valtaa aivojen opioidireseptorit, eikä potilas saa mielihyvää käyttämällä muita opioideja. (Mikkonen 2012, 86.)

Korvaushoitolääkityksiin liittyy haittavaikutuksia, joista tavallisimmat ovat ummetus ja vatsavaivat. Lisäksi opioidit vähentävät syljeneritystä, mikä on yhteydessä kariesin ja ientulehdusten kehittymiselle. Opioidit vaikuttavat elimistön neurohormonaalisiin järjestelmiin, jotka säätelevät seksuaalitoimintoja. Tämän vuoksi erityisesti miesten testosteronipitoisuudet ovat usein alhaisia. Opioidien käyttöön liittyy itsenäinen lisääntynyt unihäiriöiden riski, joiden hoitoon tyypillisesti käytettäviä bentsodiatsepiineja ei suositella korvaushoidosta johtuvien uniongelmien hoitoon. (Mikkonen 2012, 90-91.)

5.3.2 Psykososiaalinen tuki opioidikorvaushoidossa

Psykososiaalinen tuki on vakiintunut osaksi päihdehoitotyötä. Se voi käytännössä tarkoittaa erilaisia asioita, kuten käytännön taitojen opettelua, monen vuoden terapiaa, yksilökohtaista sosiaalityötä tai internetissä toteutettua luentoa. Käsite on siis laaja ja monimerkityksellinen. (Weckroth 2007, 426.) Käsitteenä psykososiaalinen on yleistynyt opioidikorvaushoidon myötä. Psykososiaalisten hoitomenetelmien kohdalla tulee suosia näyttöön perustuvia hoitomuotoja. (Weckroth 2007, 430.)

Kuntoutumisen monet eri osa-alueet kuuluvat korvaushoitoon. Psykososiaalinen kuntoutus tähtää asiakkaan yhteiskuntaan integroitumista tukemalla psyykkistä ja fyysistä terveyttä, asumista, koulutusta, työtä, toimeentuloa, rikollisuudesta eroon pääsemistä, perhe- ja ihmissuhteita, päihderiippuvuuden hallintaa ja elämänhallintataitoja. (Tourunen & Pitkänen 2010, 148.)

Huumeongelmaisen hoito (2012) suosituksen mukaan psykososiaalisen hoidon perustana on psykoterapeuttinen keskusteleminen tai yhdessä tekeminen. Potilaan läheiset voidaan ottaa mukaan terapiaan. Myös taide- ja musiikkiterapioita voidaan hyödyntää. Käytössä on kahdentoista askeleen hoito, kognitiivinen käyttäytymisterapia, motivoiva haastattelu, palkkiohoito, palveluohjaus, ratkaisukeskeinen terapia, retkahduksen

ehkäisy, systeemiteoreettinen malli, yhteisöhoito, yhteisövahvistusohjelma ja yleinen tukeminen. Kaikkia hoitomuotoja ei aina ole saatavilla.

Opioidikorvaushoitoon liitetty psykososiaalinen hoito lisää raittiutta ja vähentää oheiskäyttöä. Etenkin hoito-ohjelmat, jotka perustuvat palkitsemiseen on todettu tehokkaiksi oheiskäytön ehkäisyssä. (Huumeongelman hoito 2012). Omahoitajakeskustelut ja sosiaaliterapeutin tapaamiset tukevat hoidon onnistumista. Lisäksi erilaiset ryhmämuotoiset toiminnat ja AA- tai NA-ryhmissä käymiset ovat mahdollisia. Mukaan voidaan ottaa kuntoutustoimenpiteitä, kuten koulutus-, kurssi- tai työsuunnitelman tekoa. (Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen 2008, 179-180.) Opioidikorvaushoitoon yhdistetty psykososiaalinen hoito vähentää oheiskäyttöä ja lisää raittiutta (Huumeongelman hoito 2012).

5.3.3 Opioidikorvaushoidon vaikuttavuus

On olemassa varmaa näyttöä siitä, että huumeongelman hoito tulee yhteiskunnalle halvemmaksi, kuin hoitamatta jättäminen (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:16, 16). Vuonna 2009 huumeiden ja lääkkeiden väärinkäyttö aiheutti noin 230-320 miljoonan euron haittakustannukset. Eniten kustannuksia aiheutui sosiaalitoimen haittakustannuksista, sekä järjestyksen ja turvallisuuden ylläpidosta. Huumeongelma aiheuttaa myös haittoja, joita ei voida taloudellisesti mitata, kuten turvattomuus ja väkivallan pelko. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:16, 10.)

Opioidiriippuvuus on yhteydessä korkeampaan kuolleisuuteen ja yhteiskunnan kuluihin, etenkin rikos- ja oikeusjärjestelmän kuluihin, kuin mikään muu huumeriippuvuus (Simojoki 2013, 17). Opioidien käyttöön liittyvät sairaudet voivat johtua joko käytetystä aineesta tai sen käyttötavasta. Akuutit myrkytykset johtuvat sekakäytöstä opiaattien ja alkoholin tai bentsodiatsepiinien kanssa. Käyttö voi aiheuttaa somaattisia komplikaatioita. Verisuonitukokset, märkäpesäkkeet, imusuonitulehdukset, C- ja B-hepatiitti sekä endokardiitti johtuvat suonensisäisestä käytöstä.

Keuhkotulehdus voi aiheutua heroiinin polttamisesta. (Huumeongelman hoito 2012.)

Mikkonen (2012, 87) mukaan käy ilmi, että korvaushoidon ansiosta asiakkaan laittomien opioidien ja muiden päihteiden käyttö on vähentynyt, kuolleisuus on laskenut, veritartuntariski pienentynyt ja rikollisuus vähentynyt. Korvaushoito vähentää vankeinhoidon, poliisin, oikeuslaitoksen, vakuutustoimen ja sosiaali- ja terveyshuollon kustannuksia.

Korvaushoidolla on asiakkaan elämään monia positiivisia vaikutuksia. Asiakkaan koko elämänlaatu ja toimintakyky paranevat huomattavasti. Lisäksi fyysinen ja psyykinen terveys kohenevat merkittävästi, joka osaltaan auttaa pääsemään takaisin työelämään ja opiskelun pariin. (Mikkonen 2012, 87.) Myös ihmissuhteiden ja muiden sosiaalisten suhteiden ylläpitäminen ja rakentaminen helpottuvat (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 179).

5.3.4 Opioidikorvaushoitoa ohjaavat säädökset

Huumausainepolitiikkaa toteuttavat ja suunnittelevat useat hallinnon alat rinnakkain. Se onkin muuttunut Suomessa ja muualla länsimaissa aiempaa monimuotoisemmaksi, johon on vaikuttanut lisääntynyt tutkimus- ja kokemustieto. Tutkimustietoa pyritään aktiivisesti hyödyntämään huumausainepoliittisessa suunnittelussa. (Sosiaali -ja terveysministeriön julkaisu 2012:16, 12.)

Suomen huumausainepolitiikan yleisenä tavoitteena on huumausaineiden käytön ja levittämisen ehkäiseminen. Tarkoituksena on niin huumeiden käytöstä kuin torjunnastakin aiheutuvien taloudellisten, terveydellisten ja sosiaalisten haittojen ja kustannusten jääminen mahdollisimman pieneksi. Suomen huumausainepolitiikka perustuu yleisiin yhteiskuntapoliittisiin toimiin, kansalliseen lainsäädäntöön ja kansainvälisiin sopimuksiin. Suomi

noudattaa ja toimeenpanee huumausainepolitiikassaan YK:n huumausaineiden vastaisia sopimuksia ja päätöksiä sekä EU:n huumausainestrategiaa. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:16, 10.)

Huumausainepolitiikasta vastaa osaltaan valtioneuvosto, joka tekee huumausaineiden vastaista työtä vuosina 1998, 2000, 2004 ja 2008 tehtyjen periaatepäätösten pohjalta. Huumausainepolitiikassa valtioneuvosto pitää tärkeänä perustason työn jatkamista ja kehittämistä, sekä eri toimijoiden välistä yhteistyötä. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:16, 10.) Merkittävänä pidetään myös sellaista yhtenäistä lähestymistapaa, jolla huumausaineiden kysynnän ja tarjonnan vähentämistoimet ovat keskenään tasapainossa. Valtioneuvostolle on tärkeää vähentää ja hillitä huumeiden käyttöä ja huumeiden käytön aiheuttamia haittoja. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:22, 11.)

