

Opinnäytetyö AMK

Sairaanhoitajakoulutus

2019

Tuija Aalto & Teemu Valtanen

**ASIAKKAIDEN KOKEMUKSIA  
HOIDON  
VAKAUTUSVAIHEESTA  
OPIOIDIKORVAUSHOIDOSSA**

Tuija Aalto & Teemu Valtanen

# ASIAKKAIDEN KOKEMUKSIA HOIDON VAKAUTUSVAIHEESTA OPIOIDIKORVAUSHOIDOSSA

Päihderiippuvuus koskettaa suomalaisten kansanterveyttä ja on siten keskeinen osa hoitotyötä. Päihdehoitotyötä on tutkittu Suomessa melko vähän ja tulevaisuudessa olisikin tärkeää laajentaa tietoperustaa ja tehdä lisää siihen liittyviä hoitotieteellisiä tutkimuksia. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa hoidon vakautusvaiheen toimivuutta asiakkaan näkökulmasta Salon päihdeyksikössä. Opinnäytetyön tavoitteena on antaa tietoa Salon päihdeyksikön hoitohenkilöstölle vakautusvaiheen toimivuudesta asiakkaan näkökulmasta, jonka pohjalta hoidon vaihetta voidaan jatkossa kehittää. Tutkimuskohteen valinnalla pyrittiin edistämään Salon päihdeyksikössä olevien korvaushoidon asiakkaiden mahdollisuutta tuoda esiin omia mielipiteitä hoidon vakautusvaiheesta, koska sitä ei ole aiemmin tutkittu asiakkaan näkökulmasta. Työ tehtiin toimeksiantosopimuksena Salon päihdehoitoyksikölle, jossa hoidon vakautusvaihetta on alettu toteuttaa vuoden 2018 syksystä alkaen.

Tässä tutkimuksessa käytettiin kvantitatiivista tutkimusmenetelmää, jossa aineisto kerättiin kyselylomakkeella Salon päihdeyksikön korvaushoidon asiakkailta (n=35) ja tulosten analysoinnissa käytettiin määrällistä analysointia sekä avoimen kysymyksen kohdalla sisällönanalyysiä. Vastauksista ilmeni, että vaikka vakautusvaihe on ollut käytössä vasta muutamia kuukausia, käsitteenä se oli tuttu lähes kaikille kyselyyn vastanneille. Osa vastaajista oli kuitenkin sitä mieltä, että he ovat saaneet vakautusvaiheesta liian vähän tietoa tai säännöt ovat vielä epäselvät. Suurin osa vastaajista koki hoidon vakautusvaiheen auttavan heitä sitoutumaan korvaushoittoon paremmin sekä edistävän heidän kuntouttavaan toimintaan osallistumista. Lisäksi moni vastaajista koki, että vakautusvaihe on auttanut selviytymään arjessa paremmin. Yleisellä tasolla voidaan todeta, että hoitoon ollaan tyytyväisiä ja korvaushoidolle on jatkossakin tarvetta.

Jatkotutkimuksissa olisi oleellista selvittää, mihin suuntaan vakautusvaihe on kehittynyt ja mitä uutta se on mahdollisesti tuottanut. Vaihtoehtoisesti kysely voitaisiin tehdä samanlaisena tutkimuksena, jolloin voisi tehdä vertailua tämän tutkimuksen tuloksiin. Vaikka tutkimuksen tulokset ovat suuntaa antavia, voidaan niitä hyödyntää toiminnan kehittämisessä. Tyytyväisyyden mittaaminen säännöllisesti, antaisi koko hoitohenkilöstölle ajankohtaista ja arvokasta tietoa siitä, miten hoito toimii asiakkaan näkökulmasta. Myöhemmässä vaiheessa vakautusvaihetta voisi hyödyntää myös muissa päihdeyksiköissä.

## ASIASANAT:

Opioidi, riippuvuus, korvaushoito, vakautusvaihe

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in nursing

Spring 2019 | 51 pages, 8 pages of appendices

Tuija Aalto & Teemu Valtanen

# CUSTOMERS' EXPERIENCES OF THE STABILIZATION PHASE IN OPIOID SUBSTITUTION TREATMENT

Drug dependence affects the public health of Finns and is therefore a key part of nursing. There has been a little research about substance addiction in Finland, and because of that, in the future it would be important to expand the current knowledge base and carry out more healthcare related research that is related to substance addiction.

The purpose of this thesis was to survey the functioning of the stabilization phase of the treatment from the customer's point of view in Salo Substance Abuse Unit. The aim of the thesis is to provide information for the Salo Substance Unit personnel about the functioning of the stabilization phase from the perspective of the client, on which basis the treatment phase can be developed in the future. By selecting this research topic, the authors of this thesis tried to promote the possibility for clients in substitution treatment at the Salo Substance Unit to express their own opinions on the stabilization phase of the treatment, as it not been studied earlier from the customer's point of view. The thesis was made as an assignment contract with the Salo Substance Abuse Unit, where the stabilization phase of treatment has been implemented to use from the autumn of 2018.

A quantitative research method was used in this study and the data was collected with a questionnaire from the substitution treatment clients (n=35) at Salo Substance Unit. A quantitative analysis method was used to analyze the results and content analysis for the open question. The responses showed that even though the stabilization phase has only been in use for a few months, the concept was familiar with almost all respondents. However, some of the respondents think that they had received too little information on the stabilization phase, or the rules were still unclear. The majority of respondents think that the stabilization phase of treatment helped them to better engage in substitution treatment and contributed to their rehabilitation. In addition, many respondents think that the stabilization phase has helped them to cope better with everyday life. On a general level can be stated that the clients are satisfied for the treatment and there is still a demand for substitution treatment.

In further research, it would be essential to find out which direction the stabilization phase has developed and what new it may have produced. Alternatively, the survey could be done in a similar study, so that a comparison could be made with the results of this study. Although the results of the research are indicative, they can be utilized in the development of the operation. Measuring satisfaction on a regular basis would give the entire staff timely and valuable information on how the treatment works from the customer's point of view. At a later stage, the stabilization phase could also be utilized in other substance abuse units.

KEYWORDS:

Opioid, addiction, replacement treatment, stabilization phase.

# SISÄLTÖ

<b>1 JOHDANTO</b>	<b>6</b>
<b>2 OPIOIDIRIIPPUVUUS</b>	<b>7</b>
2.1 Opioidi	7
2.2 Riippuvuus	8
2.3 Opioidien ongelmakäytön yleisyys Suomessa	9
<b>3 OPIOIDIRIIPPUVUUDEN HOITO</b>	<b>10</b>
3.1 Opioidiriippuvuuden vieroitushoito	11
3.2 Opioidiriippuvuuden korvaushoito	12
3.2.1 Haittoja vähentävä korvaushoito	14
3.2.2 Kuntouttava korvaushoito	15
3.2.3 Vakautusvaihe Salon päihdeyksikössä	16
<b>4 KORVAUSHOIDOSSA KÄYTETTÄVÄT LÄÄKKEET</b>	<b>18</b>
4.1 Buprenorfiini	18
4.2 Buprenorfiini injektio	19
4.3 Metadoni	20
<b>5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMA</b>	<b>22</b>
<b>6 OPINNÄYTETYÖN EMPIIRINEN TOTEUTUS</b>	<b>23</b>
6.1 Tiedonhaku	23
6.2 Tutkimusmenetelmä	24
6.3 Tutkimusaineiston keruu ja analyysi	26
<b>7 TULOKSET</b>	<b>29</b>
<b>8 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS</b>	<b>35</b>
8.1 Tutkimuksen eettisyys	35
8.2 Tutkimuksen luotettavuus	38
<b>9 POHDINTA</b>	<b>42</b>
<b>LÄHTEET</b>	<b>46</b>

## **LIITTEET**

- Liite 1. Toimeksiantosopimus
- Liite 2. Kyselylomake
- Liite 3. Saatekirje asiakkaille
- Liite 4. Tiedoite henkilökunnalle

## **KUVIOT**

Kuvio 1. Mukaanottokriteerit.	24
Kuvio 2. Vastaajat ikäluokittain (n=35).	29
Kuvio 3. Vastaajien sukupuoli (n=34).	29
Kuvio 4. Korvaushoidon kesto vuosiluokittain (n=32).	30

## **TAULUKOT**

Taulukko 1. Hoitoon sitoutuminen ja sen edistäminen.	30
Taulukko 2. Hoidon vakautusvaihe apuna omassa arjessa.	31
Taulukko 3. Asiakkaan ymmärrys hoidon vakautusvaiheesta.	31

# 1 JOHDANTO

Opioidikorvaushoidossa olevien potilaiden määrä on jatkanut tasaisesti kasvua 2000-luvulla. Ongelmakäyttäjien suuret määrät verrattuna korvaushoidossa olevien potilaiden määrään ilmentävät korvaushoidon lisätarvetta. (Partanen ym. 2017.) Opioidiriippuvuuden korvaushoito on tehokas hoitomuoto verrattuna vieroitushoitoon tai hoitamatta jättämiseen (Kaipiainen ym. 2016). Laadukkaasti toteutetut opioidiriippuvaisten korvaushoidot voidaan katsoa kannattaviksi sijoituksiksi yhteiskunnalle. Hoidot vähentävät tehokkaasti sairastavuutta, säästävät ihmishenkiä ja vähentävät rikollisuutta. Vaikka hoidon seuranta ja lääkehoidon annostelu vaatii pitkää ja tiivistä yhteydenpitoa hoitopaikkaan, kokevat potilaat hoidon tarpeelliseksi. (Heinälä 2013.) Yleisesti opioidikorvaushoitoa toteutetaan Suomessa haittoja vähentävänä hoitona, jonka tavoitteena on ensisijaisesti kohentaa elämän laatua tai kuntouttavana hoitona, jonka tavoitteena on päihitteettömyys. (Kaipiainen ym. 2016.) Näiden toteutustapojen lisäksi Salon päihdeyksikön korvaushoidossa on otettu käyttöön hoidon vakautusvaihe, jonka tarkoitus on tukea asteittaista etenemistä päihdehoidossa ja kuntoutuksessa. Vakautusvaiheen avulla pyritään helpottamaan asiakkaiden kuntouttavaan toimintaan osallistumista, vähentämään piikkikäyttöä sekä lisäämään asiakkaiden hoitoon sitoutumista. (Heino 2019.)

Hoitotieteen alan väitöskirjoja on kirjoitettu Suomessa yli 200, mutta päihdehoitotyöhön liittyen vain muutamia. Tutkimusaiheena se on tärkeä, koska päihderiippuvuus koskettaa suomalaisten kansanterveyttä ja on siten keskeinen osa hoitotyötä. (Partanen ym. 2015, 20.) Hoidon vakautusvaihetta ei ole vielä tutkittu asiakkaan näkökulmasta, joten siitä ei ole olemassa aiempaa tutkimustietoa (Heino 2019).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa hoidon vakautusvaiheen toimivuutta asiakkaan näkökulmasta Salon päihdeyksikössä. Opinnäytetyön tavoitteena on antaa tietoa Salon päihdeyksikön hoitohenkilöstölle vakautusvaiheen toimivuudesta asiakkaan näkökulmasta, jonka pohjalta hoidon vaihetta voidaan jatkossa kehittää. Tässä opinnäytetyössä käytetään käsitteitä potilas ja asiakas. Tekstissä käytetty käsite viittaa suoraan alkuperäiseen lähteeseen. Tutkimusosiossa käytetään käsitettä asiakas.

## 2 OPIOIDIRIIPPUUUS

Ongelmakäyttäjä ei käytä päihteitä huvikseen, vaan ne ovat keino lievittää erilaisia siedämättömiä tunnetiloja, oireita, ahdistuneisuutta, unettomuutta, häpeää ja ulkopuolisuuden tunnetta. Moni ongelmakäyttäjä on kokenut elämässä rankkoja tapahtumia. Väki-valta on ollut päivittäisessä elämässä mukana ja siihen vastaaminen väkivallalla on ollut ainoa keino selviytyä arjessa ja pysyä hengissä. Päihderiippuvainen on menettänyt aineen käytön hallinnan ja tottunut etsimään välitöntä mielihyvää seurauksista välittämättä. Tärkeää on lisäksi muistaa, että potilasta ei voi syyttää hänen omista ongelmista, mutta hänen on itse ratkaistava ne. (Tuomola 2018, 48-50.) Alla olevissa kappaleissa avataan opioidiriippuvuuden keskeisiä käsitteitä ja opioidien ongelmakäyttäjien yleisyyttä.

### 2.1 Opioidi

Opiodeiksi voidaan kutsua kaikkia opioidireseptoreihin sitoutuvia aineita riippumatta niiden vaikutuksista elimistössä (Uosukainen 2009). Opioidit ovat oopiumista saatavia, endogeenisiä yhdisteitä, jotka vaikuttavat keskushermostoon lamaavasti, poistaa kipua ja tuottaa mielihyvää (Launonen 2013; Aalto ym. 2018, 31). Opiodeja voidaan valmistaa myös synteettisesti oopiumiunikosta kemiallisen reaktioiden avulla (Launonen 2013). Lääketieteen termien mukaan opioidit voidaan jakaa neljään ryhmään: luonnon opiodeihin, puolisynteettisiin opiodeihin, synteettisiin opiodeihin ja endogeenisiin opiodeihin (Lääketieteen sanasto 2018). Tässä opinnäytetyössä keskitytään opioidikorvaushoidossa käytettäviin lääkekäyttöön kehitettyihin opiodeihin, buprenorfiiniin ja metadoniin.

Opioidit kuuluvat eniten myrkytyskuolemia aiheuttaviin lääkeaineryhmiin. Myrkytyksiin liittyy usein myös muiden keskushermostoa lamaavien aineiden käyttöä, kuten alkoholin ja bentsodiatsepiimin, jotka vahvistavat keskushermostoon kohdistuvia vaikutuksia. (Mäenpää & Karttunen 2017.) Vuosina 2011-2013 lääke- ja huume-kuolemista opioidien aiheuttamia oli 30-40%, joista buprenorfiini oli tärkein yksittäinen huumeaine (Ojanperä ym. 2015). Vuonna 2018 julkaistun Euroopan huumeraportin mukaan opiodeja tavattiin 84 prosentissa kuolemaan johtaneista yliannostuksista Euroopan alueella (Euroopan huumeraportti 2018).

## 2.2 Riippuvuus

Suomessa päihderiippuvuuksien lääketieteellinen diagnostiikka perustuu pääasiassa Maailman terveysjärjestön (WHO) ICD-10-tautiluokitukseen (THL 2011; Partanen ym. 2015, 124). Opioidiriippuvuus on krooninen sairaus, joka voi kestää useita vuosia. Uusiutuminen on tyypillistä, vaikka takana olisi pitempi jakso päihteettömyyttä. (Seppä ym. 2012, 29, 86.) Lääkeriippuvuuteen kuuluu pakonomainen halu käyttää aineita riippumatta siitä, kuinka haitallista se on fyysiselle ja psyykkiselle terveydelle (Uosukainen 2009; Alho 2018; Huttunen 2018; Joutsa & Kiianmaa 2018, 32). Riippuvuuden syntyyn vaikuttavat perinnöllinen alttius ja ympäristötekijät. Ulkoisista ympäristötekijöistä, kuten ystäväpiiri, perhe, elinolosuhteet, taloudellinen tilanne ja aineen saatavuus voivat vaikuttaa riippuvuuden kehittymiseen. Henkilöt, jotka omaavat heikon itsetunnon, eivätkä saa riittävästi positiivista minäkokemusta arjen keskellä, tulevat helpoimmin riippuvaiseksi aineista, jotka aiheuttavat mielihyvää. (Uosukainen 2009.) Simojoki (2013) puolestaan määrittelee riippuvuuden siten, ettei riippuvuus kehity ilman jatkuvaa ja säännöllistä käyttöä eikä se yksinään riitä riippuvuuden syntyyn. Riippuvuus kehittyy ajan kuluessa, joka alkaa ensin kokeilusta ja johtaa myöhemmin päivittäiseen käyttöön. Tämän lisäksi opioidiriippuvaisella voi olla psykiatrisia liitännäissairauksia, mutta on epäselvää, onko psykiatrisen liitännäissairaus seuraus väärinkäytölle vai onko liitännäissairauksia ollut jo ennen opioidiriippuvuutta. (Simojoki 2013, 16.)

Opioidiriippuvuuteen liittyy usein fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen riippuvuuden kehittyminen. Fyysisessä riippuvuudessa henkilön kyky sietää päihteen tai huumeen vaikutuksia on kohonnut. Lisäksi voi ilmetä hyvin voimakkaita tai eriasteisia vieroitusoireita käytön lopettamisen jälkeisinä päivinä. (Uosukainen 2009; Huttunen 2018.) Ensimmäiset vieroitusoireet näkyvät levottomuutena ja ahdistuneisuutena, jonka seurauksena on tarve saada lisää opioideja. Myös fyysiset oireet ovat tyypillisiä, kuten vapina, hikoilu, kuume, kiihtyminen, vatsakivut ja pahoinvointi. (Launonen 2013.) Psykkinen riippuvuus perustuu aineen kykyyn tuottaa mieltä kiihottavia aistiharhoja tai hyvää oloa ja sen kokeminen on välttämätöntä omalle hyvinvoinnille (Uosukainen 2009; Huttunen 2018). Psykkinen riippuvuus kehittyy usein ennen fyysistä riippuvuutta, eikä siihen välttämättä liity fyysisiä vieroitusoireita. Sosiaalinen riippuvuus muodostuu yleensä ryhmässä, jossa jaetaan kokemuksia, ajatuksia ja tunteita. Vuorovaikutus ja ihmissuhteet toimivat ylläpi-



tävänä voimana, jossa riippuvuuden merkitys syvenee. Mitä positiivisemmin ihminen kokee ryhmään kuulumisen, sitä vahvemmas riippuvuuskäyttäytyminen muuttuu. (Partanen ym. 2015, 115-116.)

### 2.3 Opioidien ongelmakäytön yleisyys Suomessa

Ollgrenin (2014) tekemän tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida ongelmakäyttäjien yleisyyttä Suomessa. Tässä tutkimuksessa ongelmakäytöllä tarkoitettiin opioidien käytön aiheuttamia sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja. Aineisto koottiin 15-64-vuotiaista henkilöistä, jotka oli kirjattu opioidien käytön vuoksi eri rekistereihin, kuten sairaaloiden avo- ja laitoshoidon hoitoilmoitusrekisteriin, poliisiasian tietojärjestelmään, keskusrikospoliisin huumaantuneena ajaneiden rekisteriin ja THL:n ylläpitämään tartuntatautirekisteriin vuoden 2012 aikana. Ongelmakäyttöarvioinnit tehtiin merkintä-takaisinpyyntimenetelmällä, jota on käytetty 1990-luvulta lähtien ongelmakäyttöä kartoittavissa tutkimuksissa. Menetelmä perustuu eri lähteistä kerättyjen tietojen yhdistämiseen. Tutkimuksen mukaan vuonna 2012 huumeiden ongelmakäyttäjiä arvioitiin olevan Suomessa 18 000 - 30 000. Näistä 13 000 – 15 000 henkilöä on opioidien väärinkäyttäjiä. Vastaavasti vuonna 2005 opioidien ongelmakäyttäjiä arvioitiin olevan 3700-4900 henkilöä. (Ollgren ym. 2014.) Aikaisimpiin tutkimuksiin verrattuna voidaan todeta, että Suomessa ongelmakäyttäjien määrä on kasvussa (Launonen 2013; THL-raportti Huumetilanne Suomessa 2014).