Vuonna 1997 sosiaali- ja terveysministeriö antoi ensimmäisen määräyksen opioidiriippuvaisten potilaiden arvioimisesta ja hoidon järjestämisestä. Määräystä on uusittu muutamaan otteeseen, ja viimeisin STM:n asetus tuli voimaan vuonna 2008. (Mikkonen 2012, 87.)

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeillä sisältää korvaushoidon määritelmät, edellytykset, hoidon järjestämisen ja toteuttamisen, hoitosuunnitelman, lääkehoidon ja seurannan. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeillä 33/2008.) Asetus painottaa normaalia hoidon porrastusta vaativuuden mukaan, hoitojen polikliinista aloittamista, mahdollisuutta lääkkeiden kotiannosteluun, ja mahdollisuutta toimittaa buprenorfiinia ja naloksonia sisältävää valmistetta myös apteekista. Hoito arvioidaan, aloitetaan ja toteutetaan sellaisessa yksikössä, joka täyttää asetuksen vaatimukset. (Huumeongelman hoito 2012.)

Opioidikorvaushoitoa ohjaa myös esimerkiksi päihdehuoltolaki, jonka tavoitteena on ehkäistä ja vähentää päihteiden ongelmakäyttöä ja huolehtia, että kunta järjestää päihdehuollon tarpeen mukaisesti. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittelee keskeiset asiat asiakastyössä. Käypä hoito -suositus huumeongelman hoidosta määrittelee lääketieteen näkökulmasta parhaimmat näyttöön perustuvaan tutkimukseen pohjautuvat hoitomenetelmät opioidikorvaushoidossa.

5.4 Asiakastyytyväisyys

Termiä tyytyväisyys on käytetty laajasti jo 1950-luvulta lähtien asiakas- ja potilaskyselyjen yhteydessä terveydenhuollossa. Asiakastyytyväisyydellä tarkoitetaan positiivista tunnereaktiota palvelukokemukseen. Tämä tunne syntyy, kun odotuksien ja kokemusten vertailun tuloksena, mikäli palvelu antaa asiakkaalle sen, mitä hän palvelulta odotti. (Simola 2008, 5.) Asiakastyytyväisyys nähdään hoitoalalla asiakaslähtöisyyden tuloksena, jolla tarkoitetaan asiakkaan toiveet, tarpeet ja odotukset huomioivaa toimintatapaa (Laine & Rahikainen 2013, 9). Asiakastyytyväisyyteen perustuva toiminta rajoittuu yleensä siihen, että toimitaan niiden tarpeiden pohjalta, mitkä asiakas on ilmaissut (Heli 2014, 24).

Tyytyväisyyteen vaikuttavat osatekijät voidaan yhden teorian mukaan jakaa kuuteen osaan; hoitoon pääsyyn, palvelujen saatavuuteen, tiedonsaantiin ja kommunikointiin, koettuun hoitotyön laatuun, yksilölliseen hyvään hoitamiseen sekä hoitotyön teknologiaan ja laitteistoon. (Simola 2008, 6.)

Asiakastyytyväisyyttä ja laatua ajatellaan usein samaa tarkoittavina asioina. Laatu on kuitenkin tyytyväisyyttä suppeampi käsite. Asiakastyytyväisyyden mittaaminen on yksi hoitotyön laatua mittaava tekijä. Asiakastyytyväisyyteen tulisi kiinnittää enemmän huomiota ja sitä tulisi seurata jatkuvasti, jotta saadun palautteen pohjalta voidaan tehdä muutoksia asiakastyytyväisyyden parantamiseksi. (Laine & Rahikainen 2013, 9.)

6 BIKVA-MALLIN LÄHTÖKOHDAT

BIKVA tulee tanskan kielen sanoista ”Brugerinddragelse i KVALitetsvurdering” eli ”asiakkaiden osallisuus laadun varmistajana”. Bikva-malli on alun perin kehitetty Tanskassa sosiaalipsykiatrian alalla. Perusajatus Bikva-mallissa on asiakkaiden ottaminen mukaan arviointiin. (Krogstrup 2004, 7.) Tiedonkeruu on kvalitatiivista (Krogstrup 2004, 10). Bikva-malli on kehittämismenetelmä, jonka tavoitteena on saada aikaan oppimista, toimintatapojen muutoksia, sekä kehittymistä organisaatiossa (Koivisto 2009, 117). Asiakkaat toimivat Bikvassa-menetelmässä oppimisen aiheuttajana tai käynnistäjänä, he määrittelevät omien kriteeriensä perusteella arviointikysymykset (Krogstrup 2004, 7).

6.1 Asiakslähtöisyys

On monta tapaa määritellä termi asiakslähtöisyys. Asiakslähtöinen toimintatapa syntyi 1930-luvulla Yhdysvalloissa ja silloin lähtökohdaksi tuli asiakkaan kunnioittaminen ja hänen tarpeidensa huomioiminen entistä paremmin. Voidaan siis sanoa, että asiakslähtöisyyteen kuuluu asiakkaiden omien käsitysten ja toimintojen kunnioittaminen, asiakkaan ottaminen mukaan omien asioidensa päätöksentekoon sekä asiallinen kohtelu. (Hänninen, Julkunen, Hirsikoski, Högnabba, Paananen, Romo & Thomasen 2007, 8.)

Asiakslähtöisessä palvelussa otetaan huomioon asiakkaan tarpeet, hänen läheisensä ja ympäristönsä. Sillä mahdollistetaan asiakkaan osallisuuden edistäminen ja hoidon yksilöllisyys. Asiakslähtöinen hoito vaikuttaa positiivisesti asiakkaan uskallukseen ilmaista itseään, luottamukseen henkilökuntaa kohtaan ja optimismiin. Se myös motivoi asiakasta ja edesauttaa häntä toimimaan tavoitteidensa saavuttamiseksi. Asiakslähtöisestä työskentelystä on tullut itseisarvo, vaikka siltä puuttuvatkin selkeät kriteerit, työnjako ja tavoitteet. (Laitila 2010, 23.)

Hoitotyössä asiakas nähdään tasavertaisena osallistujana kaikissa hoitoprosessin vaiheissa. Potilasta pidetään oman elämänsä asiantuntijana ja hoidon lähtökohtana ovat potilaan ilmaisemat tarpeet, eikä työntekijän tai organisaation tavoitteet (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 68, 69). Bikva-mallissa asiakaslähtöisyys merkitsee sitä, että asiakkaiden näkökulma huomioidaan, mutta ammattityö ei suoraviivaisesti muutu sellaiseksi kuin asiakkaat haluavat (Koivisto 2009, 121). Asiakkaat määrittelevät Bikva-mallissa arviointikysymykset omien kriteeriensä perusteella (Krogstrup 2004, 7).

6.2 Bikva-mallin tavoite

Krogstrupin (2004, 13) mukaan päätavoitteena mallissa on oppiminen ja kehittyminen. Mallin tavoitteena on luoda yhteys asiakkaiden ongelmien ymmärtämisen ja palvelun välille ottamalla asiakkaat mukaan arviointiin. Ajatuksena tässä on, että asiakkailla on oleellista tietoa julkisen sektorin palveluiden kohdentamisen auttamiseksi (Hänninen ym. 2007, 12). Yksi tärkeä edellytys menetelmän toimivuudelle on organisaation avoimuus asiakkaiden näkökannoille. Organisaation tulisi pystyä näkemään tilanne monelta eri kannalta, ja siten kyseenalaistamaan olemassa olevia toimintatapoja. Johtajien ja poliitikkojen tulisi tarvittaessa muuttaa ratkaisujaan niin, että asiakkaiden hyvän hoitotyön kriteerit ja hoitotyö kohtaavat. (Koivisto 2009, 119-120.)