### 3 OPIOIDIRIIPPUVUUDEN HOITO

Opioidiriippuvuutta on hoidettu kansainvälisesti jo 1960-luvulta asti, mutta Suomessa käytäntöä on alettu toteuttamaan virallisesti vuodesta 1997 alkaen pohjautuen Sosiaali- ja terveysministeriön laatimiin säädöksiin (Simojoki ym. 2012; Mikkonen 2018, 105). Sosiaali- ja terveysministeriön laatiman asetuksen, Sosiaali- ja terveysministeriön asetusp opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeillä (33/2008) korvaushoitoa voidaan antaa sellaisille opioidiriippuvaisille, jotka eivät ole vieroittuneet opioideista yrityksistä huolimatta. Hoidon tavoitteena on päihitteettömyys, haittojen vähentäminen, kuntoutuminen ja elämän laadun paraneminen. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeillä 33/2008.)

Asetuksen (33/2008) mukaan hoidon tavoite tulee selvittää ennen hoidon aloitusta ja tarvittaessa tavoitetta tulee tarkistaa. Opioidiriippuvaisen hoidon tarve tulee aina arvioida ja hoito tulee toteuttaa sellaisessa päihdehuollon yksikössä tai terveyskeskuksessa, jossa on hoidon vaatimat edellytykset, henkilökunta, hoitoon perehtynyt ja hoidosta vastaava lääkäri. Hoidon tulee perustua hoitosuunnitelmaan, jossa lääkehoidon lisäksi tulee määritellä potilaan muu psykososiaalinen tai lääketieteellinen hoito, kuntoutus ja seuranta. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeillä 33/2008.)

Opioidiriippuvuuden hoito voidaan jakaa vieroitus- ja korvaushoitoon. Pääperiaatteena molemmissa on korvata huumeannokset kontrolloidusti samanlaisilla tai samankaltaisilla aineilla. Tavoitteena on päästä opioideista kokonaan eroon, vähentää käyttöä tai korvata laittomat opioidit laillisilla opioideilla. (Launonen 2013.) Opioidikorvaushoito on tutkitusti tehokkain hoitomuoto, mikäli vieroitushoito ei ole onnistunut (Launonen 2013; Kaipainen ym. 2016). Opioidiriippuvuutta voidaan hoitaa myös lääkkeettömästi, mutta näiden hoitojen teho verrattuna lääkkeelliseen hoitoon on pieni (Mikkonen 2018, 104-105). Lisäksi psykososiaalisella tuella katsotaan olevan merkitystä korvaushoidon toimivuudessa, etenkin silloin, kun psykososiaalista tukea ja kuntoutusta on tarjolla lääkehoidon rinnalla (WHO 2009; Simojoki ym. 2012). Riippuvuushäiriöt ja niiden vaikeusaste tulee ottaa huomioon lääkehoidon suunnittelussa. Jos potilaalla on ollut aiemmin päihdeongelmia ja päädytään opioidilääkehoitoon, seurannan täytyy olla tavallista tiiviimpää. (Käypä Hoito -suositus huumeongelmaisen hoidosta 2018.) Ongelmakäyttäjien määrän lisääntyessä, hoidon toteuttamistavat ovat saaneet rinnalle myös uusia

hoitomuotoja (Partanen ym. 2017). Nykypäivän Suomessa käytetyimmät hoitomuodot ovat haittoja vähentävä korvaushoito sekä kuntouttava korvaushoito (Launonen 2013; Partanen ym. 2017).

### 3.1 Opioidiriippuvuuden vieroitushoito

Vieroitushoito on hoitoa, jossa apuna käytetään buprenorfiinia tai metadonia sisältäviä lääkkeitä ja jonka tavoitteena on päihteettömyys (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeillä 33/2008). Vieroitushoidon tarkoituksena on lopettaa vähitellen opioidin annostelu kokonaan (Simojoki 2010; Mikkonen 2018, 106). Lyhyt opioidien käyttöhistoria ja suomensisäisen käytön puuttuminen, tukea antava sosiaalinen verkosto ja muiden päihteiden vähäinen käyttö ovat kannustavia tekijöitä vieroittautumisrytykseen. Vieroitushoidon parhaat tulokset saavutetaan, kun hoito toteutetaan yhteistyössä päihdehoitoon ja kivunhoitoon perehtyneiden yksiköiden kanssa. (Mikkonen 2018, 104, 106.) Useat potilaat kuitenkin retkahtavat onnistuneen vieroitushoidon jälkeen, joten on tärkeää suunnitella myös jatkohoito vieroitushoidon jälkeen (Käypä Hoito -suositus huumeongelman hoidosta 2018).

Kun pitkäaikainen opiaattien käyttö on lopetettu tai annosta on muutettu, alkavat vieroitusoireet (Huttunen 2017). Ensimmäiset vieroitusoireet näkyvät ahdistuneisuutena ja levottomuutena ja seuraavaksi voi ilmetä nivel- ja vatsakipuja, ripulia sekä oksentelua (Käypä Hoito -suositus huumeongelman hoidosta 2018). Vieroitusoireet voivat purkautua myös aggressiivisina reaktioina (Tuomola 2018, 48). Vieroitusoireiden puhkeamisen ajankohta, kesto ja voimakkuus riippuvat potilaan käyttämästä opioidista ja ne ilmaantuvat yleensä 1-5 vuorokauden jälkeen käytön lopettamisesta. Buprenorfiinin kohdalla vieroitusoireet alkavat 1-3 vuorokauden jälkeen lopettamisesta. Vieroitusoireet ja niiden hoito kestävät yleensä 2-4 viikkoa, joskus pidempääkin. (Käypä Hoito -suositus huumeongelman hoidosta 2018.) Lääkehoitoa voidaan toteuttaa ja lääkettä luovuttaa potilaalle vain toimintayksikön valvonnassa (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeillä 33/2008). Kun akuutit vieroitusoireet on hoidettu, arvioidaan, voidaanko hoitoa jatkaa vieroitushoitona, jolloin tavoitteena on jättää vieroitushoidossa käytettävä opioidi vähitellen kokonaan pois. Vieroitushoidon pituus vaihtelee muutamasta kuukaudesta vuoteen. (Partanen ym. 2015, 328.) Vieroitus toteutetaan laitos- tai osastohoidossa, jos henkilön riippuvuus on vaikea tai opiaatteja on käytetty pitkään (Huttunen 2017). Lääkevieroitus on lääkärin ja potilaan

yhteinen projekti, joka ei onnistu ilman avointa yhteistyötä ja sitoutumista. Vaikka fyysiset oireet saataisiin nopeasti hoidettua, psyyke tarvitsee enemmän aikaa, jotta muutoksesta tulisi kestävä. Tämän vuoksi vieroituksen toteuttamisessa tulee edetä kärsivällisesti ja määrätietoisesti kohti yhteistä päämäärää, joka on yhdessä sovittu. (Simojoki 2018, 80.) Vaikka potilailla ei olisi ulkoista painetta vieroittautumiselle, osa potilaista ottaa sen omatoimisesti puheeksi. Potilailla, joilla on tahtoa vieroittautua korvaushoidosta kokevat, että heidän elämäntilanteensa on tyydyttävä ja vakiintunut ja he ovat lopettaneet huumeiden käytön. Vieroittautujien määristä ei ole tarkkoja tietoja olemassa ja ne vaihtelevat yksiköittäin, mutta arvioiden perusteella vuosittain noin 10 prosenttia korvaushoitopotilaista yrittää vieroittautua ja noin puolet heistä onnistuu. (Mikkonen 2018, 107.)

### 3.2 Opioidiriippuvuuden korvaushoito

Tässä opinnäytetyössä korvaushoidolla tarkoitetaan opioidikorvaushoitoa. Kattavaa rekisteritietoa lääkkeellisessä korvaushoidossa olevien määristä ei ole saatavilla. Tuorein tilastollinen arvio lääkkeellisessä korvaushoidossa olevien henkilöiden määrästä on vuodelta 2011. (Partanen ym. 2017.) Terveyden ja hyvinvointilaitoksen vuonna 2017 tehdyn poikkiselvityksen mukaan vuonna 2011 korvaushoidossa oli 3293 potilasta. Suomessa opioidiriippuvuuden lääkkeellisessä vieroitus- ja korvaushoidossa olevien määrä on lisääntynyt kolmanneksella vuodesta 2011 vuoteen 2015. Samassa tutkimuksessa kävi ilmi hoidon toteuttamistapojen monimuotoistuminen. Haittoja vähentävä korvaushoito on tullut kuntouttavan korvaushoidon rinnalle sekä lääkkeen apteekkipaketti hoidon vakiintuneessa vaiheessa. (Partanen ym. 2017.) Euroopassa vuonna 2016 korvaushoidossa oli 360 000 potilasta (Euroopan huumeraportti 2018).

Maailman terveysjärjestön (WHO 2009) suositusten mukaan opioidikorvaushoidon tavoitteena on huumeriippuvuuden vähentäminen, fyysisen ja psyykkisen terveyden parantaminen, rikollisen toiminnan vähentäminen ja sosiaalisen toimintakyvyn parantaminen ja kuntoutuminen takaisin opiskelu- ja työelämään. Suomessa opioidikorvaushoitoa säätelee sosiaali- ja terveysministeriön asetus (33/2008). Tässä asetuksessa korvaushoidolla tarkoitetaan opioidiriippuvaisen hoitoa, jossa apuna käytetään bubrenorfiinia ja metadonia sisältäviä lääkkeitä. Asetus määrittää hoidontarpeen arvioinnin, hoitoa toteuttavat yksiköt sekä hoitomuodot. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippu-

vaisten vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeillä 33/2008.) Korvaushoidon farmakologinen periaate on sovittaa potilaan lääkeannos vastaamaan hänen sietokykyään siten, että vieroitusoireet pysyvät poissa. Lääke valtaa aivojen opioidireseptorit, eikä mielihyvää synny käyttämällä muita opioideja. (Mikkonen 2012, 86.) Lääkkeellisellä korvaushoidolla pyritään vähentämään heroinin tai muun opioidin käyttöä, pysäyttämään syrjäytymistä sekä mahdollistamaan psykososiaalisia hoitomuotoja ja hoidossa pysymistä. Tavoitteena on hoitaa myös HIV- ja C-hepatiittipotilaita ja ehkäistä kyseisten sairauksien leviämistä. (Uosukainen 2009.) Lääkkeellisessä korvaushoidossa potilaille voidaan antaa buprenorfiini-naloksoni yhdistelmä valmistetta tai metadonia (Käypä Hoito -suositus huumeongelman hoidosta 2018). Raskaana olevien naisten korvaushoitoon on erityisluvalla saatavilla pelkkää buprenorfiinia sisältävää valmistetta (Uosukainen 2009). THL- raportin mukaan opioidiriippuvuuden takia korvaushoidossa olevista potilasta 51% käytti korvaushoitolääkkeenä buprenorfiini-naloksoni yhdistelmä-lääkettä, 41% käytti metadonia ja 6% potilasta käytti mono-buprenorfiinia (THL huumetilanne Suomessa 2014). Korvaushoito on todettu tehokkaaksi hoitomuodoksi, kun mittareina käytetään laittomien opioidien käytön, rikollisuuden, kuolleisuuden ja elämän laadun paranemista (Launonen 2013).

Ehdottomat edellytykset korvaushoidon aloittamiselle ovat potilaan diagnosoitu opioidiriippuvuus sekä epäonnistuneet yritykset vieroitushoidoissa (Käypä Hoito -suositus huumeongelman hoidosta 2018). Ennen korvaushoidon suunnittelua ja aloitusta tehdään perusteellinen selvitys potilaan opioidiriippuvuudesta, päihteidenkäytöstä, aikaisemmista hoitoyrityksistä, terveydentilasta, lääkityksistä sekä sosiaalisesta ja muusta elämäntilanteesta. Tämän lisäksi selvitetään potilaan oma motivaatio ja sitoutuminen hoidon aloittamiseen ja psykososiaaliseen kuntoutukseen. (Partanen ym. 2015, 329; Käypä Hoito -suositus huumeongelman hoidosta 2018.) Opioidikorvaushoidon aloitus tehdään avo- tai laitoshoidossa, jossa tehdään hoitosuunnitelma, määritellään hoidon tavoitteet, suunnitellaan potilaalle sopiva lääkeannos sekä hoidon ja kuntoutuksen menetelmät (Partanen ym. 2015, 329). Korvaushoito on pitkäaikaista hoitoa ja se olisi hyvä toteuttaa mahdollisimman lähellä potilaan asuinpaikkaa (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeillä 33/2008). Korvaushoitoa toteutetaan säännöllisillä lääkärin ja omahoitajan tapaamisilla, joissa seurataan potilaan vointia ja lääkitystä sekä otetaan huumeetestejä (Kankaanpää 2013). Korvaushoito jakautuu tavoitteiden mukaan kuntouttavaan ja haittoja vähentävään korvaushoitoon (Partanen ym. 2015, 329).

Vuonna 2019 julkaistussa tutkimuksessa pyrittiin selvittämään, miten opioidikorvaushoidossa olevat asiakkaat eroavat muista päihdeasiakkaita. Tutkimus perustuu vuonna 2015 suoritettun päihdetapauslaskennan aineiston analyysiin. Päihdetapauslaskennassa tavoitettiin yhdessä vuorokaudessa 1585 korvaushoitopotilasta, joka on lähes puolet (48%) vuonna 2015 lääkkeellisessä korvaushoidossa käyvistä asiakkaista. Korvaushoidossa asioineista miehiä oli 69,8% ja naisia 30,2%. Keski-ikä asiakkailla oli 35,9 vuotta ja suurin ikäryhmä oli 30-39 vuotiaat, joita oli 51,5% kaikista asioineista. Tutkimusten tulosten perusteella voitiin päätellä, että korvaushoidossa asioineet asiakkaat olivat muita päihdeasiakkaita nuorempia. Tuloksista voitiin myös päätellä, että korvaushoidossa käyvillä asiakkaiden elämäntilanne näyttäisi olevan osittain vakiintuneempi, kuin muilla opioidien käyttäjillä. Lisäksi korvaushoitopotilailla todettiin vähemmän mielenterveysongelmia, kuin muilla ryhmillä. (Mäkelä ym. 2019.)

### 3.2.1 Haittoja vähentävä korvaushoito

Vaikka ongelmakäyttäjä ei pystyisi kokonaan lopettamaan huumeidenkäyttöä, voidaan huumeidenkäytön aiheuttamia haittoja vähentää tehokkaasti monilla eri keinoilla. Paras näyttö on saatu infektioiden estoon tähtäävistä rokotusohjelmista, pistovälineiden vaihtopaikoista ja matalan kynnyksen periaatteella toimivista neuvontapaikoista. (Kotovirta & Tammi 2018, 188.) Haittojen vähentäminen on toimintaa, jolla pyritään vähentämään huumeidenkäyttöön liittyvästä riskikäyttäytymisestä aiheutuvia haitallisia seurauksia (Sedergren 2015). Haittoja vähentävässä korvaushoidossa tavoite on päihteiden vähentäminen ja elämän laadun parantaminen ja se on tarkoitettu erityisesti niille potilaille, jotka eivät todennäköisesti pysty lopettamaan kokonaan huumeiden käyttöä (Mikkonen 2018, 106). Hoidon jatkuminen on tärkeää varmistaa niille asiakkaille, jotka eivät etene kuntoutuksessa ja jotka eivät kykene kuntouttavaan korvaushoitoon (Sedergren 2015). Tahtotilana voidaan kuitenkin pitää potilaiden valmentamista kuntouttavaan korvaushoitoon (Mikkonen 2018, 106). Partasen ym. (2015, 329) mukaan haittoja vähentävän hoidon tavoitteena on tartuntatautien ja terveyshaittojen ehkäisy sekä päihteidenkäyttöön ja niiden hankintaan liittyvien rikollisuuden vähentäminen. Laajasti tarkasteltuna haittoja vähentävä toiminta on huumeidenkäytöstä aiheutuvien haittojen rajoittamista, tarpeiden mukaista sosiaali- ja terveysneuvontaa, lääkkeellistä korvaushoitoa ja pistovälineiden vaihto-ohjelmia (Sedergren 2015). Hyvä keino vähentää haittoja on ruiskujen ja neulojen vaihto puhtaisiin (Sedergren 2015; Kotovirta & Tammi 2018, 188). Asiakkaille annetaan

lisäksi tietoa pistämisestä ja erilaisista tartuntataudeista, tarjotaan haavanhoitoa ja rokoituksia (Sedergren 2015). Lääkehoidon lisäksi voidaan antaa myös muuta hoitoa tai tukea yksilöllisen tarpeen mukaan (Launonen 2013).

### 3.2.2 Kuntouttava korvaushoito

Kuntouttavan korvaushoidon tavoitteena ovat kokonaisvaltainen psykososiaalinen kuntoutuminen ja päihteettömyys (Partanen ym. 2015, 328-329; Mikkonen 2018, 106). Käytännön tasolla tavoitteena voidaan pitää hoidon jatkamista pitkäaikaisesti, hoidon keventämistä siirtymällä apteekkijakeluun tai vähitellen tapahtuvaa irrottautumista hoidosta (Kankaanpää 2013). Kuntouttava vaihe on pitkä prosessi ja se voi kestää lopun elämän. Kuntouttava korvaushoito lähtee liikkeelle yleensä pienin askelin ja tarkoituksena on saada potilaan arki sujumaan ja vuorokausirytmiksi tasaiseksi. Aluksi hoito keskittyy lääkkeisiin, koska tunteista ja elämästä puhuminen voi olla asiakkaalle hyvin haastavaa. (Rännäli 2013.)

Kuntouttava korvaushoito voidaan jakaa toteuttamistapojen mukaan kahteen eri käyttöön. Korvaushoitoon, jossa lääkkeet haetaan hoitoyksiköstä ja korvaushoitoon, jossa lääkkeet haetaan apteekista apteekkisopimuksen mukaan. (Partanen 2011.) Kun korvaushoitolääkitys toteutuu suunnitelman mukaan, potilaalla on mahdollisuus saada lääkeannoksia kotiin (Partanen ym. 2015, 328). Kotilääkityksen tarkoituksena on vähentää hoidon kuormittavuutta ja tukea kuntoutumista antamalla potilaalle vastuuta omasta lääkehoidosta (Rännäli 2013; Mikkonen 2018, 110). Tästä on hyötyä myös hoitojärjestelmälle. Hoidon kustannukset pienenevät potilasta kohden, kun aikaa ei mene lääkeannostelukäynteihin ja näin ollen samalla henkilöstöresurssilla voidaan tarjota hoito useammalle potilaalle. (Mikkonen 2018, 110.) Kun kotilääkitys onnistuu hyvin, lääkehoitoa voidaan toteuttaa apteekkisopimuksen mukaan. Apteekkisopimus on potilaan ja lääkärin yhdessä tekemä kirjallinen sopimus, jossa määritellään sopimusapteekki, mistä potilas voi noutaa lääkkeen. Apteekin henkilökunnalla on lupa välittää tietoja potilaan tilasta häntä hoitavalle lääkärille. (Kankaanpää 2013; Partanen ym. 2015, 328-329.) Huolena voidaan pitää kotilääkkeiden myyntiä, tahallista yliannostelua, alkoholin ja muiden lääkkeiden sekakäyttöä, lääkkeen käyttämistä suonensisäisesti tai lääkkeiden joutumista lasten käsiin (Rännäli 2013; Mikkonen 2018, 110). Myös suuret odotukset ulkoapäin, esimerkiksi ystäviltä tai perheeltä, voivat olla este kuntoutumiselle (Rännäli 2013).

Australiassa julkaistiin vuonna 2008 tutkimus, jossa selvitettiin korvaushoidossa olevien asiakkaiden tyytyväisyyttä. Asiakkaat saivat korvaushoitolääkkeinä metadonia tai buprenorfiinia. Tutkimukseen osallistui 432 korvaushoidon asiakasta. Tutkimuksesta saatujen tulosten perusteella yleinen tyytyväisyys oli korkealla tasolla. Keskiarvo oli 3.8 asteikossa, jossa 5 tarkoittaa erittäin tyytyväistä. Tutkimukseen osallistuneet olivat pääosin tyytyväisiä klinikoiden tarjoamiin palveluihin. Huolta aiheutti esimerkiksi joustamattomuus, lääkkeiden annosteluajat sekä kotilääkkeiden puuttuminen. Tutkimuksen perusteella asiakkaat olisivat myös halunneet tavata lääkärin ja hoitajan useammin hoitojakson aikana. (Madden ym. 2008.) Vastaavasti Norjassa julkaistiin vuonna 2019 tutkimus, jonka avulla tutkittiin, paraniko opioidiriippuvaisten elämänlaatu korvaushoidon ensimmäisenä vuotena. Tutkimus suoritettiin potilashaastatteluiden avulla. Tutkimukseen osallistui yhteensä 47 yli 18-vuotiasta potilasta. Korvaushoitojakso oli heidän ensimmäinen. Potilaiden korvaushoitolääkkeinä käytettiin buprenorfiinia tai metadonia. Tutkimuksesta saadun tuloksen mukaan 38 potilasta kertoi elämänlaadun parantuneen merkittävästi ensimmäisen vuoden aikana. Erityisesti parantuneen taloudellisen tilanteen arvioitiin vaikuttaneen positiivisesti yleiseen elämänlaatuun. Muiden elämänlaatua parantavien mitareiden osalta ei tutkimuksen perusteella huomattu olleen merkittävästi merkitystä. (Leirvaag Carlsen ym. 2019.)

### 3.2.3 Vakautusvaihe Salon päihdeyksikössä

Salon terveyskeskuksen päihdeyksikössä on vuonna 2018 otettu käyttöön potilaiden hoitoluokituksena hoidon vakautusvaihe, joka tilastoinneissa katsotaan osaksi kuntouttavaa hoitoa. Opioidikorvaushoidon vakiintuneissa hoitoluokituksissa potilaat jaetaan haittoja vähentävään ja kuntouttavaan korvaushoitoon. Koska termistä vakautusvaihe ei löydy tutkittua tietoa, alla oleva teksti perustuu psykiatrian erikoislääkärin Jarno Heinon tiedonantoon. Jarno Heino toimii Salon päihdeyksikössä konsultoivana lääkärinä, joka kliinisen työn lisäksi osallistuu myös yksikön toiminnan kehittämiseen.

Vakautusvaihe kuuluu Salon päihdeyksikössä olevaan kehityshankkeeseen. Ensisijaisesti on lähdetty miettimään, miten potilaat voidaan järkevästi jaotella eri hoitovaiheisiin. On huomattu, että yleisesti käytössä olevat haittoja vähentävä ja kuntouttava korvaushoito, eivät jaottele riittävällä tarkkuudella potilaita ajankohtaisen päihdehoidon tai kuntoutuksen vaiheisiin. Haastetta tähän ovat tuoneet potilaat, jotka eivät selkeästi sovellu kumpaakaan hoitovaiheeseen tai potilaan hoidon ja kuntoutuksen vaiheessa esiintyy



molempia elementtejä. Näiden ajatusten pohjalta Salon päihdeyksikköön on määritelty kolmanneksi hoitoluokaksi hoidon vakautusvaihe. Lisäksi tätä hoitoluokituksen kolmijakoja pidetään kehityksen runkona, jonka pohjalta hoitoluokituksen sisältöä on tarkoitus kehittää ja seurata. (Heino 2019.)

Vakautusvaihetta voidaan kutsua kuntouttavan korvaushoidon ensimmäiseksi vaiheeksi. Vakautusvaiheen tarkoitus on tukea asteittaista etenemistä päihdehoidossa ja kuntoutuksessa. Uudet korvaushoitopotilaat sijoitetaan hoidon alussa vakautusvaiheeseen. Hoidon aloituksessa vakautusvaihetta voidaan pitää prosessimallina, joka tarkoittaa, että potilas voi päihdetilanteensa mukaisesti liikkua haittoja vähentävän korvaushoidon, hoidon vakautusvaiheen ja kuntouttavan korvaushoidon välillä. Tämän toimintamallin yleisenä tavoitteena on vähentää päihdekuntoutukseen usein liittyvää ”kaikki tai ei mitään asennetta”. Potilaita voidaan palkita suonensisäisen päihdekäytön luopumisesta, vaikka vähemmän haitallista oheiskäyttöä vielä ilmenisikin. Tarkemmin määriteltyinä vakautusvaiheen tavoitteita ovat: päivittäisen korvaushoitolääkityksen toteutuminen, päihteiden suonensisäisen käytön loppuminen, hoitoa haittaavan käyttäytymisen loppuminen ja kuntoutustavoitteiden selkiintyminen. (Heino 2019.)

Vakautusvaiheessa voi saada kotilääkeoikeudet viikonlopuiksi minimissään kuukauden hoitajakson jälkeen, jos potilaalla ei näy piikkikäytön merkkejä tai huumeeseulassa näkyy korkeintaan bentsodiatsepiineja tai kannabista neljänä peräkkäisenä viikkona. Tämän lisäksi korvaushoitolääkkeen jako on toteutunut päivittäin, päihtymyksen merkkejä ei ole ollut havaittavissa, eikä myöskään promillepuhalluksia. Lyhyehkön aikakriteerin tavoitteena voidaan pitää toiminnallisen muutoksen ja palkkion välistä yhteyttä, joka on helposti hahmotettavissa. Palkkiolla halutaan positiivisesti vahvistaa tavoiteltua muutosta niin, että useimmat potilaat voisivat uskoa pystyvänsä saavuttamaan ensimmäisen kotilääkeoikeutensa. Vakautusvaiheesta voi siirtyä kuntouttavaan vaiheeseen aikaisintaan kolmen kuukauden kuluttua. Vakautusvaiheen kolmen kuukauden aikakriteerin tavoitteena on vahvistaa tapahtuneen muutoksen pysyvyyttä. Potilaat, joilla on vakautusvaiheessa viikonloppukotilääkkeet, voivat saada toteutuneesta ammatillisesta kuntoutuksesta kolmannen viikoittaisen kotilääkkeen, joka tarkoittaa, että potilas voi ottaa kolmena päivänä viikossa kotilääkkeen ja muina päivinä potilas hakee lääkkeen päihdeyksiköstä. Kuntouttavassa korvaushoidossa loppujen viikoittaisten kotilääkkeiden kerääminen edellyttää, että potilas antaa ”puhtaat” huumeeseulat ja ettei potilaalla ole haitalliseksi luokiteltavaa alkoholin käyttöä. (Heino 2019.)

## 4 KORVAUSHOIDOSSA KÄYTETTÄVÄT LÄÄKKEET

Opioidikorvaushoidossa voidaan käyttää lääkkeinä buprenorfiinia ja metadonia, joiden keskeisin ero liittyy saavutettavissa olevaan maksimaaliseen opioidivaikutukseen. Toinen keskeinen ero on valmistemuoto. Buprenorfiini annostellaan liuotettavana tablettina, joka laitetaan kielen alle ja metadoni annostellaan juotavana liuksena. Pitkävaikutteinen buprenorfiini injektio annetaan ihon alle kerran viikossa tai kuukaudessa. (Mikkonen 2018, 107-108.) Näiden lisäksi löytyy buprenorfiini-naloksoni yhdistelmävalmisteesta valmistettu suuhun laitettava liukeneva filmi (Kuurne 2016). Alla olevissa kappaleissa kerrotaan tarkemmin korvaushoidossa käytettävistä lääkkeistä buprenorfiinista, buprenorfiini- injektiosta sekä metadonista.

### 4.1 Buprenorfiini

Buprenorfiini on puolisynteettinen johdos, joka on peräisin oopiumunikosta olevasta alkaloidin tebainista (Uosukainen 2009). Buprenorfiini on pääasiallisesti  $\mu$ -opioidireseptorin kautta vaikuttava osittaisagonisti (Uosukainen 2009; Partanen ym. 2015, 77). Buprenorfiini luokitellaan 25-50 kertaa voimakkaammaksi kuin esimerkiksi morfiini, mutta koska buprenorfiini on osittaisagonisti, sen suurin teho on silti heikompaa kuin esimerkiksi morfiinin, joka on täysagonisti (Orman & Keating 2009). Tästä johtuen suuremmilla annoksilla buprenorfiini aiheuttaa vähemmän haittavaikutuksia (Uosukainen 2009). Osaltaan tähän vaikuttaa myös buprenorfiinin kattovaikutus, eli kun buprenorfiini annos kasvaa tietyn rajan jälkeen, vaikutukset eivät enää kasva keston pidentyessä (Uosukainen 2009; Partanen ym. 2015, 77). Kattovaikutuksesta johtuen buprenorfiinin väärinkäyttöpotentiaalin on katsottu olevan pienempi, kuin täysagonisteilla (Uosukainen 2009). Lisäksi kattovaikutuksen vuoksi buprenorfiinia pidetään suurinakin annoksina käytettynä turvallisempana, kuin muita opioidipohjaisia lääkkeitä (Partanen ym. 2015, 77). Buprenorfiinin vaikutus alkaa hitaasti, mutta se kestää kauan. Tämä johtuu siitä, että buprenorfiini irtoaa  $\mu$ -reseptorista hitaasti. Hitaan irtoamisen ansiosta buprenorfiini aiheuttaa vähemmän vieroitusoireita. Myös riski toleranssin sekä riippuvuuden kehittymiselle on pienempi, kuin täysagonisteilla. (Uosukainen 2009.)

Suomessa buprenorfiini on luokiteltu huumausaineeksi Valtioneuvoston asetuksessa huumausaineina pidettävistä aineista, valmisteista ja kasveista (Valtioneuvosto 2008).

Buprenorfiinin käyttöä korvaushoidossa säädellään sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella (33/2008). Buprenorfiinin käyttö korvaushoidon lääkkeenä aloitettiin Suomessa vuonna 1997. Aluksi korvaushoidossa käytettiin mono-buprenorfiini valmistetta (Subutex®), mutta sen käyttämisestä luovuttiin sen huonon maineen sekä laajan väärinkäytön johdosta. (Uosukainen 2009.) Vuodesta 2004 alkaen Suomessa toteutettavassa korvaushoidossa käytettävä buprenorfiini-valmiste on ollut buprenorfiini-naloksoni (Suboxone®) yhdistelmävalmiste. (Häkkinen 2015). Buprenorfiini-naloksoni yhdistelmävalmiste kehitettiin ehkäisemään buprenorfiinin väärinkäyttöä, vaikkakin yhdistelmävalmisteella on vähäisempi väärinkäyttömahdollisuus verrattuna monobuprenorfiiniin. Naloksonin yhdistäminen buprenorfiinin kanssa ei ole käytännössä estänyt sen suonen-sisäistä väärinkäyttöä. (Kaipiainen ym. 2016.) Helsingissä vuonna 2005 toteutetussa tutkimuksessa buprenorfiini-naloksoni yhdistelmävalmistetta väärinkäytti 145:stä kyselyyn vastanneesta 68,3 prosenttia (Alho ym. 2006). Buprenorfiinin väärinkäyttö on lisääntynyt nopeasti ja Suomessa se on nykyisin yleisin väärinkäytetty opioidi (Ylikangas 2018, 26).

#### 4.2 Buprenorfiini injektio

Buprenorfiini- injektio, Buvidal®, on saanut vuoden 2018 marraskuussa EU:n laajuisen myyntiluvan. Suomessa ensimmäisenä Buvidalin opioidikorvauslääkkeen otti käyttöön Kouvolassa toimiva päihde- ja avopalveluiden tuottaja Addiktum. (Sillanpää 2019.) Buvidal® on opioidiriippuvuuden hoitoon kehitetty lääke, jonka vaikuttavana aineena on buprenorfiini. Buvidal® luokitellaan niin sanotuksi hybridilääkkeeksi, sen vaikuttava aine on sama ja se on samalainen kuin alkuperäisvalmiste Subutex®, mutta sen antotapa toteutetaan eri tavalla. Buvidalia® käytetään ihon alle annettavana injektiona, joka annetaan joko kerran viikossa tai kerran kuukaudessa. (EMA buvidal medicine overview 2018a.) Buvidal-lääkkeestä on tehty Yhdysvalloissa tutkimus, johon osallistui 36 korvaushoitoa tarjoavaa toimipistettä. Tutkimuksen ensisijainen tavoite oli selvittää Buvidal-lääkkeen tehokkuus verrattuna jo korvaushoitolääkkeenä käytettävään buprenorfiini-naloksoni yhdistelmävalmisteeseen Suboxone®. Tutkimuksen pääasiallinen mittari oli negatiiviset opioidi huumeseulat, jotka todettiin virtsanäytteestä. Tutkimukseen osallistui 428 potilasta, jotka jaettiin satunnaisesti kahteen eri ryhmään. Ensimmäiseen ryhmään valikoitui 213 potilasta, joille annettiin Buvidal-lääkettä ihon alaisesti injektiona. Toiseen

vertailuryhmään valikoitui 215 potilasta, joille annettiin Suboxone lääkettä sublinguaalisena tablettina sekä placebo injektioita. Tutkimuksen kesto oli 25 viikkoa, jonka aikana potilaat antoivat 18 virtsanäytettä. Näistä annetuista virtsanäytteistä vertailuryhmään kuuluneista 28,4% antoi negatiivisen huumeeseulan. Buvidal-injektion saaneista negatiivisen huumeeseulan antoi 35,1%. Tutkimuksen perusteella voitiin päätellä, että korvaushoitolääkkeenä Buvidal-injektion saaneista pienempi määrä käytti opioideja korvaushoidon ohella vertailuryhmään verrattuna. (EMA buvidal public assessment report 2018b.)

Yhdysvalloissa julkaistiin vuonna 2019 tutkimus, jossa tutkittiin Buprenorfiini-injektion haittavaikutuksia. Tutkimukseen osallistui (n=504) asiakasta eri korvaushoidon yksiköistä. Tutkimukseen osallistuneista 201 henkilöä sai BUP-XR (RBP-6000) 300mg/300mg buprenorfiini-injektion 6 kertaa 28 päivän välein ja 203 henkilöä sai BUP-XR (RBP-6000) 300mg/100mg buprenorfiini-injektion 2 kertaa annoksella 300mg ja 4 kertaa annoksella 100mg 28 päivän välein. Tutkimukseen osallistuneista 100 henkilöä sai buprenorfiini-injektion vahvuutta vastaavan plasebo-injektion 6 kertaa 28 päivän välein. Tulosten mukaan yleisin haittavaikutus oli päänsärky. Osalla ilmeni myös pahoinvointia ja ummetusta. BUP-XR injektion turvallisuusprofiili oli yhdenmukainen muiden buprenorfiini valmisteiden kanssa, lukuun ottamatta reaktioita pistoskohdassa, joita ilmoitettiin yli viidellä prosentilla BUP-XR-hoitoa saaneista, reaktiot olivat kuitenkin enimmäkseen lieviä ja ne eivät rajoittaneet hoitoa. (Haight ym. 2019.)

#### 4.3 Metadoni

Metadoni luokitellaan voimakkaaksi synteettiseksi opioidiksi. Sen pääasiallinen käyttö on keskivaikeiden sekä vaikeiden kipujen hoitamisessa, mutta sitä käytetään myös Suomessa annettavassa opioidikorvaushoidossa. Korvaushoidossa käytettävä valmiste on Methadone Martindale Pharma® oraaliliuos. (Surakka 2011.) Metadoni on agonisti ja se vaikuttaa pääasiallisesti keskushermoston  $\mu$ -opioidireseptorin kautta (Partanen ym. 2015, 78). Metadoni estää oikealla annoksella vieroitusoireiden ilmaantumista opioidiriippuvaisilla ilman merkittävää päihtymistilaa tai väsymystä. Oikein käytettynä metadoni ei aiheuta euforiaa korvaushoidossa. (Surakka 2011.) WHO määrittelee metadonin ensisijaiseksi lääkkeeksi opioidikorvaushoidossa (WHO 2009). Metadoni luokitellaan huumausaineeksi Valtioneuvoston asetuksessa huumausaineina pidettävistä aineista, val-

misteista ja kasveista (Valtioneuvosto 2008). Metadonin käyttöä korvaushoidossa sää-  
dellään sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella 33/2008. Metadoni on vahva opioidi,  
joten sen käytössä esiintyy haittavaikutuksia, joista osa on jopa hengenvaarallisia. Hait-  
tavaikutuksista vakavimpia ovat hengityslama, ödeema, sydänperäiset ongelmat, kuten  
QT-ajan pidentyminen. Muita yleisiä haittavaikutuksia, joita metadonin käytöstä saattaa  
aiheutua ovat pahoinvointi, unihäiriöt, oksentelu, ummetus, ruokahaluttomuus, kuiva  
suu, hikoilu ja väsymys. Miehillä on myös havaittu matalampia sukupuolihormonipitoi-  
suuksia, tämä saattaa osittain selittää korvaushoidossa metadonia käyttävien keskuu-  
dessa esiintyvää seksuaalitoimintahäiriötä. (Surakka 2011.) Haittavaikutuksista johtuen  
osa Suomessa korvaushoidossa olevista potilaista ei halua käyttää metadonia (Laitinen  
2013).

## **5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMA**

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa hoidon vakautusvaiheen toimivuutta asiakkaan näkökulmasta Salon päihdeyksikössä. Opinnäytetyön tavoitteena on antaa tietoa Salon päihdeyksikön hoitohenkilöstölle vakautusvaiheen toimivuudesta asiakkaan näkökulmasta, jonka pohjalta hoidon vaihetta voidaan jatkossa kehittää.

Tutkimusongelma:

Miten asiakkaat kokevat hoidon vakautusvaiheen osana opioidikorvaushoitoa Salon päihdeyksikössä?