6.3 Bikva-mallin vaiheet

Bikva-mallissa on neljä vaihetta. Ensimmäisessä vaiheessa on ryhmähaastattelu, jossa asiakkaita kehoitetaan kertomaan ja perustelemaan myönteisinä ja kielteisinä kokemiaan asioita hoidossa. Ryhmähaastatteluista saadaan tietoa asiakkaiden subjektiivisista kokemuksista. (Krogstrup 2004, 15.)

Ryhmähaastatteluiden tulosten pohjalta haastatellaan kenttätyöntekijöitä. Työntekijöiden haastattelun tukena käytetään haastatteluohjetta, joka

laaditaan asiakkaiden haastattelujen tulosten avulla. (Krogstrup 2004, 9). Heidän tavoitteenaan on pohtia omaa toimintaansa ja sitä mihin asiakkaiden arviot perustuvat (Krogstrup 2004, 15). Kenttätyöntekijöiden haastattelulla saadaan tietoa siitä, millainen on heidän tulkintansa työolosuhteiden, työorganisaation kulttuurin, rakenteen ja prosessien vaikutuksista heidän työhönsä (Krogstrup 2004, 9).

Asiakkaiden ja työntekijöiden haastatteluista saatu palaute viedään esimiehille, jotka pohtivat syitä saatuun palautteeseen (Krogstrup 2004, 15). Haastattelu etenee samalla lailla kuin aikaisemmatkin, mutta haastatteluohje on laadittu sekä asiakkaiden, että kenttätyöntekijöiden haastattelujen pohjalta. Haastatteluun otetaan mukaan esimerkiksi yksikön johtajat ja hallintojohtajat. (Krogstrup 2004, 22.)

Neljännessä vaiheessa kaikki aikaisemmissa vaiheissa saatu palaute esitellään poliittisille päättäjille, joiden tarkoituksena on saada arvio palautteen syistä (Krogstrup 2004, 15). Kenttätyöntekijät kokevat usein, että heidän tehtäviinsä vaikuttaa oleellisesti lainsäädäntö, johto ja poliittiset päättäjät. Tästä syystä poliittisten päättäjien osallistaminen Bikva-menetelmään on perusteltua. Poliittisille päättäjille viedään kuitenkin vain sellaisia haastatteluista esille tulleita asioita, joihin he voivat vaikuttaa. (Krogstrup 2004, 10.) Bikva-prosessiin saadaan usein heikoimmin sitoutumaan johto- ja päätöksentekotason henkilöitä (Koivisto 2009, 121).

Bikva-menetelmä koostuu erilaisista säännöistä, periaatteista, toimintamalleista ja vuorovaikutuksesta. Menetelmä kuitenkin muokkautuu omanlaisekseen eri toiminta- ja työympäristöissä, joissa sitä sovelletaan. (Koivisto 2009, 118.) Usein haastattelujen tuottama materiaali on sellaista, että se koskee lähinnä konkreettista työskentelyä asiakkaiden kanssa. Tällöin ei ole välttämätöntä järjestää johtajien ja poliittisten päättäjien haastatteluja, koska aiheella ei ole suoraa merkitystä heidän työnsä kannalta. (Koivisto 2009, 126.) Bikva-mallia ei tarvitse noudattaa orjallisesti. Joitain vaiheita voi jättää pois, eikä kaikkia haastatteluosia

tarvitse suorittaa. Menetelmää voi soveltaa organisaatioon ja teema-alueeseen liittyen. (Koivisto 2009, 127.)

6.4 Haastattelijan rooli

Bikva-mallissa haastattelijan rooli edellyttää teema-alueen ja organisaation tuntemusta. Haastattelijan tulisi olla asiakkaille vieras ja neutraali henkilö. (Koivisto 2009, 122.) Jos haastattelija tuntee asiakkaat entuudestaan, voi kynnys kertoa ja arvostella negatiivisia asioita olla liian iso (Krogstrup 2004, 26). Haastattelija on ideoiden ja ajatusten välittäjä. Hän vaikuttaa prosessin kulkuun ja tulokseen, vaikka tavoitteena onkin olla mahdollisimman neutraali. (Koivisto 2009, 122).

Haastattelija antaa asiakkaille tilaa ilmaista itseään mahdollisimman laajasti omin sanoin, mutta puuttuu keskusteluun tarpeen mukaan (Krogstrup 2004, 26). Tärkeää kuitenkin on, ettei haastattelija dominoi liikaa. Haastattelija voi joutua ohjaamaan keskustelua lisäkysymyksillä, jotka vievät keskustelua eteenpäin ja muuttavat sen suuntaa. Hän voi myös tehdä valmiiksi apukysymyksiä siltä varalta, että keskustelua ei synny. Haastattelijan tehtävänä on puuttua keskusteluun, jos joku osallistujista dominoi keskustelua. Toisaalta myös hiljaisten osallistujien aktivointi on tärkeää. Haastattelijat kirjaavat tai nauhoittavat keskustelussa esille tulleita asioita. Saatua materiaaleja työstetään ja jäsennellään haastattelujen välillä. (Koivisto 2009, 122-123.)

7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyön toteutusvaihe alkoi siitä, että anoimme tutkimuslupaa A-klinikkasäätiöltä ja tutkimusluvan saamisen jälkeen allekirjoitimme vaitiolositoumuksen. Tutkimusluvan liitteeksi toimitettiin tiedote, joka oli annettu asiakkaille ilmoitukseksi mahdollisuudesta osallistua opinnäytetyöhömmme. Tiedotteessa kävi ilmi, että osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja asiakkaiden anonymiteettia vaalitaan koko prosessin ajan.

Opinnäytetyö on toteutettu Bikva-mallin mukaisesti, joskin alkuperäistä mallia hieman soveltaen (vrt. Koivisto 2009, 127). Sisällönanalyysi on tehty asiakkaiden ryhmähaastatteluista, koska niiden tulosten pohjalta tehtiin haastattelurungot työntekijöiden ja esimiehen haastatteluille. Tässä tutkimuksessa Bikva-malli on jätetty arviointimenetelmän kolmannelle tasolle.

7.1 Asiakkaiden haastattelujen toteutus

Haastattelun teemana oli asiakkaiden kokemukset korvaushoidosta. Teemaa ei kannata määritellä liian laajaksi (Koivisto 2009, 121) joten rajasimme sitä haastattelun aikana johdattelevilla kysymyksillä. Liian tiukasti määritelty teema ei puolestaan anna asiakkaiden arvioinneille liikkumavaraa, jolloin idea, että asiakkaat määrittelevät itse arviointikriteerit, katoaa (Koivisto 2009, 121).

Krogstugin (2004, 11) mukaan ryhmähaastattelu ei ole välttämätön edellytys mallin toteuttamiselle, vaikka sen käytölle onkin monia perusteluja. Myös yksilöhaastattelu on siis sallittu. Perusteluna ryhmähaastattelun suosimiselle on, että yksilöhaastattelu tarjoaa huonot mahdollisuudet tutkia tavoitteena olevaa asiaa. Ryhmähaastatteluissa painopiste ei ole yksilöllisissä ja tunnepitoisissa asioissa, sekä anonymiteettiin luotetaan enemmän. Ryhmähaastatteluissa keskustelu on myös monipuolisempaa. Yksilöhaastattelu voi olla perusteltu esimerkiksi

silloin, kun haastateltavan sosiaaliset kyvyt ovat niin heikot, ettei hän pysty tai halua osallistua ryhmähaastatteluun.

Asiakkaiden haastattelut toteutuivat sekä ryhmä- että yksilöhaastatteluina. Ryhmähaastattelussa ilmapiiri oli avoin ja keskusteleva. Kaikki osallistujat pääsivät sanomaan oman mielipiteensä. Haastatteluita pidettiin myös yksilöhaastatteluina, sillä joka toteutuskerralla ei ollut tarpeeksi osallistujia ryhmähaastatteluun. Asiakkaiden haastatteluita ei nauhoitettu, vaan esille tulleita pääasioita kirjattiin taululle niin, että asiakkaatkin näkivät mitä kirjoitettiin.