## 6 OPINNÄYTETYÖN EMPIIRINEN TOTEUTUS

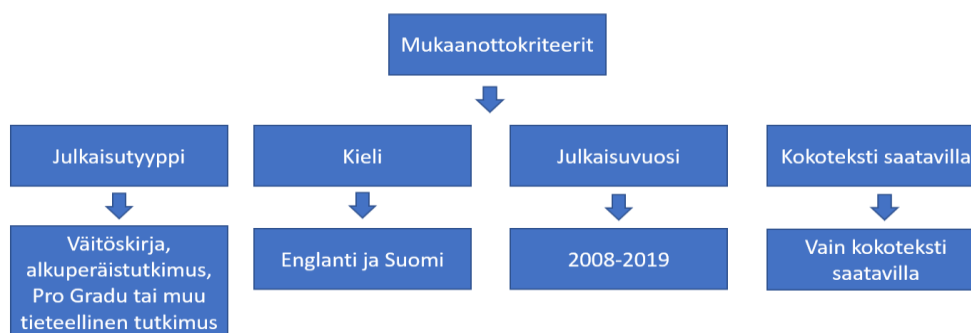
Keskeinen perusta aihevalinnalle on tutkimusaiheen merkitys käytännön hoitotyölle ja sen kehittämiseksi. Tavoitteena on tuottaa hyödynnettävää tietoa aihealueen kehittämiseksi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 89.) Tiedetään, että päihdehoitotyötä on tutkittu Suomessa vähän, vain muutamia väitöskirjoja ja pro-graduja on kirjoitettu (Partanen ym. 2015, 20). Opinnäytetyöntekijän vastuulla onkin kriittisesti arvioida luotettavan tiedon hankkimisen menetelmiä sekä pohtia, onko ilmiön tutkimiseen aihetta, ja miten sitä voisi tutkia (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 54). Ongelmakäyttäjien lisääntyessä olisikin tulevaisuudessa tärkeää laajentaa tietoperustaa ja tehdä lisää siihen liittyviä hoitotieteellisiä tutkimuksia (Partanen ym. 2015, 20). Opinnäytetyö tehtiin toimeksiantosopimuksena (liite 1) Salon päihdeyksikölle, jossa hoidon vakautusvaihe on ollut käytössä vuodesta 2018 alkaen, mutta tarkemmin sitä on alettu toteuttamaan vasta syksyllä 2018. Tutkimukselle oli tarvetta, koska asiakkaiden kokemuksista ja näkökulmista ei ole tehty aiempaa tutkimusta.

### 6.1 Tiedonhaku

Systemaattinen tiedonhaku on tiedonhaun prosessi, joka on tarkkaan määriteltyä, järjestelmällistä ja rajattua. Tiedonhaun prosessin on oltava myös uudelleen toistettavissa. Sopivien tiedonhaun välineiden valinta voi olla vaikeaa ja ensimmäiset tiedonhaun koikeilut voivat olla aluksi hieman sekavia. Kaikkea omaan aiheeseen liittyvää tietoa ei ole syytä etsiä, vaan on hyvä keskittyä luotettavan ja olennaisen tiedon etsimiseen. Turhien yritysten ja nollatulosten välttämiseksi on aiheellista panostaa hyvään suunnitteluun. (Johansson ym. 2007, 10.) Etenkin päihdetyössä pohjatiedoilla on suuri merkitys, sillä usein on vaikeaa hahmottaa toimien vaikuttavuutta säätelevien tekijöiden yhdistelmää. Tästä johtuen on tärkeää etsiä tietoa, joka on mahdollisen luotettavaa. (Jokinen 2007.)

Kirjallisuuden valinnassa tarvitaan lähdekritiikkiä ja harkintaa. Lähteitä valittaessa ja niitä tulkittaessa tutkijan on pyrittävä kriittisyyteen. Lähteen arvioimiseksi tutkijan on hyvä kiinnittää huomiota seuraaviin asioihin: kirjoittajan arvostettavuuteen ja tunnettavuuteen, lähdetietojen alkuperään, lähteen ikään, lähteen uskottavuuteen, julkaisijan vastuuseen ja arvovaltaan, sekä tutkimusten puolueettomuuteen ja totuudellisuuteen. (Hirsijärvi ym.

2009, 113-114.) Tämän opinnäytetyön kirjallisuuskatsaukseen haettiin aineistoa sähköisistä tietokannoista. Tiedonhaku kohdistettiin Cinahl, Medic, PubMed ja Terveystieteen tietokantoihin. Tiedonhaussa käytettiin hyväksi PICO-menetelmää. Aineiston keruu tapahtui mukaanottokriteereiden mukaisesti, joita oli esimerkiksi julkaisuvuosi, julkaisutyyppi ja kieli (kuviot 1). Aineiston haku rajattiin koskemaan korvaushoitoa sekä korvaushoidossa käytettävää lääkettä. Hakusanoina käytettiin sanoja ”korvaushoito”, ”buprenorfiini”, ”metadoni”, ”opioid substitution treatment”, ”buprenorphine” sekä ”methadone”. Tässä opinnäytetyössä käytettiin myös manuaalista tiedonhakua. Tiedonhaussa on käytetty artikkeleiden lähdeluetteloja sekä tiedonhakua on tehty kirjastoissa kirjoittajien toimesta. Tiedonhaussa on käytetty myös Google-hakukonetta.



**Kuvio 1.** Mukaanottokriteerit.

## 6.2 Tutkimusmenetelmä

Oleellista tutkimuksissa on käsitteiden määrittäminen ja tutkimuksen merkityksen ymmärtäminen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 15). Metodien eli menetelmän määrittäminen se, mitä tutkimuksesta halutaan tietää (Hirsijärvi ym. 2009, 137; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 15). Metodien käytöllä tarkoitetaan sitä, miten tutkittavasta ilmiöstä hankitaan uutta tietoa ja miten aineistoa kerätään ja analysoidaan (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 53). Tutkiminen vaatii valintoja ja päätöksentekoa aina siihen saakka, kunnes työ on valmis arvioitavaksi. Tutkimuksen tekijöiden tulee valita sellainen lähestymistapa ja metodi, mistä he ovat itse vakuuttuneita. Oma tietämystä



voi lisätä lukemalla aiemmin tehtyjä tutkimuksia ja perehtymällä metodikirjallisuuteen. (Hirsijärvi ym. 2009, 123 & 137.) Samassa tutkimuksessa on mahdollista käyttää useampaa tutkimusmenetelmää (Heikkilä 2014a). Sanotaan, että kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen menetelmä täydentävät toisiaan, koska lähestymistapoja on käytännössä vaikea erottaa toisistaan. Menetelmiä voidaan käyttää rinnakkain tai kvantitatiivinen vaihe voi edeltää kvalitatiivista vaihdetta. (Hirsijärvi ym. 2009, 136-137.) Kvantitatiivisessa tutkimuksessa keskeisiä asioita ovat esimerkiksi määrittely, tutkittavien henkilöiden valinta ja aineiston käsittely tilastolliseen muotoon (Hirsijärvi ym. 2009, 140). Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus sopii erityisesti toiminnan kehittämiseen ja vaihtoehtojen etsimiseen ja sen tavoitteena on asioiden ymmärtäminen (Heikkilä 2014a). Tässä opinnäytetyössä käytettiin kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusmenetelmää, sekä hyödynnettiin lisäksi kvalitatiivista tutkimusmenetelmää.

Kvantitatiivisessa aineistossa tyypilliset tiedonkeruu menetelmät ovat lomakekyselyt, henkilökohtaiset haastattelut, puhelinhaastattelut ja internet-kyselyt. Aineiston keruussa käytetään yleensä kyselylomakkeita valmiine vastausvaihtoehtoineen ja asioita kuvataan numeeristen suureiden avulla. (Heikkilä 2014a.) Aineistoa kerätään standardoidusti, mikä tarkoittaa, että kaikilta vastaajilta kysytään samat asiat täsmälleen samalla tavalla ja samassa järjestyksessä (Hirsijärvi ym. 2009, 193). Tässä työssä tutkimusaineisto kerättiin tätä tutkimusta varten tehdyllä kyselylomakkeella.

Tutkimuksen kyselylomake (liite 2) laadittiin tätä opinnäytetyötä varten opinnäytetyön tekijöiden toimesta yhdessä yksikön päihdelääkäriin ja hoitohenkilökunnan kanssa ja se on tarkoitettu Salon päihdeyksikön asiakkaille. Kyselylomaketta laadittaessa huomioitiin kyselyyn osallistuva asiakasryhmä ja helppous vastata kysymyksiin nimettömästi. Kysymykset ja kysymysten asetteleminen oli tarkkaan harkittu ja laadittu. Kyselylomakkeesta haluttiin tehdä mahdollisimman selkeä, helposti ymmärrettävä ja nopea, että vastaajalla säilyisi mielenkiinto kyselyn loppuun asti. Tässä kyselyssä vastaamiseen arvioitiin menevän aikaa alle 5 minuuttia.

Kyselylomakkeissa, jossa kysymykset esitetään väittäminä, voidaan käyttää Likertin asteikkoa. Asteikot ovat tavallisimmin 5- tai 7- portaisia, jossa vastausvaihtoehdot muodostavat nousevan tai laskevan skaalan. (Hirsijärvi ym. 2009, 200.) Käytössä on myös 4-portainen asteikko, jolloin asteikon keskellä ei ole neutraalia vaihtoehtoa (Heikkilä 2014a). Samassa kyselylomakkeessa voidaan käyttää lisäksi myös avoimia ja suljettuja kysymyksiä. Suljetuissa kysymyksissä vastausvaihtoehdot ovat toisensa poissulkevia ja etuina pidetään nopeaa vastaustapaa ja tulosten helppoa käsittelyä. Haittana voidaan

pitää sitä, että vastaukset voidaan antaa harkitsematta, jokin vastausvaihtoehdoista puuttuu tai vaihtoehdot ja niiden esittämisjärjestys voivat johdatella vastaajaa. (Heikkilä 2014a.) Avoin eli vapaamuotoinen kysymys voi houkutella jättämään vastaamatta tai vastaavasti vastaukseksi voidaan saada tietoa, mitä ei olla etukäteen ajateltu, esimerkiksi kehitysideoita (Heikkilä 2014a).

Tässä kyselylomakkeessa käytettiin 4- portaista Likertin asteikkoa, jossa vastausvaihtoehdot 1-4 kuvasivat asiakkaan mielipidettä vakautusvaihdetta koskeviin väittämiin. 1= täysin eri mieltä (TEM), 2= jokseenkin eri mieltä (JEM), 3= jokseenkin samaa mieltä (JSM) ja 4= täysin samaa mieltä (TSM). Lisäksi kyselylomake sisälsi avoimia kysymyksiä sekä yhden suljetun kysymyksen. Kyselylomakkeessa kysymykset 1-3 olivat taustakysymyksiä, joiden avulla selvitettiin asiakkaan ikää, sukupuolta ja sitä, kuinka kauan asiakas on ollut korvaushoidon asiakkaana. Seuraavat väittämät liittyivät korvaushoidon vakautusvaiheeseen ja ne vastasivat tutkimusongelmaan. Väittämien 4-5 avulla selvitettiin asiakkaan hoitoon sitoutumista ja vakautusvaiheen edistämistä hoidon kuntouttavaan vaiheeseen siirtymistä. Väittämien 6-7 avulla selvitettiin, miten hyvin vakautusvaihe on auttanut asiakasta selviytymään arjessa ja onko siitä ollut apua asiakkaalle kuntouttavaan toimintaan osallistumisessa. Väittämien 8-9 avulla selvitettiin asiakkaan ymmärrystä siitä, mitä häneltä vaaditaan hoidon aikana ja onko asiakas saanut riittävästi tietoa henkilökunnalta hoidon vakautusvaiheesta. Kysymys 10 oli avoin kysymys, jossa oli vapaa tekstikenttä vastaukselle. Vapaamuotoisella kysymyksellä tavoiteltiin asiakkaan näkemyksiä ja ajatuksia hoidosta ja sen kehittämisestä.

### 6.3 Tutkimusaineiston keruu ja analyysi

Lupa haettiin tätä tutkimusta varten Salon kaupungilta toimeksiantosopimuksella ja hyväksyntä saatiin Salon kaupungin ylihoitajalta. Aineisto kerättiin helmikuun 2019 aikana, kaikilta Salon päihdeyksikössä olevilta korvaushoidon asiakkailta (n=54) kyselylomakkeen avulla. Aineiston keruusta informoitiin kohderyhmää saatekirjeellä (liite 3), jonka asiakas sai yhdessä kyselylomakkeen kanssa. Kyselyn saatekirjeessä huomioitiin, että kirjeestä kävi ilmi kyselyn tarkoitus ja tavoite, vastaamiseen kuluva aika sekä eettinen näkökulma vastausten käsittelyssä. Saatekirjeessä ilmeni myös toimeksiantaja, vastaajan vapaaehtoisuus vastata kyselyyn sekä sähköpostiosoite, josta voi tarvittaessa pyytää lisätietoja.

Henkilökuntaa informoitiin tutkimuksesta tiedotteella (liite 4), joka toimitettiin hoitajille ennen tutkimuksen alkamista. Henkilökunnan tiedotteessa kävi ilmi tutkimuksen tarkoitus sekä tutkimukseen osallistuva asiakasryhmä. Tiedotteessa oli ohjeistus henkilökunnalle siitä, mistä asiakas saa kyselylomakkeen ja mihin kyselylomake palautetaan. Tiedotteesta kävi ilmi, että asiakkaan vastaaminen kyselyyn katsottiin suostumukseksi tutkimukseen. Lisäksi tiedotteessa oli opinnäytetyön tekijöiden ja ohjaajan yhteystiedot. Tämän lisäksi toinen opinnäytetyön tekijöistä kävi henkilökohtaisesti paikan päällä informoimassa henkilökuntaa ja kertomassa, mitä tällä tutkimuksella tavoitellaan. Kysely suoritettiin helmikuun viimeisen viikon aikana heti tutkimusluvan saamisen jälkeen. Opinnäytetyön tekijät olivat tutkimusviikon ensimmäisenä päivänä paikan päällä jakamassa kyselylomakkeita asiakkaille. Muina päivinä asiakkaat saivat saatekirjeen sekä kyselylomakkeen yksikön sairaanhoitajilta. Kyselyyn osallistuminen oli vapaaehtoista ja lomake täytettiin nimettömänä niin, etteivät yksikön sairaanhoitajat saaneet tietää, kuka on kyselylomakkeen täyttänyt. Tämän jälkeen asiakas palautti kyselyn lukittuun palautuslaatikkoon, joka toimitettiin yksikön odotushuoneeseen opinnäytetyön tekijöiden toimesta. Ensimmäisenä tutkimuspäivänä vastauksia saatiin 29 kappaletta. Loput vastaukset haettiin viikon kuluttua vastausajan päätyttyä. Lopullinen vastaajamäärä oli 46. Tutkimuksesta suljettiin pois 11 henkilöä, jotka eivät ole olleet vakautusvaiheessa kyselyn perusteella.

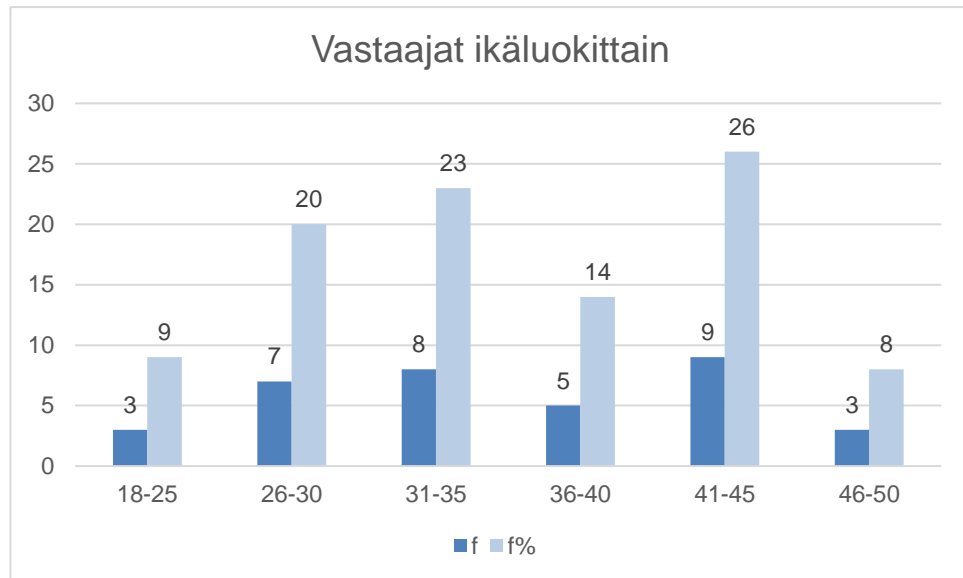
Yleisesti ajatellaan, että analyysi tehdään sen jälkeen kun aineisto on kerätty. Tämän tyyppinen ajatus tutkimusaineiston analyysistä soveltuu sellaiseen tutkimukseen, jossa tietoja on kerätty asteikkomittareilla tai strukturoiduilla lomakkeilla. Analyysitapa valitaan sen mukaan, mikä parhaiten antaa vastauksen tutkimusongelmaan. (Hirsijärvi ym. 2009, 223.) Määrällisellä analysoinnilla pyritään selvittämään ilmiöiden erilaisia syy-seuraussuhteita, ilmiöiden yleisyyttä ja esiintymistä tai ilmiöiden välisiä yhteyksiä, tilastojen ja numeroiden avulla. Määrälliseen analyysiin sisältyy kattavasti erilaisia laskennallisia ja tilastollisia menetelmiä. (Jyväskylän yliopisto 2015.) Tässä tutkimuksessa käytettiin määrällistä analysointia ja analysoinnin apuna käytettiin Excel-taulukkoa. Kyselylomakkeet käytiin yksitellen läpi ja numeraaliset tulokset syötettiin Excel-taulukkoon, joka oli etukäteen tehty tätä tutkimusta varten opinnäytetyön tekijöiden toimesta. Tilanteissa, jossa vastaaja oli ympyröinyt oman vastauksen kyselylomakkeessa olevan numeron viereen, eli ympyröinyt tyhjän kohdan, tulkittiin, että se tarkoittaa sitä numeroa, mikä on lähinnä ympyrää. Vastaukset on esitetty pääsääntöisesti numeraalisesti kuvioita ja taulukoita apuna käyttäen. Suureina käytettiin prosenttia (%), frekvenssiä (f), frekvenssiprosenttia

(f%), keskiarvoa (KA) ja keskihajontaa (SD). Prosenttiluvut pyöristettiin lähimpään kokonaislukuun. Pyöristyksestä johtuen, osa prosenttiluvuista ei muodosta täyttä 100 prosenttia. Sukupuolten välistä eroa selvitettiin etsimällä prosentuaalisia eroja saatujen vastausten perusteella.

Sisällönanalyysiä käytetään yleensä kvalitatiivisissa menetelmissä ja se on aineistojen perusanalyysimenetelmä. Sisällönanalyysillä on mahdollista analysoida ja kuvata aineistoja samanaikaisesti. Tutkittavaa aineistoa voi tiivistää ja sen jälkeen kuvailla yleistävästi. Sisällönanalyysi voidaan jaotella seuraavasti: analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta sekä luottettavuuden arviointi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 163 & 166.) Tässä tutkimuksessa kvalitatiivista eli laadullista menetelmää hyödynnettiin avoimen kysymyksen kohdalla ja analysoinnissa käytettiin sisällönanalyysiä. Vastaukset luettiin huolellisesti läpi useaan kertaan, jonka jälkeen ne jaoteltiin ja ryhmiteltiin tulkinnan helpottamiseksi. Vastauksista poimittiin tutkimusongelmaan viitaten useimmin toistuvat ja oleelliset ilmiöt ja ne koostettiin yhteen. Työ valmistui keväällä 2019 ja se esitettiin opinnäytetyön messuilla. Asiakkaat näkivät tulokset päihdeyksikköön toimitetusta posterista. Työ julkaistiin Theseus-järjestelmässä ja toimitettiin lisäksi toimeksiantajalle.