Käytimme avointa haastattelua tai toiselta nimeltään syvähaastattelua, joka on strukturoimaton menetelmä, jossa vain ilmiö, josta keskustellaan, on määritelty. Avoimessa haastattelussa ei ole harvinaista, että haastateltavia on vain muutama, koska tutkittava ilmiö avataan perusteellisesti. Haastattelun aikana tutkijan tarkoitus on pitää haastattelu aiheessa ja koossa, mutta haastateltavan tulee antaa puhua vapaasti. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75 -76.)

Bikva-mallissa voidaan määritellä kriteerejä siihen, keitä haastatteluihin otetaan mukaan. Asiakkaiden valinnassa oleellista on miettiä, millainen vaikutus valinnoilla on lopputulokseen. (Krogstrup 2004, 17-18.) Tämän tutkimuksen osallistujat olivat haasteellinen asiakaskunta, koska he eivät aktiivisesti osallistuneet haastatteluihin. Tämän takia jätimme pois alkuperäiset kriteerit asiakkaiden valintaan liittyen. Kaikki halukkaat pääsivät mukaan haastatteluun.

7.2 Sisällönanalyysi

Opinnäytetyön aineisto on saatu bikva-mallin mukaisesti asiakkaiden ryhmä- ja yksilöhaastatteluilla. Haastatteluaineiston sisällönanalyysi on tehty aineistolähtöisesti. Aineistolähtöisessä analyysissä pyritään luomaan tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95). Aineistolähtöiseen sisällönanalyysiin kuuluu kolme erilaista vaihetta;

aineiston redusointi, aineiston klusterointi ja aineiston abstrahointi (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108).

Aloitimme sisällönanalyysin sillä, että kirjoitimme alkuperäiset ilmaukset ylös. Näistä alkuperäisistä ilmauksista listasimme pelkistettyjä ilmauksia, joita tuli yhteensä 30. (vrt. Tuomi & Sarajärvi 2009, 109.) Tämän jälkeen ryhmittelimme pelkistetyistä ilmauksista alaluokkia niin, että samaa asiaa tarkoittavat käsitteet ryhmiteltiin ja luokat nimettiin sisältöä kuvaavalla käsitteellä (vrt. Tuomi & Sarajärvi 2009, 110-111). Alaluokkia tuli ryhmittelyn jälkeen 9. Viimeisessä vaiheessa samaa kuvaavista alaluokista yhdisteltiin vielä yläluokat, joista tuli tutkimustulokset (vrt. Tuomi & Sarajärvi 2009, 111). Yläluokkia tuli yhteensä 4. Sisällönanalyysistä on opinnäytetyössä esimerkki liitteessä 1.

7.3 Kenttätyöntekijöiden haastattelujen toteutus

Kenttätyöntekijöiden haastattelun pidimme valmiiksi laaditun haastatteluohjeen pohjalta, joka perustui asiakkailta saatuun palautteeseen. Haastattelussa painotettiin niitä osa-alueita, joihin kenttätyöntekijät voivat vaikuttaa. Haastattelukysymykset esittivät asiakkailta saadun palautteen, jonka jälkeen kenttätyöntekijät miettivät, mistä palaute heidän mielestään johtuu. (Krogstrup 2004, 21.)

Työntekijöiden haastattelussa oli mukana neljä K-klinikan työntekijää. Työntekijöiden haastattelurunkoon kuului yhdeksän kysymystä, jotka tulivat suoraan sisällönanalyysin tuloksista. Kysymykset olivat muotoa ”Asiakkaat kokevat..., mistä se mielestänne johtuu?” (vrt. Krogstrup 2004, 20). Emme äänittäneet työntekijöiden haastattelua, vaan kirjoitimme esille tulleet asiat ylös.

Työntekijöiden ensireaktio Bikva-haastattelussa voi olla se, että he loukkaantuvat kuulemastaan kritiikistä. He asettautuvat usein puolustuskanalle ja selittelevät kuulemaansa palautetta. Tällöin menetelmä ei toimi toivotulla tavalla. Tavoitteena on, että työntekijät

pystyvät avoimeen ja asiakasta kuulevaan keskusteluun. Haasteena työntekijöillä on omaksua tasavertainen kumppanuus asiakkaan kanssa. (Koivisto 2009, 125.)

Työntekijöiden suhtautuminen asiakkailta saatuun palautteeseen oli myönteistä. Haastattelutilanne oli avoin ja siinä oli keskusteleva ote. Työntekijät pohtivat yhdessä syitä asiakkaiden palautteelle.

7.4 Esimiesten haastattelujen toteutus

Esimiesten osallistaminen Bikva-malliin perustellaan sillä, että kenttätöntekijöiden työtehtäviin vaikuttavat oleellisesti lainsäädäntö, johtajat ja poliittiset päättäjät (Krogstrup 2004, 10). Haastattelussa oli mukana kolme esimiestä, joilla on mahdollisuus vaikuttaa K-klinikan toimintaan. Esimiesten haastatteluun otetaan mukaan ne asiakkaiden ja kenttätöntekijöiden esille tuomat asiat, joihin heillä on päätösvaltaa ja he voivat vaikuttaa (Krogstrup 2004, 10). Haastattelurunkoon kuului seitsemän eri kohtaa. Esimiehillä on tärkeää, työkäytäntöjä koskevaa päätösvaltaa ja he voivat vaikuttaa käytössä oleviin resursseihin (Koivisto 2009, 125).

Esimiesten ryhmähaastattelussa tarkoituksena on pohtia syitä asiakkaiden ja työntekijöiden palautteelle (Krogstrup 2004, 16). Haastatteluohjeet laaditaan noudattaen samoja periaatteita kuin edellisissä haastatteluissa (Krogstrup 2004, 22).

Esimiesten haastattelussa oli positiivinen ilmapiiri ja esimiehet olivat tilanteessa hyvin vastaanottavaisia ja aktiivisia keskustelemaan esille tulleista asioista. Vaikka haastattelun tarkoituksena olikin vain pohtia syitä asiakkaiden ja työntekijöiden palautteille (vrt. Krogstrup 2004, 15), tuli esimiehiltä ajatuksia korvaushoidon laadun parantamiseen.

8 BIKVA-ARVIOINNIN TULOKSET

8.1 Asiakkaiden haastattelut

Asiakkaiden haastatteluista saadusta aineistosta nousi esiin neljä ryhmää, jotka jaettiin hoidon toteutumiseen liittyviin tekijöihin, taloudellisiin tekijöihin, hoitohenkilökuntaan liittyviin tekijöihin ja positiivisiin tuloksiin. Palaute oli sekä negatiivista, että positiivista ja asiakkaiden näkemyksissä oli eroavaisuuksia.

8.1.1 Hoidon toteutuminen

Haastatteluista tuli esille, että hoitosuhteessa ei ole jatkuvuutta. Omahoitaja on saattanut vaihtua usein, joten luottamussuhdetta on ollut vaikea luoda. Henkilökunnan vähäisyydestä johtuen omahoitajaa ei ole ollut mahdollista vaihtaa tarpeen tullen. Lisäksi hoitoa ei koeta yksilölliseksi, eivätkä asiakkaat omasta näkökulmastaan pysty osallistumaa hoitonsa suunnitteluun.

Haastatteluista ilmeni, että hoitoon pääseminen ja hoidon eteneminen on hidasta. Asiakkaat toivat esille, etteivät kaikki jaksaa odottaa hoidon alkamista, jos korvaushoitoon jonottaminen vie kauan aikaa. Hoidon etenemiseen liittyen apteekkijakeluun siirtyminen koettiin aikaa vievänä. Asiakkailla oli tunne, että henkilökunta ei osaa vastata apteekkijakeluun liittyviin kysymyksiin ja ovat epätietoisia siirrosta sekä sen toteutumisesta. Haastateltavat toivat esiin, että asiakkaat kerääntyvät K-klinikalle, koska hoidon eteneminen on hidasta.

Korvaushoidon lääkeryhmien toteutumiseen liittyen katsottiin, että ryhmiin joutuu jonottamaan liian kauan, ja ryhmäkoot ovat liian suuria. Henkilökohtaisista asioista puhuminen tuntuu vaikealta, kun ryhmissä on niin paljon asiakkaita. Lääkeryhmien aikana otettavat huumeuseulat pidentävät jonotusaikaa, mikä koettiin ikävänä asiana.