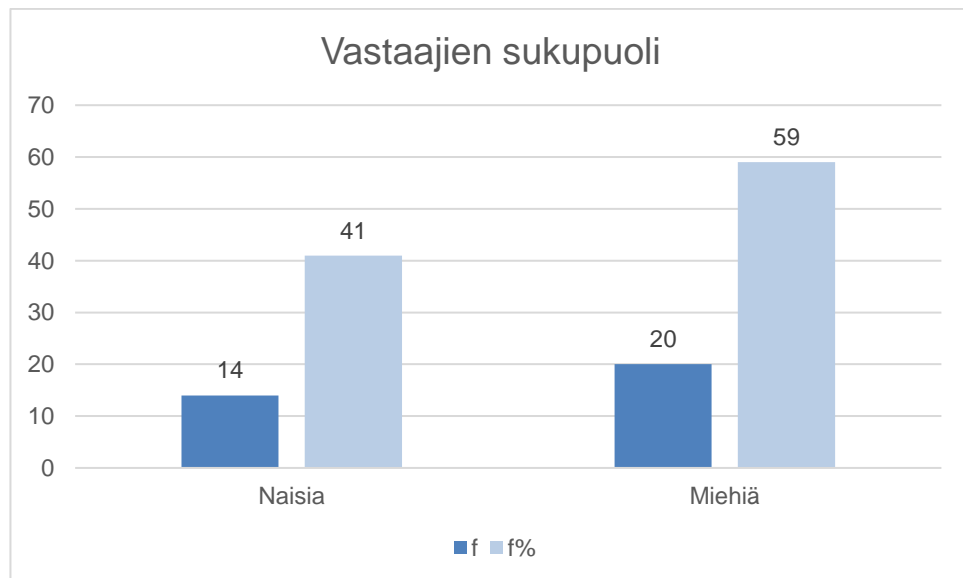
## 7 TULOKSET

Kyselyyn vastanneiden iät jaoteltiin ikäluokittain. Suurin ikäluokka oli 41-45 vuotiaat, joita oli 26% (f=9) kaikista vastanneista (Kuvio 2). Kyselyyn vastanneista nuorin oli 21-vuotias ja vanhin oli 49-vuotias.



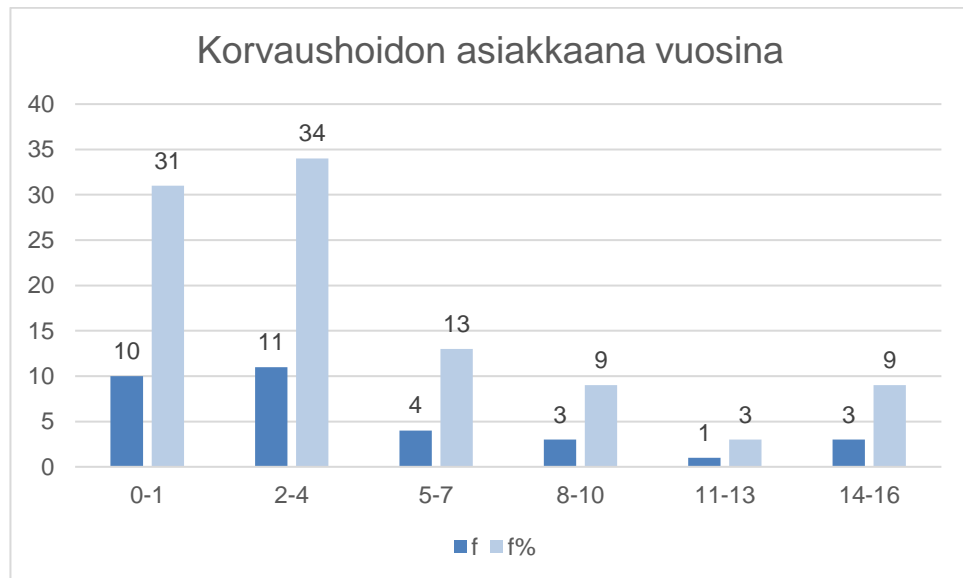
**Kuvio 2.** Vastaajat ikäluokittain (n=35).

Kyselyyn vastanneista (n=34) miehiä oli 59% (f=20) ja naisia oli 41% (f=14, kuvio 3).



**Kuvio 3.** Vastaajien sukupuoli (n=34).

Korvaushoidon kestossa asiakkaat jaettiin vuosiluokkiin. Vastaajista 34% (f=11) ilmoitti korvaushoidon kestoksi 2-4 vuotta (Kuvio 4).



**Kuvio 4.** Korvaushoidon kesto vuosiluokittain (n=32).

Väittämillä 4 ja 5 selvitettiin asiakkaan hoitoon sitoutumista ja sitä, miten asiakkaat kokevat hoidon vakautusvaiheen edistävän heitä kuntouttavaan vaiheeseen siirtymistä. Vastaajista suurin osa (f=18) oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että hoidon vakautusvaihe auttaa heitä sitoutumaan korvaushoittoon paremmin. Kysyttäessä sitä, miten asiakkaat kokevat hoidon vakautusvaiheen edistävän hoidon kuntouttavaan vaiheeseen siirtymisen oli vastaajista 53% (f=18) jokseenkin samaa mieltä siitä, että hoidon vakautusvaiheesta on apua kuntouttavaan vaiheeseen siirtymisessä. (Taulukko 1.)

**Taulukko 1.** Hoitoon sitoutuminen ja sen edistäminen.

	TSM % / f	JSM % / f	JEM % / f	TEM % / f	KA / SD
<b>Hoidon vakautusvaihe on auttanut minua sitoutumaan korvaushoittoon paremmin (n=35)</b>	34 / 12	51 / 18	11 / 4	3 / 1	3,2 / 0,7
<b>Hoidon vakautusvaihe edistää hoidon kuntouttavaan vaiheeseen siirtymistä (n=34)</b>	29 / 10	53 / 18	12 / 4	6 / 2	3,0 / 0,8

Väittämillä 6 ja 7 haluttiin saada tietoa siitä, miten asiakkaat kokevat hoidon vakautusvaiheen auttavan heitä omassa arjessa. Kyselyyn vastanneista 43% (f=15) oli jokseenkin samaa mieltä, että hoidon vakautusvaihe auttaa heitä selviytymään arjessa paremmin. Vastajista lähes puolet 46% (f=15) oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että hoidon vakautusvaiheesta on ollut apua kuntouttavaan toimintaan osallistumisessa. (Taulukko 2.)

**Taulukko 2.** Hoidon vakautusvaihe apuna omassa arjessa.

	TSM % / f	JSM % / f	JEM % / f	TEM % / f	KA / SD
<b>Hoidon vakautusvaihe on auttanut minua selviytymään arjessa paremmin (n=35)</b>	31 / 11	43 / 15	17 / 6	9 / 3	3,0 / 0,9
<b>Hoidon vakautusvaiheesta on ollut apua kuntouttavaan toimintaan osallistumisessa (n=33)</b>	18 / 6	46 / 15	24 / 8	12 / 4	2,5 / 0,9

Väittämillä 8 ja 9 haluttiin saada selville, miten hyvin asiakkaat ymmärtävät hoidon vakautusvaiheen ja ovatko he tarvittaessa saaneet tietoa hoidon vakautusvaiheesta henkilökunnalta. Kyselyyn vastanneista suurin osa (f=19) oli täysin samaa mieltä siitä, että he ymmärtävät mitä heiltä vaaditaan hoidon vakautusvaiheessa. Vastajista 40% (f=14) oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että he ovat tarvittaessa saaneet tietoa hoidon vakautusvaiheesta henkilökunnalta. (Taulukko 3.)

**Taulukko 3.** Asiakkaan ymmärrys hoidon vakautusvaiheesta.

	TSM % / f	JSM % / f	JEM % / f	TEM % / f	KA / SD
<b>Ymmärrän mitä minulta vaaditaan hoitossani hoidon vakautusvaiheessa (n=35)</b>	54 / 19	31 / 11	9 / 3	6 / 2	3,3 / 0,9
<b>Olen saanut tarvittaessa tietoa hoidon vakautusvaiheesta henkilökunnalta (n=35)</b>	29 / 10	40 / 14	20 / 7	11 / 4	2,9 / 1,0

Kun vertailtiin sukupuolten välisiä eroja, vastausten perusteella saatiin selville, että naisista 57% oli täysin samaa mieltä siitä, että hoidon vakautusvaihe on auttanut heitä sitoutumaan hoitoon paremmin, kun miehillä vastaava luku oli vain 15%. Miehistä 58% oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että hoidon vakautusvaiheesta on ollut apua kuntouttavaan toimintaan osallistumisessa, kun taas naisista sen sijaan 46% koki olevansa jokseenkin eri mieltä. Naisista 43% kertoi olevansa täysin samaa mieltä siitä, että he ovat tarvittaessa saaneet tietoa hoidon vakautusvaiheesta henkilökunnalta, kun 45% miehistä oli asiasta jokseenkin samaa mieltä. Muiden väittämien osalta ei löytynyt merkittäviä eroja sukupuolten välillä.

Viimeinen kysymys oli avoin kysymys, jossa vastaajille annettiin mahdollisuus kertoa muita ajatuksia vakautusvaiheesta. Kysyttiin, mitä hyvää asiakas näkee hoidossa ja mitä mahdollisia kehittämiskohteita löytyy. Avoimeen kysymykseen vastasi 12 henkilöä. Henkilöistä 23 jätti kohdan tyhjäksi tai siihen oli piirretty pelkkä viiva. Vastausten perusteella tyytymättömyyttä esiintyi yleisesti enemmän niillä asiakkailla, jotka olivat olleet korvaushoidon piirissä yli viisi vuotta verrattuna niihin, jotka olivat olleet korvaushoidossa alle 2 vuotta. Kaikista kriittisempiä olivat henkilöt, jotka olivat olleet useita vuosia korvaushoidossa. Neljäsosa vastaajista oli sitä mieltä, että henkisiin ongelmiin tulisi saada enemmän apua. Vastaajat toivoivat psykiatrista apua, nopeampaa pääsyä psykiatriin arviointeihin sekä vahvempaa hoitokontaktia. Alla poimintoja vastauksista:

*” psykiatrian taho voisi olla tulla mukaan hoitoon nopeammin. Hain esim. kesällä 2010 kriisiapua ystävän kuoleman takia enkä sitä saanut. Olen jo melkein turhautunut kun odotan pääsyä psykiatriin arviointeihin psykoterapiaa varten. ”*

*” se että kuunnellaan asiakasta jos on fyysisiä/henkisiä ongelmia eikä vaan vedoda somaattisiin kipuihin (ei kuunella lääkinnällisissä asioissa jos on ollut henkisiä ongelmia vaikka paris. Ja siksi arki paljon vaikeampaa koska fyysisesti huonovointi aiheuttaa henkistä pahoinvointia) ”*

*” vahva hoito kontakti, avun saanti tarvittaessa helpompi. Psykiatriallista juttelua. Enemmän kontaktia potilaisiin.”*



Osa antoi kritiikkiä hoidon joustavuudesta. Henkilöt, jotka osallistuvat kuntouttavaan toimintaan/työhön toivoivat enemmän joustoa lääkkeiden hakuajankäytäntöihin tai lomapäivien siirtoihin. Lääkkeiden haku kesken työpäivän koettiin hankalaksi. Alla poimintoja vastauksista:

*” Niillä joilla työt yms kuntotuttavat, niin helpommin lomapäiv (siirrettäväksi) silloin kun vakautusvaihe tai jos tarve, ettei pääsisi yksikölle ”*

*”... Yksi vakautusvaiheen suurin ongelma työssä käyvälle yksihuoltajalle on ollut lääkkeenhaun aikataulut ja vaihtoehtojen niukkuus. Kuluvan 3kk:n aikana päivittäinen lääkkeenhaku määrättyyn aikaan on vaatinut joustoa työnantajalta, pidentänyt omalta osaltaan omaa työpäivääni, jolloin lopullinen vaikutus kohdistuu suoraan alakouluikäiseen lapseeni. Yksin olon aika kotona on pidempi. Olisi oleellista tarjota työssäkäyville enemmän mahdollisuuksia lääkkeen hakuun. Nyt lääkkeenhaku on pakko olla kesken työpäivän. Asiakkaan oma tilanne olisi hyvä ottaa tässä paremmin huomioon...”*

Kolmasosa vastaajista antoi kritiikkiä säännöistä. Vastaajat olisivat halunneet enemmän tietoa vakautusvaiheesta ja selvempiä sääntöjä. Vastaajat olivat myös sitä mieltä, että seuloja saisi olla enemmän. Alla poimintoja vastauksista:

*” Seuloja pitäis kysyä enemmän.”*

*” säännöt voisi olla selvemmat esim. tarkkaan mitä saa/ei saa näkyä.”*

*” ...Ymmärrän mitä minulta vaaditaan, mutta olisin ehkä toivonut enemmän keskustelua ja infoa siitä, miksi vakautusvaiheen säännöt edistävät kuntoutumistani. Nyt päihdeyksikkö on vastannut vain, että ” samat säännöt kaikilla”...”*

*” En tiedä riittävästi vakautusvaiheesta, tiedän vain, että siihen pääsee kun on riittävän pitkään ”kunnolla”...”*

Osa vastaajista koki, että vakautusvaihe on auttanut muuttumaan ja etsimään keinoja raittiuteen, jonka ansioista piikkikäyttö on loppunut. Alla poimintoja vastauksista:

*"... ainakin muistan, että se pakotti muuttumaan ja etsimään keinoja raittiuteen..."*

*"... Vakautusvaihe on kuitenkin tehnyt tehtävänsä. Sen ensisijainen tavoite on saavutettu. Piikkikäyttö loppunut..."*

Vastauksista poimittiin lisäksi muutamia yksittäisiä kommentteja:

*"... Hyvää on, ettei vak.vaiheessa enää jauheta lääkkeitä, ja sitä kautta tulee ne hyödyt kun pystyy toimimaan paremmin. Itsellä oli kovin vaikeaa päästä vakautusvaiheeseen, siihen tuli lisää 2vkoa rangaistukseen vain siksi, etteivät hoitajat kerenneet kirjata sanoja "mennyt hyvin" tai "kaikki ok" mitä lääkäri pyysi. Eli 1kk sanktio venyi 6 vkoon. Tämä osoittaa ettei lääkäri päästä sanktioiden pituutta, vaan hoitajat."*

*"... toivoisin enemmän yhteistyötä eri toimijoiden kesken. Omaan kuntoutukseeni keskeisesti liittyy terapeutti ja lastensuojelu. Niiden välillä ei ole oikein tiedonkulkua..."*

*"... Päihdeyksiköllä ei ole oikein tarjota minun tilanteessani olevalle kuntouttavaa toimintaa..."*

*"... Narkomaani on epärehellinen ja epäluotettava -> siksi vakautusvaiheella rankaistaan. Tämä on ihan oma olettamus. Olisi ollut kiva saada asiaan hoitavan tahon näkemys siitä, miksi toimitaan näin..."*

## 8 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Tutkijoiden aito kiinnostus tutkimusta kohtaan luo oleellista pohjaa hyvälle tutkimusetiikalle (Vesalainen 2012; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 211-212). Koko tutkimusprosessi käsittää etiikan moraalisisia päätöksiä ja valintoina, aina aiheen valinnasta tutkimusten tuloksiin asti (Kuula 2011, 11). Tutkimusetiikan neljä peruseriaatetta ovat hyödyllisyys ja oikeudenmukaisuus, autonomian kunnioittaminen ja vahingon välttäminen (Vesalainen 2012). Keskeisemmäksi ja tärkeimmäksi lähtökohdaksi nousee kuitenkin ihmisarvon kunnioittaminen kaikissa menetelmissä ja työvaiheissa. Tutkimuksen tulokset ovat uskottavia ja se voi olla eettisesti luotettavaa ja hyväksyttävää vain, jos itse tutkimus on tehty tavalla, jota edellytetään hyvässä tieteellisessä käytännössä. Tutkimusetiikan kannalta katsottuna hyvään tieteelliseen käytäntöön liittyvinä lähtökohtina voidaan pitää sitä, että tutkimuksessa noudatetaan toimintatapoja, jotka ovat tiedeyhteisön tunnustamia, kuten rehellisyyttä, yleistä tarkkuutta ja huolellisuutta. Tarkkuutta ja huolellisuutta tulee noudattaa myös tulosten esittämisessä, tallentamisessa, sekä arvioinnissa. Tutkimukseen liittyvässä tiedonhankintamenetelmässä, tutkimusmenetelmässä ja arviointimenetelmässä on sovellettava tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä menetelmiä. Muiden tutkijoiden työt ja saavutukset otetaan huomioon asianmukaisella tavalla. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012.) Tässä tutkimuksessa opinnäytetyön tekijät ovat perehtyneet eettisiin suosituksiin, ohjeisiin ja lainsäädäntöön ja pyrkineet noudattamaan kaikkia eettisiä käytäntöjä. Alla olevissa kappaleissa perehdytään tarkemmin eettisiin näkökulmiin sekä tutkimuksen luotettavuuteen.

### 8.1 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuskohdetta valittaessa pitää huomioida, että siihen liittyy eritasoisia eettisiä kysymyksiä. Suurimmillaan kyseessä on siitä, mitä ja millaisia päämääriä tiede ja tutkimus edistävät. Pienimmillään kyse on yksittäisestä tutkimuksesta ja siihen liittyvästä tutkijan tekemästä tutkimuskohteen valinnasta. Tutkimuskohteen valinnan yleisenä periaatteena voidaan pitää sitä, että asia, jota tutkitaan, on tieteellisesti perusteltu ja mielekäs. Kun määritellään tutkimusaihetta ja tutkimusongelmaa, määrittely ei saa sisältää väheksyviä oletuksia joistakin ihmis- ja potilasryhmistä. Tutkimusaihe ja tutkimusongelma ei saa

myöskään loukata ketään. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 365.) Tämän opinnäytetyön tutkimuskohteen valinnassa huomioitiin tutkimusaiheen tarpeellisuus, koska asiakkaiden mielipiteitä korvaushoidosta on tutkittu melko vähän. Tutkimuskohteen valinnalla pyrittiin edistämään Salon päihdeyksikössä olevien korvaushoidon asiakkaiden mahdollisuutta tuoda esille omia näkökulmia korvaushoidosta ja erityisesti hoidon vakautusvaiheesta. Tutkimuskohteen valinnassa huomioitiin myös, että tutkimustulosten perusteella Salon päihdeyksikkö saa tietoa, jonka pohjalta hoitoa voidaan kehittää.