Asiakkaat kokivat, että K-klinikan käynneissä ei ole joustoa, joten ryhmissä käymisen katsottiin rajoittavan omaa elämää. Jokapäiväinen lääkkeen hakeminen K-klinikalta koettiin raskaaksi ja se ei välttämättä estä retkahtamista vaan voi jopa lisätä sen riskiä. Asiakkaiden näkökulmasta jokapäiväinen lääkkeen hakeminen vetää loppuun. Asiakkaat kokivat, että hoitajien valtuus tehdä lomapäätöksiä on liian vähäistä ja että omia lomia on riittämättömästi.

Haastatteluista selvisi, että yhteistyö perusterveydenhuollon ja korvaushoidon kanssa ei toimi, koska perusterveydenhuolto saattaa olettaa, että K-klinikalla hoidetaan myös somaattisia vaivoja. Asiakkaista tuntui, että heitä pompotellaan terveyskeskuksen ja K-klinikan välillä, kun kumpikaan taho ei ota kantaa esimerkiksi kivun hoitoon.

8.1.2 Hoidon resurssit

Haastatteluista ilmeni, että omahoitajakeskusteluita on liian vähän, minkä takia asiakkaat kokevat, että hoidossa keskitytään vain fyysiseen hoitoon, eli vieroitusoireiden loitolla pitämiseen. Omahoitaja-aikoja oli vaikea saada ja ne saattoivat mennä viikkojen päähän, jolloin ajan tullessa ei edes muista, mitä aikaa varatessa oli mielen päällä. Asiakkaat kokivat, että lääkäriaikoja on liian vähän.

Hoitotilat koettiin pieninä ja ahtaina, varsinkin odotustila. Toivottiin selkeää asiakaserottelua haittoja vähentävien ja kuntoutuvien asiakkaiden välille. Asiakkaat toivat esiin, ettei ole kivaa tavata toisia asiakkaita, jotka ovat huumeiden vaikutuksen alaisena. Vanhoista huumeipiireistä tuttujen ihmisten näkeminen koettiin raskaana.

8.1.3 Hoitajiin liittyvät tekijät

Asiakkaat kokivat, että hoitajat kohtelivat asiakkaita huonosti. Tuli ilmi, että kemia ei aina kohtaa hoitajan kanssa, ja että hoitajien työhön kyllästyminen näkyi päällepäin. Kaikki tämä johti siihen, että

luottamussuhteen luominen hoitajaan on vaikeaa. Asiakkaista tuntui, että hoitajat pitävät itseään parempina ihmisinä.

8.1.4 Positiiviset tulokset

Korvaushoidon koettiin parantavan elämänlaatua. Laittomuudet ja huumeiden oheiskäyttö olivat vähentyneet tai loppuneet. Asiakkaat kokivat, että hoito on yksilöllistä ja lääkeryhmät toimivat hyvin. Keskusteluaikojä katsottiin olevan tarpeeksi ja psyykkisen puolen huomiointi hoidossa on riittävää. Oman hoidon suunnitteluun osallistuminen toteutuu hoitotyössä. Asiakkaat kokivat, että kriisiaikojä saa hyvin. Osa oli myös sitä mieltä, että keskusteluapua saa tarpeeksi, esimerkiksi hyödyntämällä A-klinikan sosiaaliterapeuttia ja K-klinikan omahoitajaa. Asiakkaat tunsivat, että korvaushoito on pelastanut heidät ja ilman sen tuomaa tukea he eivät välttämättä olisi enää elossa.

8.2 Kenttätyöntekijöiden haastattelu

Asiakkaiden haastatteluista tuli esille, että hoitosuhteessa ei ole jatkuvuutta. Työntekijöiltä kysyttiin, mistä tämä voisi johtua. Heidän mielestään tähän on vaikuttanut resurssipula, hoitajien vaihtuvuus ja omahoitajien poissaolot. K-klinikan hoitajat ovat vaihtuneet vuosien varrella, minkä takia on ollut vaikeaa ylläpitää hoitaja-asiakassuhdetta. Jos hoito on edistynyt siihen pisteeseen, ettei asiakas enää tarvitse K-klinikan käyntejä usein, voi hän kokea jäävänsä vaille riittävää hoitoa.

Työntekijät käsittelivät sitä, että asiakkaat eivät koe hoitoa yksilöllisenä. Heidän näkökulmastaan asiakkaat kokevat yksilöllisyyden eri tavalla kuin hoitajat. Työntekijät toivat esille, että asiakkaat saattavat käyttäytyä kuin heillä olisi vain oikeuksia, mutta ei velvollisuuksia hoidon suhteen. Tuli esille, että hoitoa ei aina pystytä toteuttamaan yksilöllisesti, koska ei ole aikaa.

Asiakkaat nostivat haastatteluissa esiin oman hoidon suunnittelun. Työntekijöiden näkökulmasta asiakkaat pääsevät osallistumaan oman hoidon suunnitteluun ja tekemään omaa hoitosuunnitelmaansa. Hoidon suunnittelu yhdessä asiakkaan kanssa vaatii kuitenkin aikaa, jota ei aina ole. Lääkärin määräyksiä ei voi sivuuttaa, mitä asiakkaat eivät aina välttämättä huomioi. Hoidon suunnitteluun vaikuttavat myös työtapojen ja sääntöjen jatkuvat muutokset. Johtajat tekevät paljon päätöksiä, joihin työntekijöillä ei ole valtaa. Asiakkaat ovat kokeneet näistä asioista johtuen hoidon joskus jopa mielivaltaiseksi.

Työntekijöiltä kysyttiin mielipidettä apteekkijakeluun siirtymisestä. Lääkärillä on apteekkijakeluun siirtymiseen liittyen päätäntävalta, mutta työntekijöillä on tieto asiakkaan sen hetkisestä tilanteesta ja näin työntekijä voi esittää siirtymisen apteekkijakeluun lääkärille, mikäli työntekijä kokee, että asiakas olisi siihen valmis. Apteekkijakeluun pääseminen on työntekijöiden mielestä viime aikoina nopeutunut.

Työntekijät arvioivat negatiivista palautetta lääkeryhmistä. Heidän mukaansa palaute aiheutuu siitä, että jos asiakkaat tulevat K-klinikalle samaan aikaan, osa joutuu odottamaan mahdollisten huumeseuulojen ja puhelujen ajan. Asiakkaat eivät voi vaikuttaa siihen, keiden kanssa he ovat samassa lääkeryhmässä. Tämä aiheuttaa sen, että haittoja vähentävät ja kuntouttavat ryhmät menevät sekaisin. Joillekin ongelmaksi voi muodostua vanhat tuttavat, joita ei toivo enää näkevänsä. Keskustelussa esille nousi asiakkaiden esille tuoma asia asiakkaista, joilla on lapsia. Asiakkaiden näkökulmasta olisi parempi, jos äidit voisivat tulla omana ryhmänään lääkkeitä hakemaan. Työntekijöiden kantana esteeksi erilaisten asiakaskuntien erottamiselle muodostuu kuitenkin tilan puute.

Työntekijät pohtivat, miksi yhteistyö perusterveydenhuollon ja korvaushoidon välillä ei toimi. Esille nousi, että yhteistyötä ei ole saatu yrityksistä huolimatta toimivaksi. Korvaushoidossa ei hoideta somaattisia sairauksia, eikä esimerkiksi kivun hoitoa, mikä ei ole välttämättä selvä asia perusterveydenhuollossa. Nykyään korvaushoidosta ei käydä asiakkaiden

kanssa hoitoneuvotteluissa perusterveydenhuollon puolella yhtä usein kuin ennen, mikä vähentää yhteistyötä. Kaiken kaikkiaan perusterveydenhuollossa ei tiedetä tarpeeksi korvaushoidosta, eli tietoa korvaushoidosta kaikilla tahoilla tulisi lisätä.

Asiakkaiden näkemys siitä, että hoito perustuu vai fyysisen riippuvuuden hoitoon, juontaa juurensa työntekijöiden perspektiivistä siitä, että A- ja K-klinikka ovat eri rakennuksissa. K-klinikalla hoito keskittyy korvaushoitolääkitykseen. Omahoitaja-ajat eivät riitä, koska asiakkaiden määrä on lisääntynyt, eivätkä kaikki halua puhua sosiaaliterapeutille. Sosiaaliterapeutit sijaitsevat A-klinikalla, mikä voi olla keskusteluavun hakemisessa kynnys asiakkaille.

Työntekijöiden käyttäytyminen ja kohtelu asiakkaita kohtaan ilmeni asiakkaiden haastatteluissa. Työntekijät myönsivät, että väsymyksen takia käyttäytyminen voi olla toisinaan epäasiallista ja asiakkaan kohtaaminen saattaa tuntua ajoittain raskaalta. Asiakkaille välittyy työntekijöiden kiire ja voimattomuuden tunne. Työntekijät tarkastelivat työn kiinnostavuuden ja mielekkyyden vaikutusta asiakkaan kohtaamiseen. Hoitajien ajatus oli, että asiakkaat saavat pääsääntöisesti hyvää kohtelua. Haastattelussa tuli esille, ettei hoitajien tarvitse kestää kaikenlaista kohtelua asiakkaiden suunnalta.

8.3 Esimiesten haastattelu

Esimiesten näkökulmasta hoitosuhteen jatkuvuuteen ei välttämättä aina vaikuta resurssipula. Esimiehet myönsivät, että resurssit ovat ajoittain niukat, mutta se tarkoittaa, että työtä on priorisoitava. Vaikka henkilökunta K-klinikalla ajoittain vaihtuukin, työn organisoinnilla voidaan ylläpitää toimivia hoitosuhteita. Esimiehet pohtivat, jääkö kiireen tuntu ajoittain päälle, vaikka resursseja olisi enemmän.

Esimiehet pohtivat kehittämissuhteita, joilla hoidon yksilöllisyyttä parannetaan. Hoitajien tulee etukäteen miettiä suunnitelma, mitä tehdä,

jos esimerkiksi asiakkaan omahoitaja on poissa. Esimiehet myönsivät, että välillä on resurssipulan vuoksi vaikea noudattaa A-klinikkasäätiön arvoja, mikä ei selvästi ole hyvä asia.

Opinnäytetyön aloittamisen jälkeen hoitosuunnitelmien tekemistä on tehostettu, joten asiaan on tullut jo muutosta. Esimiehet toivat myös esille seikan, että A-klinikkasäätiöllä on tiettyjä omia hoitolinjoja, joihin eivät voi asiakkaat, työntekijät tai lähijohto vaikuttaa.

Esimiesten haastattelussa puhuttiin asiakkaiden oheiskäytöstä ja sen vaikutuksesta apteekkiin pääsemisestä. Hoidossa eteenpäin siirtyminen on asiakkaasta itsestään kiinni, hänen pitää tehdä itse töitä asian eteen. Päihdeongelman luonteesta johtuen oheiskäytön lopettaminen ja hoidon tavoitteiden mukaan eteneminen ei ole yksinkertaista, mikä hidastaa hoidon etenemistä.

Lääkeryhmiin on tullut muutoksia asiakkaiden haastattelujen jälkeen. Uusi käytäntö on, että äidit ja lapset käyvät K-klinikalla iltapäivisin yksilöajoilla. Haastattelussa keskusteltiin myös lääkeryhmiin jonottamisesta. Esimiehet ymmärtävät, että jokapäiväinen lääkkeen hakeminen ja ryhmiin jonottaminen on raskasta. Lääkeryhmien toteutuksessa on kuitenkin tehty muutoksia, joilla on parannettu lääkeryhmien toimivuutta.

Perusterveydenhuollon ja korvaushoidon yhteistyössä on puutteita. Korvaushoidon alettua Suomessa 1990-luvulla korvaushoidosta ei tarkoituksella haluttu puhua paljoa. Tällä pyrittiin estämään korvaushoidon väärinkäyttöä. Nykyään tietoa ei puolestaan ole tarpeeksi. Perusterveydenhuollolla on myös oma velvollisuutensa hankkia tietoa tarpeen mukaan. On yleisesti tiedossa, että asenne korvaushoitoa kohtaan yhteiskunnassa on huono, mikä osaltaan johtuu tiedon puutteesta ja huonosta asenteesta. K-klinikalla on tavoitteena viedä tietoa perusterveydenhuoltoon.

Korvaushoito ei perustu pelkästään fyysisen riippuvuuden hoitoon. Psyykkistä puolta huomioidaan yhä enemmän, esimerkiksi järjestämällä virkistystapahtumia. Vuosien varrella on huomattu, että vaikka toimintamuutoksia on tehty, asiakkaat eivät välttämättä tartu niihin. Esimerkiksi asiakkailla on ollut mahdollisuus tavata sosiaaliterapeuttia K-klinikalla, mutta tätä ei ole hyödynnetty.

9 POHDINTA

Ryhmähaastattelujen pohjalta saatuihin tuloksiin vaikutti osittain osallistujien määrä. Lahden korvaushoitoklinikalla oli 69 asiakasta keväällä 2015 ja heistä 8 osallistui haastatteluihin. Osallistumiseen liittyi todennäköisesti se, ettei vaikuttamisen mahdollisuuteen uskottu. Asiakkaat kertoivat, ettei heillä ollut aikaa jäädä haastateltavaksi lääkkeen hakemisen jälkeen. Voidaan todeta, että osallistujat koostuivat asiakaskunnan aktiivisimmista jäsenistä. Korvaushoidon asiakaskunta on osittain arjen perusasioiden kanssa kamppailevia ihmisiä, joilla ei välttämättä ole halukkuutta tai voimia osallistua tämän kaltaiseen tutkimukseen. Ennen ryhmähaastattelujen aloitusta haastattelijat kävivät kertomassa tulevista haastatteluista asiakkaille. Näin osallistumisen kynnystä saatiin pienemmäksi.

9.1 Bikva-arviointitulosten tarkastelua

Arviointitulokset jakautuivat neljään eri luokkaan ja tulokset olivat kokonaisuudessaan moninaiset. Lähes jokaiseen haastatteluissa esiin tulleeseen asiaan löytyi sekä tyytyväinen, että tyytymätön asiakas. Asiakkailta oli siis keskenään eroavia mielipiteitä.

Arvioinnin tulokset liittyivät hoidon toteuttamiseen, taloudellisiin tekijöihin, hoitohenkilökuntaan ja haastattelujen positiivisiin tuloksiin. Esiin nousi korvaushoidon hoitoon pääsyn ja hoidon etenemisen hitaus sekä omahoitajakeskusteluajkojen vähäisyys, johon liittyi tunne, että hoidossa keskitytään vain fyysisiin vieroitusoireisiin ja jätetään psyykkisten ongelmien hoito vähemmälle. Näiden lisäksi esiin nousi heikko yhteistyö perusterveydenhuollon sekä korvaushoidon välillä, joka selkeästi haittasi asiakkaiden elämää. Asiakkaat kokivat työntekijöiden käyttäytymisen heitä kohtaan huonona ja epäammattimaisena. Tyytyväisiä puolestaan oltiin yksimielisesti korvaushoidon vaikutuksesta elämänlaadun parantumiseen.

Korvaushoidossa jokaisen asiakkaan kohdalla tavoitteiden tulee olla

tarkemmin selvillä. Jos tavoitteita ja määränpäättä ei ole asetettu, hoito ei etene ja eri osapuolet turhautuvat tilanteeseen. Korvaushoidosta pitää tiedottaa ja puhua enemmän koko Suomen laajuisesti, jotta se tulee kaikille terveydenhuollon organisaatioille tunnetuksi. Korvaushoitoa tulee käsitellä sosiaali- ja terveysalan koulutuksessa, sekä eri työelämän tahoilla. Terveyskeskusten ja sairaaloiden on oltava tietoisia korvaushoidosta, sen tavoitteista ja vaikuttavuudesta. Tietämättömyys lisää ennakkoluuloja, jotka puolestaan vaikuttavat terveydenhuollon suhtautumiseen K-klinikkaa ja sen asiakkaita kohtaan.