Tutkijoiden on otettava huomioon monia eettisiä kysymyksiä, jotka liittyvät tutkimuksen tekoon. Tiedon julkaisemiseen ja tiedon hankintaan liittyy yleisesti hyväksytyjä tutkimuseettisiä periaatteita. Näiden periaatteiden tunteminen ja niiden mukaan toimiminen on jokaisen tutkijan omalla vastuulla. Hyvä tutkimus edellyttää, että tutkimuksen tekemisessä noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä. (Hirsijärvi ym. 2009, 23.) Viime kädessä tutkijat itse tekevät tutkimustyötään koskevat eettiset ratkaisut ja ovat niistä myös vastuussa. Vaikkakin vastuu on yksittäisillä tutkijoilla, koostuu tutkimusetiikka yhä enemmässä määrin kollegiaalisesti sovitusta tavoitteista ja periaatteista. (Kuula 2011, 26.) Tämän opinnäytetyön ja tutkimuksen jokaisessa vaiheessa on noudatettu kaikkia eettisesti luotettavia ja hyväksytyjä käytäntöjä ja menetelmiä. Jokainen vaihe on dokumentoitu huolellisesti ja jokaisesta työvaiheesta on kerrottu yksityiskohtaisesti ja rehellisesti. Tutkimuslupa opinnäytetyöhön anottiin asianmukaisesti. Tutkimuslupaa varten luvan myöntäjälle esitettiin kaikki tarpeellinen tutkimukseen liittyvä eettinen tieto.

Tutkimuksen lähtökohtana tulee olla ihmisarvon kunnioittaminen. Ihmisten itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan antamalla heille itse mahdollisuus päättää siitä, osallistuvatko he tutkimukseen vai eivät. (Hirsijärvi ym. 2009, 25.) Kun puhutaan hoitotieteellisestä tutkimuksesta, kohteena on usein potilaita ja asiakkaita, jotka voivat kokea velvollisuudekseen osallistua tutkimukseen hoitosuhteensa vuoksi. Tästä johtuen onkin erittäin tärkeää, että tutkimukseen osallistumisen on oltava aidosti vapaaehtoista ja sen täytyy perustua tietoiseen suostumukseen. Tällä tarkoitetaan sitä, että tutkimukseen osallistuvan on tiedettävä mikä on tutkimuksen luonne. Tutkimukseen osallistuvan on myös tiedettävä, miten tutkimuksesta saatua tietoa säilytetään ja miten ja missä tutkimuksen tulokset tullaan julkaisemaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218-219.) Yksityisyyden kunnioittaminen tutkimuksessa tarkoittaa sitä, että ihmisellä on oikeus päättää, minkälaisia tietoja he antavat tutkimuskäyttöön. Yksityisyyden kunnioittaminen tarkoittaa myös sitä, että tutkimustekstejä ei saa kirjoittaa niin, että tutkimukseen osallistuneet olisivat siitä tunnistettavissa. (Kuula 2011, 64.) Tässä opinnäytetyössä ja tutkimuksessa

kiinnitettiin erityisesti huomiota yksityisyyden kunnioittamiseen. Ihmisarvon kunnioittamista ja itsemääräämisoikeutta kuvastaa se, että asiakas oli tietoinen kyselytutkimuksesta heti päihdeyksikköön tullessaan. Asiakas sai tiedon kyselystä ulko-oveen kiinnitetyistä tiedotteista, jossa kävi ilmi myös vapaaehtoisuus vastata kyselyyn. Saatekirjeestä ilmeni, että kyselyyn vastaaminen katsottiin suostumukseksi tutkimukseen. Tutkimuksen kohteena olevalle asiakasryhmälle oli erittäin tärkeää anonymiteetin säilyminen. Tutkimuksen aikana huolehdittiin siitä, ettei yksikön sairaanhoitajat näe asiakkaiden vastauksia missään tutkimuksen vaiheessa. Tämä varmistettiin sillä, että kyselylomakkeet palautettiin lukittuun palautuslaatikkoon asiakkaan toimesta, eikä vastauksiin ollut pääsyä muilla, kuin opinnäytetyön tekijöillä. Kun asiakas vastasi kyselyyn tutkimuksen ensimmäisenä päivänä, jolloin opinnäytetyön tekijät olivat paikalla, tekijät pysyivät taka-alalla, että asiakkaalla säilyisi tunne siitä, että hänen yksityisyyttä kunnioitetaan vastaamisen aikana. Lisäksi asiakkaille kerrottiin, missä tutkimuksen tulokset tullaan julkaisemaan.

Tutkimuksen kaikissa vaiheissa tulee välttää epärehellisyyttä. Keskeisiä huomioon otettavia periaatteita on muun muassa plagiointi. Toisen kirjoittajan käsikirjoitusta, artikkelia tai tekstiä ei lainata luvattomasti, eikä sitä esitetä omana tekstinä. Tutkija ei saa myöskään plagioida omia tutkimuksiaan, eli tuottaa näennäisesti uutta tutkimusta muuttamalla tutkimuksestaan vain pieniä asioita. Tutkimuksen tuloksia ei saa myöskään kaunistella, sepittää tai niitä ei saa yleistää kriittikömmästä. Tutkimuksen raportointi ei saa olla puuttellista tai harhaanjohtavaa. Myöskään toisten tutkijoiden osuutta ei saa vähätellä. (Hirsijärvi ym. 2009, 25-26.) Tässä opinnäytetyössä ja tutkimuksessa pyrittiin rehellisyyteen jokaisessa työn vaiheessa. Tutkimusaineistona on käytetty luotettavia, pääsääntöisesti alle 10 vuoden ikäisiä tutkimuksia ja lähteitä, joita on katsottu kriittisesti. Kaikki lähteet ja lähdemerkinnät tehtiin asianmukaisesti Turun ammattikorkeakoulun ohjeita noudattaen. Tässä opinnäytetyössä tietoja ei ole vääristelty tai muutettu missään työn eri vaiheissa ja ne on esitetty totuudenmukaisesti. Plagioinnin estämiseksi tämä työ tarkistettiin Urkund- plagiointiohjelmalla.

## 8.2 Tutkimuksen luotettavuus

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta ja pätevyyttä voidaan arvioida tarkastelemalla tutkimuksen validiteettia ja reliabiliteettia. Validiteetilla eli pätevyydellä tarkoitetaan sitä, onko tutkimuksessa mitattu juuri sitä, mitä oli tarkoituskin mitata. (Hirsijärvi ym. 2009, 231; Jyväskylän yliopisto 2013; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 189.) Koko tutkimuksen luotettavuuden perusta on kuitenkin mittarin sisältövaliditeetti. Jos mittari on valittu väärin, eikä se mittaa haluttua tutkimusilmiötä, on mahdotonta saada luotettavia tuloksia. Suositeltavaa olisi, jos tutkimuksessa käytettäisiin olemassa olevia testattuja ja standardoituja mittareita. Mittarin valinnassa on otettava huomioon myös mittarin ikä, koska hoitotyö kehittyy jatkuvasti, eivätkä vanhat mittarit välttämättä mittaa enää oikeita asioita. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 190.) Jos tutkimukselle sopivaa mittaria ei ole saatavilla, voidaan mittari luoda itse (Heikkilä 2014b; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 191). Kyselylomakkeen laatimisessa on otettava huomioon, että kysymysten avulla voidaan selvittää koko tutkimusongelma. Ensiksi nimetään tutkittavat asiat, suunnitellaan rakenne ja lopuksi muotoillaan kysymykset. (Heikkilä 2014b.) Lomakkeen esitestaamista suositellaan erityisesti silloin, kun käytetään uutta kyseistä tutkimusta varten kehitettyä mittaria (Heikkilä 2014b; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 191). Luotettavuutta voidaan lisätä myös sillä, että samassa tutkimuksessa käytetään useampaa kuin yhtä tutkimusmenetelmää (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 75). Tässä tutkimuksessa mittarina käytettiin tarkoin suunniteltua kyselylomaketta. heikkoidessa mittarin tekijöiden piti kiinnittää huomiota kyselylomaketta tehdessä moniin luotettavuuteen vaikuttaviin asioihin, kuten aineiston keruuseen, kysymyksiin ja niiden tarkoituksiin ja tavoitteisiin. Tässä kyselylomakkeessa käytettiin kvantitatiivista sekä kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Molempien tutkimusmenetelmien käyttö samassa kyselyssä katsotaan lisäävän kyselyn luotettavuutta. Mittari tehtiin yhteistyössä opinnäytetyön tekijöiden, yksikön lääkärin sekä yksikön sairaanhoitajien kanssa. Toisella opinnäytetyön tekijällä oli lisäksi aiempaa tuntemusta asiakasryhmästä, joten kysymysten laatiminen osattiin kohdentaa juuri tälle asiakasryhmälle sopiviksi. Mittari esitettiin ja hyväksytettiin yksikössä ennen sen julkaisemista. Luotettavuuden lisäämiseksi mittaria testattiin perhe- ja kaveripiirissä ennen sen julkaisemista.

Validiutta voi heikentää se, että vastaajat saattavat käsittää monet kysymykset aivan eri tavalla, kuin tutkijat ovat ajatelleet (Hirsijärvi ym. 2009, 231-232). Tässä tutkimuksessa

osalle vastaajista toi haastetta sana vakautusvaihe. Tätä sanaa useimmat vastaajat pohdivat ääneen väärinymmärryksen ehkäisemiseksi. Ääneen pohdinnassa ilmeni, miten asiakas itse ymmärsi asian ja voidaan todeta, että lähes kaikki vastaajista tulkitse asian oikein. Oikeita vastauksia vältettiin antamasta opinnäytetyön tekijöiden toimesta, koska yksi kyselyn väittämistä viittasi siihen, miten hyvin asiakas oli saanut tietoa vakautusvaiheesta. Tilanteissa, jossa asiakas pohti ääneen sanaa vakautusvaihe ja samalla vastasi itselleen oikein, myönnettiin, että asiakas on ymmärtänyt asian oikealla tavalla. Tässä otettiin tietoinen riskin siitä, voidaanko katsoa, että opinnäytetyön tekijät ovat helpottaneet joidenkin asiakkaiden kohdalla väittämiin vastaamista, joka voi vastaavasti heikentää tulosten luotettavuutta. Tähän ratkaisuun kuitenkin päädyttiin, koska opinnäytetyön tekijät eivät halunneet ottaa riskiä siitä, että asiakas jättää tämän takia kokonaan vastaamatta. Lisäksi katsottiin, että tulokset eivät vääristy tämän johdosta, koska asiakas kuitenkin ymmärsi, mitä väittämä tarkoittaa. Tällä haluttiin varmistaa, että vastausprosentti saatiin mahdollisimman korkeaksi ja sitä kautta tutkimusta luotettavammaksi.

Ulkoisilla validiteeteillä viitataan kyselystä riippumattomiin tekijöihin, jotka voivat vaikuttaa tutkimustuloksiin tai tutkimuksen yleistettävyyteen. Yhtenä uhkana voidaan pitää sitä, että tutkimukseen osallistuva muuttaa käyttäytymistään, kun tietää olevansa tutkimuksen kohteena. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 196.) Tämän kyselyn aikana katsottiin tärkeäksi, etteivät opinnäytetyön tekijät vaikuta asiakkaan vastauksiin sellaisella käyttäytymisellä tai äänenpainolla, joka voi luoda vastaajalle paineita vastata tietyllä tavalla. Kun asiakas tuli vastaanotolle, kysyttiin kohteliaasti, haluavatko asiakkaat ottaa osaa tutkimukseen ja samalla painotettiin vahvasti sitä, että vastaaminen on vapaaehtoista ja anonymiteetti säilyy koko tutkimuksen ajan. Tällä haluttiin luoda vaikutelmaa, että asiakas voi vastata kyselyyn omana itsenä, ilman pelkoa, että tunnistautuu vastausten perusteella.

Reliabiliteetti eli luotettavuus kertoo puolestaan tulosten pysyvyydestä ja toistettavuudesta (Hirsijärvi ym. 2009, 231; Heikkilä 2014b; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 194-195). Reliabeli tutkimus antaa tarkkoja, ei sattumanvaraisia tuloksia (Hirsijärvi ym. 2009, 231; Heikkilä 2014b). Tutkimuksen reliabiliteetti on hyvä, jos sama tutkimus uusittaisiin samoissa olosuhteissa ja siitä saataisiin samat tulokset (Hiltunen 2009). Reliabiliteetin suhteen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida myös otoksen koon ja vastausprosentin mukaan (Heikkilä 2014b). Jotta tulokset olisivat luotettavia, tulisi tiedonkeruu, tulosten syöttö ja käsittely tehdä huolellisesti ja virheettömästi (Hiltunen 2009). Tulosten luotettavuutta puoltaa se, että aineisto kerätään standardoidusti. (Hirsijärvi ym.

2009, 193.) Tulosten luotettavuutta voi heikentää se, ettei pystytä varmistumaan siitä, miten vakavasti vastaajat ovat suhtautuneet kyselyyn, ja onko vastaaminen tehty rehellisesti ja huolellisesti. Ei myöskään pystytä arvioimaan annettujen vastausvaihtoehtojen onnistumista ja riittävyttä vastaajan näkökulmasta. Ei myöskään tiedetä, miten hyvin vastaajat ovat selvillä aiheesta. (Hirsijärvi ym. 2009, 195.) Tässä työssä aineisto kerättiin standardoidusti, eli kaikki saivat samanlaisen kyselylomakkeen. Luotettavuutta voi heikentää se, ettei pystytä varmistumaan siitä, täyttivätkö asiakkaat kyselyn ajatuksen kanssa, luettiin kysymykset huolella läpi ja oliko kysymykset oikein ymmärretty, koska muutamiin kyselyihin vastattiin hyvin nopeasti. Luotettavuutta voi heikentää myös se, että kaikki asiakkaat eivät ole vielä olleet hoidon vakautusvaiheessa, eivätkä kaikki asiakkaat olleet itsekään tietoisia siitä, missä hoidon vaiheessa he ovat. Tulosten luotettavuuden kannalta asiakkaita pyydettiin kirjaamaan kyselylomakkeeseen selvästi tieto siitä, ettei hoito ollut vielä edennyt vakautusvaiheeseen asti, jos se oli tiedossa. Kysely tehtiin kuitenkin kaikille asiakkaille riippumatta hoidon vaiheesta yksikön lääkärin pyynnöstä, koska suurin osa asiakkaista on kuitenkin käynyt vaiheen läpi jossain vaiheessa omaa hoitoa.

Tässä työssä reliabiliteettiä mietittiin opinnäytetyön tekijöiden toimesta myös mittarin suunnitteluvaiheessa. Tiedettiin, että mitä suurempi vastaajamäärä on, sitä luotettavampi tutkimuksen tuloksesta tulee. Tämän jälkeen pohdittiin, miten asiakkaat saadaan parhaiten vastaamaan kyselyyn ja päädyttiin tulokseen, että opinnäytetyön tekijöiden on hyvä olla itse paikan päällä kertomassa asiakkaille tutkimuksesta sekä kannustamassa vastaamaan kyselyyn. Tämä osoittautui hyväksi tavaksi. Tutkimuksen ensimmäisenä päivänä, jolloin opinnäytetyön tekijät olivat paikan päällä, vastauksia saatiin yhteensä 29, jolloin vain kolme koko päivän kävijämäärästä jätti vastaamatta. Päivän kävijämäärä oli yli puolet koko yksikön asiakasmäärästä. Koska suurin osa samoista asiakkaista kävivät päivittäin, sovittiin, että sairaanhoitajat antavat muina päivinä kyselylomakkeen niille asiakkaille, jotka käyvät vain kerran viikossa. Vastausprosentti oli kokonaisuudessaan 85%. Vastausprosentin mukaan voidaan todeta, että vastausprosentti oli hyvä ja tulokset ovat melko luotettavia. Kokonaisuudessaan tutkimusjoukko oli pieni (n=35), joten tuloksia ei voida pitää yleisellä tasolla yleistettävänä, mutta suuntaan antavina voidaan pitää. Yleistettävyyttä korostaa se, että tämän tutkimuksen tuloksista löytyi samoja elementtejä, kuin esimerkiksi Madden ym. (2008) ja Leirvaag Carlsenin ym. (2019) tekemistä tutkimuksista.



Tulosten tulkinnalla tarkoitetaan sitä, että tuloksia pohditaan ja niistä tehdään omia johtopäätöksiä (Hirsijärvi ym. 2009, 229). Tässä työssä tulokset syötettiin Excel-ohjelmaan ja tarkistettiin kahteen kertaan molempien opinnäytteen tekijöiden toimesta. Tämän lisäksi tehtiin vielä manuaalisia tarkistuksia, missä vertailtiin keskenään omia tuloksia sekä Excel-taulukon antamia tuloksia. Avoimen kysymyksen vastaukset luettiin huolellisesti läpi useampaan kertaan molempien opinnäytteen tekijöiden toimesta. Tällä haluttiin varmistaa, että asiakkaiden kirjoitukset ja käsiala tulkittiin samalla tavalla ja vastauksista tehtiin samanlaiset johtopäätökset.

Uskottavuudessa on kyse siitä, että tulokset on kuvattu niin tarkasti, että lukija ymmärtää, miten analyysi on tehty. Kuvauksen apuna on hyvä käyttää taulukoita tai liitteitä. (Kankunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 198.) Tässä työssä tulokset on esitetty pääsääntöisesti prosentuaalisesti kuvioita ja taulukoita apuna käyttäen. Kuvioiden eli pylväiden avulla tulokset voidaan nopeasti ja helposti tulkita. Taulukoista haluttiin tehdä yksinkertaiset ja ne kertovat lukijalle oleellimmat asiat, kuten vastaajien määrän, tuloksen prosentteina, frekvenssin, keskiarvon ja keskihajonnan. Tuloksen tulkinnan helpottamiseksi yhteen taulukkoon haluttiin laittaa enintään kahden eri kysymyksen vastaukset. Vapaaehtoisen kysymyksen kohdalla vastauksista poimittiin kyselyn kannalta keskeisimmät ajatukset, palautteet ja kehitysideat, jotka jaoteltiin ryhmiksi. Vastaukset esitettiin kuvailvasti ja mukaan liitettiin suoria lainauksia asiakkaiden kommentteista.

## 9 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa hoidon vakautusvaiheen toimivuutta asiakkaan näkökulmasta Salon päihdeyksikössä. Opinnäytetyön kyselytutkimuksen vastausprosentti oli 85%. Vastausprosentin mukaan voidaan todeta, että päihdeyksikön asiakasryhmällä oli mielenkiintoa kyselyä kohtaan ja tarvetta tuoda omia näkökulmia esiin. Osa vastaajista antoi kiitosta siitä, että heidän mielipidettä kysytään. Suuren vastausprosentin mukaan tutkimuksen tuloksia voidaan pitää Salon päihdeyksikön sisällä melko luotettavina. Pienen tutkimusjoukon (n=35) vuoksi johtopäätöksiä ei voida yleistää, mutta niitä voidaan pitää suuntaan antavina. Lisäksi korkean vastausprosentin sekä tulosten perusteella voidaan todeta, että opinnäytetyön tekijät saivat tässä tutkimuksessa vastauksen myös tutkimusongelmaan.