Haastattelujen jälkeinen prosessi ei saisi päättyä raportin kirjoittamiseen, vaan tuloksia ja kehittämisehdotuksia on eettisesti tärkeää välittää kaikille osapuolille (Koivisto 2009, 126). Tarkoituksena on, että tutkimuksen tuloksia käytetään korvaushoidon laadun parantamiseen, mutta vastuu siitä jää K-klinikan toimijoille. Tutkimustulosten käyttäminen ja käytäntöön saattaminen voi kuitenkin olla haasteellista.

Jatkotutkimukset ovat tarpeellisia, koska päihdetyössä riittää kehitettävää ja sen tunnettavuutta on tärkeää lisätä. Jatkotutkimuksena tälle opinnäytetyölle voitaisiin tutkia korvaushoidon laatua ensisijaisesti kenttätöntekijöiden näkökulmasta, koska hoitajien saama koulutus ja tuki ovat avainasemassa korvaushoidon toteutumisessa.

9.2 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimusetiikassa olennaista on se, miten tehdään eettisesti hyvää ja luotettavaa tutkimusta (Leino-Kilpi 2014, 363). Bikva-mallissa eettisesti tärkeä näkökulma on asiakkaiden suostumus osallistumiseen. Tietoon perustuvalla suostumuksella tarkoitetaan, että asiakas on tietoinen arvioinnin kohteesta, tietojen käyttötarkoituksesta ja osallistumiseen liittyvistä riskeistä ja eduista. (Krogstrup 2004, 25.) Opinnäytetyössämme tämä eettinen näköpuoli huomioitiin asiakkaiden infokirjeellä (LIITE 2).

Ryhmähaastatteluihin liittyvä eettinen näkökanta on keskustelun ohjaaminen. Haastatteluissa jouduimme turvautumaan apukysymyksiin ja ohjaamaan keskustelua oikeaan suuntaan. Eettisestä näkökulmasta pohdimme, kuinka paljon tämä vaikutti saatuihin tuloksiin. Keskustelun ohjaaminen ja apukysymyksien käyttäminen oli kuitenkin välttämätöntä tulosten saamisen kannalta. (vrt. Krogstrup 2004, 26.)

Bikva-mallissa ryhmähaastatteluiden toteuttajan täytyy olla henkilö, jota asiakkaat eivät tunne etukäteen (Krogstrup 2004, 26). Toinen tämän opinnäytetyön tekijöistä oli asiakkaille tuttu työharjoittelun myötä, minkä vaikutusta tutkimukseen pohdimme. Ei ole varmaa, vaikuttiko tämä asia saatuihin tuloksiin ja uskalsivatko asiakkaat kertoa mielipiteensä rehellisesti. Kuitenkin on otettava huomioon, että asiakkaat tai heidän hoitonsa eivät ole riippuvaisia opinnäytetyön tekijöistä. (vrt. Krogstrup 2004, 26).

Pidimme haastattelut asiakkaille tutuissa tiloissa ja tarjosimme syötävää ja juotavaa, jotta he tuntuivat olonsa mukavaksi ja hyväksi. (vrt. Krogstrup 2004, 26). Tämä varmasti vaikutti siihen, että asiakkaat kokivat tilanteen rennoksi ja pystyivät helpommin tuomaan mielipiteitään julki. Tuloksien luotettavuuteen voi vaikuttaa haastattelijoiden kyky toimia omassa roolissaan. Pohdimme, olimmeko helposti lähestyttäviä, avoimia ja ymmärtäväisiä keskustelujen aikana. Haastattelijan asiasisällön osaaminen ja omat arvot voivat vaikuttaa tilanteen ja asioiden tulkintaan, sekä haastattelun kulkuun (Koivisto 2009, 122). Tulosten tulkintaan on voinut vaikuttaa myös se, olemmeko ymmärtäneet asiakkaiden sanomiset oikein. Haastattelijan olemus keskustelun aikana voi joko helpottaa tai vaikeuttaa haastateltavan avoimuutta tilanteessa. Pyrimme haastatteluissa välttämään negatiivista kehonkieltä, ja näin luomaan luottamuksellista ilmapiiriä.

LÄHTEET

A-klinikkasäätiö. Lahden K-klinikka [viitattu 1.4.2016]. Saatavissa:
<http://toimipaikka.a-klinikka.fi/etela/palvelut/lahden-seutu/k-klinikka>

Heli, H. 2014. Sähköinen korvauspalvelu: käytön ja tunnettuuden tehostaminen. Yrittäjyys ja liiketoimintaosaamisen opinnäytetyö. Lahti: Lahden ammattikorkeakoulu, liiketalouden ala, ylempi ammattikorkeakoulututkinto.

Hirschovits, T. 2012. Päihdekuntoutus. Sairaanhoidajan käsikirja [viitattu 1.4.2016]. Saatavissa:
http://www.terveysportti.fi/aineistot.lamk.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk04667&p_haku=opioidikorvaushoito

Huumeongelman hoito. 2012. Käypä hoito. Suositukset. Huumeongelman hoito [viitattu 28.8.2016]. Saatavissa:
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50041>

Häkkinen, M. 2015. Opioidien väärinkäyttö on lisääntynyt Suomessa. Duodecim 2015;131:711-2 [viitattu 10.7.2015]. Saatavissa:
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo12222.pdf>

Hänninen, K., Julkunen, I., Hirsikoski, R., Högnabba, S., Paananen, I., Romo, H. & Thomasen, T. 2007. Asiakkaat oppimisen käynnistäjinä. Raportti BIKVA-arviointimenetelmän oppimisen kehistä. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Helsinki: Valopoino Oy [viitattu 2.4.2016]. Saatavissa:
<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75691/R6-2007-bikba.pdf?sequence=1>

Kiianmaa, K. 2012. Huumeiden vaikutusmekanismit, riippuvuuden kehittyminen ja perinnöllisyys. Teoksessa Seppä, K., Aalto, M., Alho, H. &

Kiianmaa, K. (toim.) Huume- ja lääkeriippuvuudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 23-33.

Koivisto, J. 2009. Bikva-asiakkaat mukana kehittämisessä. Teoksessa Seppänen-Järvelä, R. & Vataja, K. (toim.) Työyhteisö uusille urille. Kehittäminen osaksi arjen työtä. Jyväskylä: PS-kustannus, 117-127.

Krogstrup, H. 2004. Asiakaslähtöinen arviointi Bikva-malli. Sosiaali- ja terveysalantutkimus- ja kehittämiskeskus [viitattu 2.4.2016]. Saatavissa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75625/bikva.pdf?sequence=1>

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2012. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Laine, J. & Rahikainen, E. 2013. Asiakastyytyväisyys psykiatrisessa avohoidossa- kyselylomakkeen laadinta. Hoitotyön koulutusohjelman opinnäytetyö. Mikkeli: Mikkelin ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma.

Laitila, M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä [verkkodokumentti]. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto, hoitotieteen laitos [viitattu 1.5.2016]. Väitöskirja. Saatavissa: http://www.epshp.fi/files/5610/Asiakkaan_osallisuus_mielenterveys-ja_paihdytyossa_Fenomenografinen_lahestymistapa.pdf

Lappalainen-Lehto, R., Romu, M. & Taskinen, M. 2008. Haasteena päihteet, ammatillisen päihdetyön perusteita. Helsinki: WSOY.

Leino-Kilpi, H. 2014. Hoitotyöntekijä ja tutkimusetiikka. Teoksessa Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. (toim.) Etiikka hoitotyössä. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 361-378.

Malin, K., Holopainen, A. & Tourunen, J. 2006. ”Mä käytän subua, että mä pysyn terveenä ja pystyn toimimaan”. Käyttäjän kokemuksia ja näkemyksiä

buprenorfiinin käytöstä. Yhteiskuntapolitiikka 71 (2006):3, 297-306 [viitattu 28.8.2016]. Saatavissa: <http://thl32->

[kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/101472/063malin.pdf?sequence=1](http://thl32-)

Mikkonen, A. 2012. Opioidiriippuvuuden hoito. Teoksessa Seppä, K., Aalto, M., Alho, H. & Kiianmaa, K. (toim.) Huume- ja lääkeriippuvuudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 85-95.

Niinivaara, K. & Koivunen, V. 2015. Opiaatit - morfiini ja heroini.

Päihdelinkki [viitattu 12.7.2016]. Saatavissa:

<http://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/huumeet-laakkeet-ja-muut-paihdeaineet/opiaatit-morfiini-ja-heroini>

Partanen, A., Vormaa, H., Alho, H. & Leppo, A. 2014. Opioidiriippuvuuden lääkkeellinen vieroitus- ja korvaushoito Suomessa. Suomen lääkärilehti, 69, 7/2014, 481- 486 [viitattu 28.8.2016]. Saatavissa:

<http://www.fimnet.fi/aineistot.lamk.fi/cl/laakarilehti/pdf/2014/SLL72014-481.pdf>

Salaspuro, M., Kiianmaa, K., & Seppä, K. 2003. Päihdelääketeiede. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Sarajärvi, A. Mattila, L-R. & Rekola, L. 2011. Näyttöön perustuva toiminta. Helsinki: WsoyPro Oy.

Simojoki, K. Pentikäinen, H. Fabritius, C. & Vuori, E. 2012. Hukkaammeko korvaushoidon mahdollisuudet? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 2012;128(17):1737-9 [viitattu 13.7.2016]. Saatavissa:

http://www.terveysportti.fi/aineistot.lamk.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo10483&p_haku=opiodikorvaushoito

Simojoki, K. 2013. Improving maintenance treatment of opiate addiction: clinical aspects. Helsinki: University of Helsinki, department of medicine [viitattu 13.7.2016]. Saatavissa:

<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/38320/Improvin.pdf?sequence=1>

Simola, M. & Rauta, A. 2008. Asiakastyytyväisyys ja -tyytymättömyys hoitotyössä. Opinnäytetyö. Helsinki: Metropolia ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeillä 33/2008. Saatavissa:

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

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Valtioneuvoston periaatepäätös toimenpideohjelmasta huumausaineiden käytön ja sen aiheuttamien haittojen vähentämiseksi 2012-2015. Helsinki: sosiaali- ja terveysministeriö [viitattu 28.8.2016]. Saatavissa:

http://www.emcdda.europa.eu/system/files/att_229606_EN_FI_2012%20Government%20resolution%20on%20action%20plan%20to%20reduce%20drug%20use.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2007. Valtioneuvoston periaatepäätös huumausainepoliittisesta yhteistyöstä vuosille 2008-2011. Helsinki: sosiaali- ja terveysministeriö [viitattu 28.8.2016]. Saatavissa:

http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_50796_EN_Finland%20Programme%202008-2011.pdf

Surakka, V. 2011. Metadoni. Päihdelinkki [viitattu 27.8.2016]. Saatavissa:

<http://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/huumeet-laakkeet-ja-muut-paihdeaineet/metadoni>

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

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Varjonen, V. 2015. HuuMETILANNE Suomessa 2014. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 28.8.2016]. Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125568/THL_RAPO1_2015_web%20%281%29.pdf?sequence=1

Weckroth, A. 2007. Mitä merkitsee ”psykososiaalinen” päihdehuollossa?. Yhteiskuntapolitiikka 72 (2007):4, 426-436 [viitattu 28.8.2016]. Saatavissa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/101216/074weckroth.pdf?sequence=1>

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

LIITE 1

Alkuperäiset ilmaukset	Pelkistetyt ilmaukset	Alakategoriat	Yläkategoria
<p>"...Hoitosuhteen jatkuvuutta ei ole, helpot potilaat laitetaan uusille työntekijöille..."</p> <p>"...Hoito ei ole yksilöllistä..."</p> <p>"...muualla aikaisemmin määrättyjä lääkkeitä on vähennetty k-klinikalla..."</p> <p>"...oman hoidon suunnitteluun ei juurikaan pääse osallistumaan"</p> <p>"...Apteekkisopimukseen siirtyminen on hidasta, asiakkaat kasaantuvat k-klinikalle..."</p> <p>"...pitkä aika odottaa hoitoon pääsyä, riski, että tuleva asiakas ei jaksaa odottaa hoitoon pääsyä..."</p> <p>"...ryhmissä monia asiakkaita, vaikea puhua omista asioista..."</p> <p>"...ryhmiin jonottaminen kestää, koska välissä otetaan seuloja..."</p> <p>"...jokapäiväinen lääkkeen hakeminen on raskasta, käynneissä ei ole joustoa..."</p> <p>"...elämä rajoittuu tiheiden käyntien takia..."</p> <p>"...tietämystä korvaushoidosta pitäisi lisätä perusterveydenhuollon puolella..."</p> <p>"...on tunne, ettei apua saa somaattisiin vaivoihin, koska terveysasema olettaa, että ne hoidetaan k-klinikalla..."</p>	<p>Hoidon jatkuvuus</p> <p>Hoidon yksilöllisyys</p> <p>Aikaisemmin määrättyjen lääkkeiden vähennykset</p> <p>Oman hoidon suunnittelu</p> <p>Hoidossa eteenpäin siirtyminen</p> <p>Hoidon aloitus</p> <p>Ryhmäkoot liian suuria</p> <p>Ryhmiin jonottaminen hidasta</p> <p>Käynneissä ei ole joustoa</p> <p>Elämän rajoittuminen</p> <p>Yhteistyöt k-klinikan ja perusterveydenhuollon välillä ei toimi</p>	<p>Hoidon toteutuminen</p> <p>Vaikuttaminen omaan hoitoon</p> <p>Hoidon aloitus ja eteneminen</p> <p>Lääkeryhmien toteutus</p> <p>Elämän rajoittuminen</p> <p>Yhteistyö perusterveydenhuollon kanssa</p>	<p>HOITOON</p> <p>LIITTYVÄT</p> <p>TEKIJÄT</p>

LIITE 2

15.10.2015

Hei Lahden K-klinikan asiakas!

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Lahden ammattikorkeakoulusta ja teemme opinnäytetyöksemme asiakastytyväisyysarviointia Lahden K-klinikalle.

Tutkimuksen tarkoituksena on saada tietoa asiakkaiden tyytyväisyydestä hoitoon ja oman hoitonsa suunnitteluun. Arvioinnin tuloksia on tarkoitus käyttää opioidiriippuvaisten korvaushoidon toteutuksen kehittämiseen ja laadukkaamman hoidon takaamiseen.

Tutkimus toteutetaan ryhmähaastatteluilla. Toivomme, että jokaiseen haastatteluun osallistuu noin 5-8 haastateltavaa. Tarkoitus on siis keskustella niistä asioista, jotka kaipaivat kehittämistä K-klinikalla.

Tutkimus on täysin vapaaehtoinen ja teillä on oikeus kieltäytyä tai keskeyttää tutkimus ilman erillisiä perusteluja. Tutkimuksesta kieltäytyminen tai sen keskeyttäminen ei vaikuta oikeuteenne saada hoitoa tai palveluja. Vastaukset käsitellään täysin anonyymisti ja luottamuksellisesti, eikä vastauksianne käytetä mihinkään muuhun kuin tämän opinnäytetyön aineistomateriaaliin. Vastauksista luodaan tilastollisia kokonaisuuksia, eikä niistä voi tunnistaa yksittäistä vastaajaa. Aineistoja eivät näe ketkään muut kuin tämän opinnäytetyön tekijät.

Opinnäytetyö on tarkoitus julkaista talvella 2016 ja julkaisun jälkeen se löytyy Lahden ammattikorkeakoulusta kirjallisena, sekä Theseus- verkkosivulta sähköisenä. Opinnäytetyön julkaisun jälkeen aineisto hävitetään asianmukaisesti.

Tarvittaessa saatte lisätietoja tutkimuksesta Lahden K-klinikan henkilökunnalta ja opinnäytetyön tekijöiltä.

Kiitämme teitä osallistumisesta ja yhteistyöstä jo etukäteen!

Terveisin,

Emmi Kivelä

Emmi.kivela@student.lamk.fi

Jasmiina Romppanen

Jasmiina.romppanen@student.lamk.fi