Tutkimusongelmana lähdettiin selvittämään, miten asiakkaat kokevat hoidon vakautusvaiheen Salon päihdeyksikössä. Vakautusvaihe kuuluu osaksi kuntouttavaa hoitomuotoa ja sitä voidaan kutsua myös kuntouttavan hoidon ensimmäiseksi vaiheeksi (Heino 2019). Vakautusvaihe on ollut käytössä vasta muutamia kuukausia, mutta käsitteenä se oli kuitenkin tuttu lähes kaikille vastaajista. Osa vastaajista oli kuitenkin sitä mieltä, että vakautusvaiheesta on saatu liian vähän tietoa tai säännöt ovat vielä epäselvät. Tämä voi johtua pitkälti siitä, että vakautusvaiheen kehitystyö on vielä osittain kesken. Tulosten perusteella voidaan kuitenkin todeta, että oikeaan suuntaan ollaan menossa. Yli puolet vastaajista oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että hoidon vakautusvaihe on auttanut sitoutumaan korvaushoittoon paremmin ja hoidon vakautusvaihe on edistänyt kuntouttavaan vaiheeseen siirtymistä. Kun mukaan otetaan vastaajat, jotka olivat asiasta täysin samaa mieltä, voidaan todeta, että suurin osa vastaajista kokee vakautusvaiheen jollain tavalla auttaneen hoitoon sitoutumisessa ja hoidon edistämiseksi kuntouttavaan vaiheeseen siirtymisessä. Suurin osa vastaajista oli täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että hoidon vakautusvaihe on auttanut selviytymään arjessa paremmin. Jo näiden vastausten perusteella voidaan tehdä johtopäätöksiä siitä, että asiakkaat ovat olleet tyytyväisiä vakautusvaiheeseen ja siitä on ollut heille oikeasti apua. Kun asiakkaiden tyytyväisyyttä tarkastellaan yleisesti, voidaan todeta, että tyytyväisyys korvaushoitoa kohtaan on korkealla tasolla ja samaa toteavat myös Madden ym. (2008) tutkimuksessaan. Kun tähän lisätään Ollgren (2014) tekemä tutkimus, jossa todetaan ongelmakäyttäjien määrien olevan nousussa, voidaan korostaa, että korvaushoito on todella tärkeää ja hyödyllistä hoitoa ja sille tulee olemaan jatkossakin tarvetta.

Tässä tutkimuksessa yli puolet vastaajista on ollut korvaushoidon asiakkaana alle 5 vuotta. Tulosten analysoinnin yhteydessä huomattiin, että yleisesti tyytyväisimpiä ovat ne asiakkaat, jotka ovat olleet vähemmän aikaa hoidossa verrattuna niihin, jotka ovat olleet hoidon piirissä yli 5 vuotta. Tätä asiaa pohdittiin yhdessä myös päihdeyksikön lääkärin kanssa. Varmuudella ei voida sanoa, mutta voidaan pohtia, onko kyse siitä, että vähemmän aikaa hoidossa olleilla on enemmän innostusta ja motivaatiota hoitoa kohtaan, kun taas kauan hoidossa olleilla alkaa olemaan hoitoväsymystä (Heino 2019). Tyytymättömyyttä näkyi varsinkin niiden kohdalla, jotka ovat olleet korvaushoidossa useita vuosia, mutta eivät ole edistyneet omassa hoidossaan. Huono edistyminen hoidossa voi viitata myös siihen, että asiakkaalla ei ole ollut tarpeeksi motivaatiota kuntoutukseen, kuntouttavat tavoitteet puuttuvat tai asiakkaalla ei ole aikomustakaan lopettaa päihdeidenkäyttöä kokonaan (Heino 2019). Tulos on samansuuntainen, kuin Leirvaag Carlseinin ym. (2019) tekemä tutkimus, jossa tutkittiin, paraniko korvaushoidossa olevien potilaiden elämänlaatu ensimmäisenä hoitovuotena.

Avoimen kysymyksen kohdalla vastaajat antoivat kritiikkiä lääkkeiden annosteluajoista ja hoidon joustamattomuudesta ja samaa toteavat Madden ym. (2008) tutkimuksessaan. On ymmärrettävää, että niillä, jotka ovat kuntouttavassa työssä mukana, harmittaa hakea lääkkeitä kesken työpäivän. Tämän lisäksi myös hoidon joustamattomuus nostettiin esille. Tässä tarkoitettiin lähinnä lomapäivien siirtoja niille henkilöille, jotka ovat kuntouttavassa toiminnassa mukana. Koska yksi vakautusvaiheen tavoitteista on helpottaa asiakkaan arkea ja hoitoon sitoutumista, jatkossa voisi pohtia, voidaanko tämän asiakasryhmän eteen tehdä jotain erityisratkaisuja hoidon joustavuuden ja lääkkeiden annosteluajkojen suhteen.

Osa vastaajista koki lisätarvetta psykiatriselle hoidolle lääkkehoidon lisäksi. Myös Madden ym. (2008) toteavat omassa tutkimuksessaan, että asiakkaat olisivat halunneet enemmän tapaamisia lääkärin ja hoitajien kanssa hoitajakson aikana. Simojoki (2012) puolestaan toteaa, että psykososiaalisella tuella on merkitystä varsinkin silloin, kun sitä voidaan antaa lääkehoidon rinnalla. Tällä hetkellä Salon päihdeyksikössä ei ole tarjolla psykososiaalista hoitoa asiakkaille (Heino 2019). Kyselyn perusteella siihen olisi kuitenkin tarvetta. Jos asiakkaalle ei voida tarjota psykososiaalista hoitoa päihdeyksikössä, voidaan miettiä, miten yhteistyö toteutetaan sujuvasti muiden organisaatioiden kanssa niin,

että asiakas saa tarvitsemansa hoidon. Kokonaisuutta katsottaessa on kuitenkin asiakkaan etu, että hoito toteutetaan yhdessä paikassa. Tulevaisuudessa olisikin hienoa nähdä Salossa toimiva päihdeyksikkö, jolla olisi mahdollisuus tarjota lääkehoidon lisäksi myös psykososiaalista hoitoa asiakkaille. Tämä ratkaisu tarkoittaisi todennäköisesti lisäresurssien tarvetta päihdeyksikössä tai koko hoitoprosessin uudelleen järjestämistä.

Vaikka päihdehoitoon liittyviä tutkimuksia on tehty vähän, yleisellä tasolla voidaan sanoa, että samantyyppisistä tutkimuksista löytyy yhdistäviä elementtejä. Hoitoon ollaan tyytyväisiä ja kritiikkikohteet ovat hyvin samantyyppisiä, esimerkiksi lääkkeiden annosteluajat, lisätarve keskusteluille hoitajien ja lääkärien kanssa sekä hoidon joustamattomuus. Tämä puoltaa myös sitä ajatusta, että huolen aiheet ovat asiakkaille todellisia, eikä vain yksittäisten ihmisten mielipiteitä. Tutkimuksissa yksittäiset kommentit jäävät helposti taka-alalle ajatuksena, että ne ovat vain jonkun yksittäisen ihmisen mielipiteitä, eikä niihin tarvitse puuttua. Samanlaista pohdintaa tehtiin myös tämän tutkimuksen aikana. Voisiko jonkun yksittäisen ihmisen mielipidettä nostaa esille ja yleistää. Yleistää ei voida, mutta on tärkeää, että asiat huomioidaan oikealla tavalla ja niitä nostetaan esiin. Salon päihdeyksikön asiakasmäärä on kokonaisuudessaan aika pieni, mikä tarkoitti, että yksittäisiä kommentteja vapaamuotoiseen kysymykseen tuli jonkin verran. Silti vastauksista on poimittavissa jo edellä mainittuja asioita, mitä kannattaisi tulevaisuudessa lähteä ainakin pohtimaan. Pienikin asia tai muutos voi olla asiakkaalle merkittävä askel eteenpäin, niin arjessa kuin kuntoutuksessakin.

Yhteenvedon voidaan vielä todeta, että tämä tutkimus antaa vahvan kuvan asiakkaiden mielipiteistä ja luo pohjaa toiminnan kehittämiseksi. Vaikka yksittäisellä tutkimuksella ei olisikaan suurta arvoa, voidaan sitä pitää pienenä askeleena eteenpäin. Näitä tutkimustuloksia voidaan esimerkiksi käyttää vertailupohjana tuleville uusille tutkimuksille. Koska hoidon vakautusvaihe on ollut vain vähän aikaa käytössä Salon päihdeyksikössä, on liian aikaista arvioida, voisiko tätä hoidon vaihetta käyttää myös muissa päihdeyksiköissä. Nämä ensimmäiset tutkimustulokset asiakkaiden näkökulmasta kuitenkin puoltavat tätä ajatusta ja antavat suuntaa sille, että kehitystyötä kannattaa ehdottomasti jatkaa. Jos tulevaisuudessa tyytyväisyys hoitoa kohtaa on näin korkealla tasolla, kannattaa ehdottomasti miettiä, miten vakautusvaihetta voisi hyödyntää myös muissa yksiköissä. Jatko-tutkimuksena voisi selvittää, mitä mieltä asiakkaat ovat vakautusvaiheesta esimerkiksi vuoden tai kahden vuoden päästä, jotta voidaan nähdä, mihin suuntaan hoito on kehittynyt ja mitä uutta se on tuottanut. Tutkimus voitaisiin tehdä samanlaisella kyselyllä tai

mukaan voisi ottaa uusia tarkemmin kohdennettuja kysymyksiä. Tärkeää on pitää huolta siitä, että asiakkaat saavat tietoa tutkimuksen tuloksista riippumatta siitä, miten tuloksia tullaan mahdollisesti hyödyntämään. Jos vain kysellään, eikä tuloksista puhuta, voi asiakkaalle tulla olotila, ettei heidän mielipiteillään ollut väliä, eikä seuraavaan kyselyyn suhtauduta enää niin vakavasti. Koko hoitosuhteen kannalta on kuitenkin erittäin tärkeää, että asiakas kokee tulevansa kuulluksi.

## LÄHTEET

Aalto, M.; Alho, H. & Niemelä, S. 2018. Huume- ja lääkeriippuvuudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Alho, H.; Sinclair, D.; Vuori, E. & Holopainen, A. 2006. Abuse liability of buprenorphine–naloxone tablets in untreated IV drug users. Viitattu 20.02.2019. [https://www.gacguidelines.ca/site/GAC\\_Guidelines/assets/pdf/91\\_Alho\\_2007.pdf](https://www.gacguidelines.ca/site/GAC_Guidelines/assets/pdf/91_Alho_2007.pdf).

Euroopan huumeraportti. 2018. Suuntauksia ja muutoksia. Euroopan huumaussaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus. Viitattu 15.2.2019. [http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/8585/20181816\\_TDAT18001FIN\\_PDF.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/8585/20181816_TDAT18001FIN_PDF.pdf).

European Medicines Agency. 2018a. Buvidal. Medicine overview. Viitattu 20.01.2019. [https://www.ema.europa.eu/documents/overview/buvidal-epar-medicine-overview\\_fi.pdf](https://www.ema.europa.eu/documents/overview/buvidal-epar-medicine-overview_fi.pdf).

European Medicines Agency. 2018b. Buvidal. Public assessment report. Viitattu 20.01.2019. [https://www.ema.europa.eu/documents/assessment-report/buvidal-epar-public-assessment-report\\_en.pdf](https://www.ema.europa.eu/documents/assessment-report/buvidal-epar-public-assessment-report_en.pdf).

Haight, B.; Learned, S.; Laffont, C.; Fudala, P.; Zhao, Y. & Garofalo, A. 2019. Efficacy and safety of a monthly buprenorphine depot injection for opioid use disorder. The Lancet. Volume 393/2019, 778-790. Viitattu 28.3.2019. [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(18\)32259-1.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(18)32259-1.pdf).

Heikkilä, T. 2014a. Kvantitatiivinen tutkimus. Viitattu 23.1.2019. <http://www.tilastollinentutkimus.fi/1.TUTKIMUSTUKI/KvantitatiivinenTutkimus.pdf>.

Heikkilä, T. 2014b. Tilastollinen tutkimus. Viitattu 9.2.2019. <http://www.tilastollinentutkimus.fi/7.RAPORTOINTI/TutkimuksenLuotettavuus.pdf>.

Heino, J. 2019. Henkilökohtainen tiedonanto. Psykiatrian erikoislääkäri.

Heinälä, P. 2013. Laadukas korvaushoito pitää turvata. A-klinikkasäätiö. Viitattu 22.2.2019. <https://a-klinikkasaatio.fi/tiimi/1787/laadukas-korvaushoito-pitaa-turvata>.

Hiltunen, L. 2009. Validiteetti ja reliabiliteetti. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 19.2.2019. [http://www.mit.jyu.fi/ope/kurssit/Graduryhma/PDFt/validius\\_ja\\_reliabiliteetti.pdf](http://www.mit.jyu.fi/ope/kurssit/Graduryhma/PDFt/validius_ja_reliabiliteetti.pdf).

Hirsjärvi, S.; Sarajärvi, P. & Remes, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Tampere: Kirjayhtymä.

Huttunen, M. 2017. Huumeidenkäytön vieroitushoito. Terveyskirjasto. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 13.2.2019. [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=lam00090](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00090).

Huttunen, M. 2018. Lääkeriippuvuus. Terveyskirjasto. Viitattu 10.1.2019. [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00388](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00388).

Häkkinen, M. 2015. Abuse and fatal poisonings involving prescription opioids. Helsingin Yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Psykiatrian osasto. Akaateeminen väitöskirja. Viitattu 20.01.2019. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/153825/abuseand.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Huumauslainlaki 373/2008. Viitattu 7.2.2019. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2008/20080373>.

Huumeilanne Suomessa. 2014. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 1/2015. Viitattu 16.1.2019. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125568/THL\\_RAPO1\\_2015\\_web%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125568/THL_RAPO1_2015_web%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

Johansson, K.; Axelin, A.; Stolt, M. & Ääri, R-L. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitos. Tutkimuksia ja raportteja.

Jokinen, H. 2006. Laatutähteä tavoittelemassa. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Päihdetyöryhmä. Viitattu 21.2.2019. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75223/laatutahtea\\_tavoittelemassa1.pdf](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75223/laatutahtea_tavoittelemassa1.pdf).

Joutsa, J. & Kiianmaa, K. 2018. Huumeriippuvuuden kehittymisen mekanismit, Teoksessa: Aalto, M.; Alho, H. & Niemelä, S. 2018. Huume- ja lääkeriippuvuudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 32-34.

Jyväskylän Yliopisto. 2015. Määrällinen analyysi. Viitattu 25.1.2019. <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/aineiston-analyysimenetelmat/maarallinen-analyysi>.

Kaipainen, E.; Lamminen, S. & Niemelä, S. 2016. Huumeiden oheiskäyttö opioidikorvaushoidossa Turussa ja Jyväskylän seudulla. Suomen lääkärilehti 8/2016. Viitattu 29.1.2019. <https://www.innokyla.fi/documents/468553/0/Kaipainen+ym+Huumeiden+oheisk%C3%A4ytt%C3%B6+SLL82016-573.pdf/b6e818a4-8370-4115-97fd-ba98cd80a2c4>.

Kankaanpää, S. 2013. Opioidikorvaushoito toipumisprosessin välivaiheena. Helsingin yliopisto. Pro gradu -tutkielma. Viitattu 10.2.2019. [https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/38549/Korvaushoito\\_gradu.pdf?sequence=2](https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/38549/Korvaushoito_gradu.pdf?sequence=2).

Kankkunen, P & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2017. Tutkimus hoitotieteessä. 3- 5. painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Kotovirta, E. & Tammi, T. 2018. Huumeiden käytön haittoja vähentävä toiminta ja sen lähtökohdat, Teoksessa: Aalto, M.; Alho, H. & Niemelä, S. 2018. Huume- ja lääkeriippuvuudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 188.

Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. 2. uudistettu painos. Jyväskylä: Vastapaino.

Kuurne, K. 2016. Opiiaattiriippuvainen potilas sairaalahoidossa. Viitattu 22.2.2019 <http://www.hus.fi/ammattilaiselle/koulutus/koulutusmateriaalit/Koulutusmateriaalit/Kuurne%20K,%20Opiiaattiriippuvainen%20potilas%20sairalahoidossa.pdf>.

Käypähoito. 2018. Huumeongelman hoito. Viitattu 7.2.2019. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50041>.

Käypähoito. 2019. Tutkimusten luotettavuudesta ja sovellettavuudesta. Viitattu 24.1.2019. <http://www.kaypahoito.fi/documents/10184/136250/Komulainen.pdf/9e18abb3-8d22-4b05-9244-68efaae0eb7a>.

Laitinen, L. 2013. Yle Uutiset. Sadat narkomaanit pakoilevat korvaushoitoja metadonin takia. Viitattu 20.01.2019. <https://yle.fi/uutiset/3-6535956>.

Launonen, E. 2013. Oheiskäyttö opioidikorvaushoidossa. Itä-Suomen yliopisto. Pro gradu -tutkielma. Lääketieteen koulutusohjelma. Viitattu 17.1.2019. [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_nbn\\_fi\\_uf-20131089/urn\\_nbn\\_fi\\_uf-20131089.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uf-20131089/urn_nbn_fi_uf-20131089.pdf).

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2012. Etiikka hoitotyössä. 5-7 painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Leirvaag Carlsen, S-E.; Lunde, L-H. & Torsheim, T. 2019. Predictors of quality of life of patients in opioid maintenance treatment in the first year in treatment. Haukeland University Hospital. Bergen. Norway. Cogent Psychology julkaisu. Viitattu 21.2.2019. <https://www.cogentoa.com/article/10.1080/23311908.2019.1565624.pdf>.

Lääketieteen termit. 2018. Opioidi. Terveysportti. Kustannus Oy Duodecim.

Madden, A; Lea, T; Bath, N & Winstock, AR. 2009. Satisfaction guaranteed. What clients on methadone and buprenorphine think about their treatment. Drug & Alcohol Review, 27/2009, 671-678.



Mikkonen A. 2012. Opioidiriippuvuus sairautena, Teoksessa: Seppä, K.; Aalto, M.; Alho, H. & Kiiänmaa, K. 2012. Huume- ja lääkeriippuvuudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 86-87.

Mäenpää, S. & Karttunen, N. 2017. Opioidit. Päihdelinkki. Viitattu 3.2.2019. <https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/laakkeet/opioidit>.

Mäkelä, N.; Partanen, A.; Alho, H. & Kuussaari, K. 2019. Miten opioidikorvaushoidossa olevat asiakkaat eroavat muista päihdeasiakkaista. Alkuperäistutkimus. Lääkärilehti 9/2019. Viitattu 11.3.2019 <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/miten-opioidikorvaushoidossa-olevat-eroavat-muista-paihdeasiakkaista/#reference-15>.

Ojanperä, I.; Kriikku, P. & Vuori, E. 2015. Myrkytyskuolemat ovat vähentyneet, lääkkeiden päihdekäyttö lisääntyy. Suomen lääkäri-lehti 48/2015, 3283-3290.

Ollgren, J.; Forsell, M.; Varjonen, V.; Alho, H.; Brummer-Korvenkontio, H.; Kainulainen, H.; Karjalainen, K.; Kotovirta, E.; Partanen, A.; Rönkä, S.; Seppälä, T. & Virtanen, A. 2014. Amfetamiinien ja opioidien ongelmakäytön yleisyys Suomessa 2012. Yhteiskuntapolitiikka 79/2012, 498–508. Viitattu 16.1.2019. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116870/ollgren.pdf?sequence=2&isAllowed=y>.

Orman, J. & Keating, G. 2009. Buprenorphine/Naloxone. A Review of its Use in the Treatment of Opioid Dependence. Drugs 69/2009, 577-607.

Partanen, A. Opioidiriippuvuuden lääkkeellinen vieroitus- ja korvaushoito. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Viitattu 13.2.2019. <http://videonet.fi/web/thl/20121128/7/partanen-1.pdf>.

Partanen, A.; Vormaa, H.; Alho, H. & Leppo, A. 2014. Opioidiriippuvuuden lääkkeellinen vieroitus- ja korvaushoito Suomessa. Suomen lääkäri-lehti 7/2014.

Partanen, A.; Holmberg, J.; Inkinen, M.; Kurki, M. & Salo-Chydenius, S. 2015. Päihdehoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro.

Partanen, A.; Alho H.; Forsell, M.; Kotovirta, E.; Kuussaari, K.; Mäkelä, N., Rönkä, S.; Selin, J. & Vormaa, H. 2017. Opioidikorvaushoito on laajentunut ja monimuotoistunut. Suomen Lääkäri-lehti 50-52/2017, 2981-2985. Viitattu 16.1.2019. <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/opioidikorvaushoito-on-laajentunut-ja-monimuotoistunut/>.

Päihdehuollon huumeasiakkaat 2017. Tilastoraportti 31/2018. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus. Viitattu 10.1.2019. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136921/Tr31\\_18.pdf?sequence=5&isAllowed=y](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136921/Tr31_18.pdf?sequence=5&isAllowed=y).

Rännäli, Helena. Pohjois-Suomen Sosiaalialan Osaamiskeskus. Hyvinvointi hakusessa-hanke 2013-2015. Viitattu 10.2.2019. [http://www.sosiaalikallega.fi/hankkeet/hyvinvointi-hakusessa/pilotit-1/rovaniemi/liite\\_57\\_opioidikorvaushoito](http://www.sosiaalikallega.fi/hankkeet/hyvinvointi-hakusessa/pilotit-1/rovaniemi/liite_57_opioidikorvaushoito).

Sedergren, J. 2015. Haittojen vähentäminen. A-klinikkasäätiö. Viitattu 10.2.2019. <https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/huumehaittojen-vahentaminen-ja-tartuntataudit/haittojen-vahentaminen>.

Seppä, K., Aalto, M., Alho, A. & Kiianmaa, K. 2012. Huume- ja lääkeriippuvuudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Sillanpää, M. 2019. Yle uutiset. Pillerit vaihtuvat ruiskeisiin huumeiden korvaushoidossa. Lääkkeen suussapidon valvonta vei liikaa aikaa. Viitattu 12.2.2019. <https://yle.fi/uutiset/3-10598731>.

Simojoki, K. 2010. Opioidiriippuvuuden lääkkeellinen vieroitus- ja korvaushoito. Päihdelinkki. Viitattu 13.2.2019. <https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/paihdeongelmien-hoito/opioidiriippuvuuden-laakkeellinen-vieroitus-ja>.

Simojoki, K.; Pentikäinen, H.; Fabritius, C. & Vuori, E. 2012. Hukkaammeko korvaushoidon mahdollisuudet. Duodecim 128 /2012, 1737–1739. Viitattu 21.1.2019. <https://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo10483>.

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

Simojoki, K. 2018. Lääkeriippuvuuden hoitoperiaatteet. Teoksessa: Aalto, M.; Alho, H. & Niemelä, S. 2018. Huume- ja lääkeriippuvuudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 79-80.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus 33/2008. Opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta erällä lääkkeillä. Finlex. Viitattu 8.1.2019. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2008/20080033>.

Surakka, V-M. 2011. Metadoni-Naloksoniyhdistelmävalmiste opiidikorvaushoidossa ja kliinisen tutkimuksen valmisteluprosessi. Itä-Suomen yliopisto. Proviisorin koulutusohjelma. Pro-Gradu tutkielma. Viitattu 20.01.2019. [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20110078/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20110078.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20110078/urn_nbn_fi_uef-20110078.pdf).

Surakka, V-M. 2011. Metadoni. Päihdelinkki. Viitattu 20.1.2019. <https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/laakkeet/metadoni>.

Terveyden ja Hyvinvoinninlaitos. 2015. Huumetilanne Suomessa 2014. Viitattu 2.8.2019 [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125568/THL\\_RAPO1\\_2015\\_web%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125568/THL_RAPO1_2015_web%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

Tuomola, P. 2018. Huumeiden ja lääkkeiden ongelmakäyttäjän kohtaaminen, Teoksessa: Aalto, M.; Alho, H. & Niemelä, S. 2018. Huume- ja lääkeriippuvuudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 48-50.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 24.01.2019. [https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf).

Uosukainen, H. 2009. Buprenorfiini opioidikorvaushoidossa. Kuopion yliopisto. Proviisorin koulutusohjelma. Pro gradu -tutkielma. Viitattu 10.1.2019. [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20090108/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20090108.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20090108/urn_nbn_fi_uef-20090108.pdf).

Valtioneuvoston asetus huumausaineina pidettävistä aineista, valmisteista ja kasveista 543/2008. Viitattu 20.01.2019. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2008/20080543>.

Vesalainen, M. 2012. Tutkimusten eettinen ennakoarvointi. Itä-Suomen Yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma. Viitattu 8.2.2019. [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20121149/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20121149.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20121149/urn_nbn_fi_uef-20121149.pdf).

WHO 1995. International Classification of Diseases, 10th edition (ICD-10). World Health Organisation. Viitattu 13.1.2019. [https://www.who.int/classifications/icd/ICD10Volume2\\_en\\_2010.pdf](https://www.who.int/classifications/icd/ICD10Volume2_en_2010.pdf).

WHO 2009. Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. Viitattu 15.1.2019. [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/opioid\\_dependence\\_guidelines.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/opioid_dependence_guidelines.pdf).

Ylikangas, M. 2018. Huumeet Suomessa viime vuosikymmeninä, Teoksessa: Aalto, M.; Alho, H. & Niemelä, S. 2018. Huume- ja lääkeriippuvuudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 25-26.

# Toimeksiantosopimus

**TURKU AMK**  
TURKU UNIVERSITY OF  
APPLIED SCIENCES

1

## OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

### 1. Osapuolet

#### Opiskelija

Nimi: Teemu Valtanen	S-posti: teemu.valtanen@edu.turkuamk.fi
Osoite: [REDACTED]	Puhelin: [REDACTED]
Koulutus: Sairaanhoitajakoulutus AMK	

Nimi: Tuija Aalto	S-posti: tuija.aalto@edu.turkuamk.fi
Osoite: [REDACTED]	Puhelin: [REDACTED]
Koulutus: Sairaanhoitajakoulutus AMK	

Nimi:	S-posti:
Osoite:	Puhelin:
Koulutus:	

#### Toimeksiantaja

Yhteyshenkilön nimi: Otto Huttunen	Organisaatio: Salon kaupunki / päihdeyksikkö
Osoite:	
S-posti: otto.huttunen@salo.fi	Puhelin: 044 772 3646

Turun ammattikorkeakoulu Oy  
Joukahaisenkatu 3 A  
20520 Turku  
puh. (02) 263 350  
www.turkuamk.fi

Y-tunnus  
2528160-3

### Turun ammattikorkeakoulu Oy

Yhteyshenkilö/ohjaaja: Tiina Pelander	Puhelin: 044-9075486
S-posti: tiina.pelander@turkuamk.fi	

### 2. Ohjaus ja vastuut

Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Turun ammattikorkeakoulu vastaa opinnäytetyön ohjauksesta ja arvioinnista oppimistehtävänä. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemiseen tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta.

### 3. Oikeudet

Opinnäytetyön tekijänoikeus kuuluu sen tekijälle eli opiskelijalle. Jos ohjaajan osuus opinnäytetyön tulosten aikaansaamiseksi on ollut poikkeuksellisesti niin luova ja omaperäinen, että se on tekijänoikeudellisesti suojattu muodostamatta kuitenkaan opiskelijan työstä erotettavissa olevaa itsenäistä osaa, on opiskelijalla ja ohjaajalla teokseen yhteinen tekijänoikeus, jonka ehdoista asianomaiset sopivat tarvittaessa erikseen. Muiden immateriaalioikeuksien osalta noudatetaan kulloinkin voimassa olevaa, kyseistä oikeutta koskevaa lainsäädäntöä.

### 4. Työsuhde ja kustannukset

Mahdollisesta työsuhteesta, työstä maksettavasta palkkiosta ja työstä (opinnäytetyöstä) mahdollisesti aiheutuvien kustannusten korvaamisesta toimeksiantaja, opinnäytetyön tekijä ja ammattikorkeakoulu sopivat erikseen.

### 5. Tulosten julkistaminen ja luottamuksellisuus

Opiskelija laatii Turun ammattikorkeakoulun ohjeen mukaisen dokumentaation opinnäytetyöstä, jonka hän luovuttaa toimeksiantajalle ja toimittaa kansitettuna kirjaston lainakokoelmaan tai Open Access -julkaisuna Theseus-tietokantaan.

Opiskelija laatii opinnäytetyön julkistettavan aineiston siten, ettei se sisällä toimeksiantajan liike- tai ammattisalaisuuksia eikä mahdollisia muita salassa pidettäväksi sovittuja tietoja tai aineistoja, eikä myöskään julkisuuslaissa (laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta 621/1999) salassa pidettäväksi määrättyjä tietoja. Edellä tarkoitetut tiedot ja aineisto jätetään työn tausta-aineistoon. Opinnäytetyön arvioinnissa otetaan huomioon sekä julkistettava että salassa pidettävä osa.

Tämän sopimuksen osana noudatetaan Turun AMK:n opinnäytetyön toimeksiantosopimuksen salassapitoehtoja. ( Rasti ruutuun, mikäli salassapitoehtojen noudattamisesta sovitaan.) Salassapitoehtoja sovellettaessa on niiden edellyttämä salassapitovelvollisuus voimassa viisi (5) vuotta toimeksiantosopimuksen voimaan astumisesta.

Opiskelija toimittaa toimeksiantajan yhteyshenkilölle julkistettavan opinnäytetyön tutustumista ja lausunnon antamista varten viimeistään 14 päivää ennen aiottua työn julkistamisajankohtaa. Toimeksiantaja toimittaa opiskelijalle lausunnon opinnäytetyöstä ennen sen ilmoitettua

**TURKU AMK**  
TURKU UNIVERSITY OF  
APPLIED SCIENCES

3

julkistamisajankohtaa ja määrittelee lausunnossaan tarvittaessa työhön mahdollisesti sisältyvät julkistamatta jätettävät tiedot ja aineistot.

Ellei toimeksiantaja toimita opiskelijalle lausuntoa ennen ilmoitettua julkistamisajankohtaa tai ei lausunnossaan esitä luottamuksellisuuden vuoksi poistettavaksi tietoja opinnäytetyön julkistettavaksi aiotusta aineistosta, katsotaan toimeksiantajan hyväksyneen opinnäytetyön julkistamisen opiskelijan sille toimittamassa muodossa.

Opinnäytetyö on julkistettavissa kokonaisuudessaan. Se ei sisällä luottamuksellista tietoa. (Rasti ruutuun, mikäli asia on tiedossa jo toimeksiantovaiheessa.)

Opinnäytetyön aihe: Asiakkaiden kokemuksia hoidon vakautusvaiheesta opioidikorvaushoidossa.

Seuraavia opinnäytetyön sisältämiä aineistoja ja tietoja ei julkisteta:

AMK:n  
Turku  
Turku  
Turku

---

**Turun ammattikorkeakoulu Oy**  
Joukahaisenkatu 3 A  
20520 Turku  
puh. (02) 263 350  
www.turkuamk.fi

Y-tunnus  
2528160-3

## 6. Sopimuksen voimassaolo ja allekirjoitukset

Tämän sopimuksen osapuolina allekirjoittaneet hyväksyvät edellä esitetyt ehdot ja sitoutuvat toimimaan opinnäytetyön toteutuksessa niiden mukaisesti. Tämän sopimuksen allekirjoituksin Turun ammattikorkeakoulu Oy hyväksyy edellä yksilöidyn opinnäytetyön aiheen. Tämä sopimus astuu voimaan, kun kaikki osapuolet ovat sen allekirjoittaneet, ja voimassaolo lakkaa automaattisesti kolmen (3) vuoden kuluttua voimaan astumisesta tai sitä ennen opinnäytetyön valmistuttua.

SALO 21 / 2 / 2019 (pp.kk.vvvv)

(Paikka)  
Toimeksiantajaorganisaatio

*Pirjo Parviainen*

Pirjo Parviainen  
Nimen selvennys, lähetti  
Salon kaupunki  
Terveydenhuollon palvelut

(Paikka) / / (pp.kk.vvvv)

Turun ammattikorkeakoulu Oy

Nimen selvennys, KT-päällikkö/KT-päällikön  
valtuuttamana

SALO 22 / 01 / 2019 (pp.kk.vvvv)

(Paikka)  
Opiskelija

*Teemu Valtanen*

Teemu Valtanen  
Nimen selvennys, opiskelija

SALO 22 / 01 / 2019 (pp.kk.vvvv)

(Paikka)  
*Tuija Aalto*

TUIJA AALTO

Nimen selvennys, opiskelija

(Paikka) / / (pp.kk.vvvv)

Nimen selvennys opiskelija

### LIITTEET

Opinnäytetyösuunnitelma

Salassapitoehdot

TOIMITETAAN MYÖHEMMIN

### OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUKSEN SALASSAPITOEHDOT

**Turun ammattikorkeakoulu Oy**  
Joukahaisenkatu 3 A  
20520 Turku  
puh. (02) 263 350  
www.turkuamk.fi

Y-tunnus  
2528160-3

**TURKU AMK**TURKU UNIVERSITY OF  
APPLIED SCIENCES

5

1. Nämä ehdot on tarkoitettu sovellettavaksi osana Turun AMK:n opinnäytetyön toimeksiantosopimusta ja ovat sellaisenaan pätevät vain osapuolten sovittua toimeksiantosopimuksessa niiden soveltamisesta.
2. Luottamuksellista tietoa on kaikki sellainen luovuttavan osapuolen kohdassa 4 kuvatussa tarkoituksessa toiselle osapuolelle luovuttama informaatio ja muu aineisto, joka koskee esimerkiksi luovuttajan liike- tai ammatillisuuksia, teknisiä salaisuuksia tai kaupallisia tai rahoitustietoja ja jotka luovuttaja on merkinnyt luottamuksellisiksi.
3. Mikäli luottamuksellista tietoa luovutetaan suullisesti, on tiedon luovuttajan huomautettava vastaanottajalle tiedon luottamuksellisuudesta sitä luovutettaessa ja vahvistettava kirjallisesti tiedon luottamuksellisuus seitsemän (7) vuorokauden kuluessa suullisen tiedon antamisesta. Muussa tapauksessa suullisesti annettua tietoa ei katsota luottamukselliseksi.
4. Osapuolet luovuttavat luottamuksellista tietoa toiselle osapuolelle vain opinnäytetyön laatimisen, tekemisen tai muunlaisen aikaansaamisen tarkoituksessa.
5. Luottamuksellista tietoa vastaanottava osapuoli sitoutuu pitämään luovuttavalta osapuolelta saamansa luottamuksellisen tiedon salassa ja olemaan luovuttamatta ja paljastamatta sitä kolmannelle osapuolelle ilman luovuttajan kirjallista lupaa ja käyttämään sitä vain opinnäytetyön toteuttamis- tai ohjaamistarkoitukseen.
6. Turun AMK:lla ja opiskelijalla on oikeus edellä kohdassa 5 todetun estämättä luovuttaa toimeksiantajan luottamuksellista tietoa opinnäytetyön ohjaukseen osallistuvalla opettajalle ilmoitettuaan tälle tiedon olevan salassa pidettävää.
7. Salassapitovelvollisuus ei koske aineistoa ja informaatiota,
  - a) joka on yleisesti saatavilla tai muuten julkista tai tulee julkiseksi salassa pidettävän tiedon luovuttamisen jälkeen,
  - b) joka oli oikeutetusti tiedonsaajan hallussa ennen tiedon luovuttamista,
  - c) jonka tiedonsaaja on kehittänyt itsenäisesti tai yhdessä kolmannen kanssa,
  - d) joka tiedonsaajan on luovutettava lain, tuomioistuimen päätöksen tai viranomaisen antaman määräyksen mukaisesti.
8. Turun ammattikorkeakoulu ei vastaa opinnäytetyön toimeksiantosopimuksessa osapuolena olevan opiskelijan mahdollisesta salassapitovelvoitteen rikkomisesta toimeksiantajalle aiheutuneiden vahinkojen korvaamisesta. Muutoin Turun ammattikorkeakoulun vahingonkorvausvastuu mahdollisen salassapitovelvoitteen rikkomisesta toimeksiantajalle aiheutuneista vahingoista rajoittuu 10.000 euroon.



# Kyselylomake

## KYSELYLOMAKE HOIDON VAKAUTUSVAIHEESTA KORVAUSHOIDON ASIAKKAALLE

1. Ikäsi: \_\_\_\_ vuotta    2. Sukupuolesi: Nainen \_\_\_\_ Mies \_\_\_\_
3. Korvaushoidon asiakkaana: \_\_\_\_ vuotta \_\_\_\_ kk

Ole hyvä ja ota kantaa seuraaviin korvaushoidon vakautusvaihetta koskeviin väittämiin. Valitse omaa mielipidettäsi lähinnä kuvaava vaihtoehto. Valitse 4, jos olet väittämästä täysin samaa mieltä, valitse 3 jos olet jokseenkin samaa mieltä, valitse 2 jos olet jokseenkin eri mieltä ja valitse 1 jos olet väittämästä täysin eri mieltä.

Mielestäni	täysin samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä
4. Hoidon vakautusvaihe on auttanut minua sitoutumaan korvaushoittoon paremmin	4	3	2	1
5. Hoidon vakautusvaihe edistää hoidon kuntouttavaan vaiheeseen siirtymisessä	4	3	2	1
6. Hoidon vakautusvaihe on auttanut minua selviytymään paremmin arjessa	4	3	2	1
7. Hoidon vakautusvaiheesta on ollut apua kuntouttavaan toimintaan osallistumisessa	4	3	2	1
8. Ymmärrän mitä minulta vaaditaan hoidossani hoidon vakautusvaiheessa	4	3	2	1
9. Olen saanut tarvittaessa tietoa hoidon vakautusvaiheesta henkilökunnalta	4	3	2	1

10. Mitä muita ajatuksia sinulle tulee mieleen hoidon vakautusvaiheesta, mitä hyvää näette, mitä mahdollisia parannusehdotuksia?

---

---

Kiitos.

# Saatekirje asiakkaille

## SAATEKIRJE ASIAKKAILLE

Opiskelemme Turun ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajiksi ja teemme opinnäytetyötä asiakkaiden kokemuksista hoidon vakautusvaiheesta Salon päihdeyksikössä.

Toivomme, että osallistut kyselyyn ja autat meitä antamalla arvokasta tietoa omista kokemuksista. Tutkimuksen tavoitteena on kehittää hoidon vakautusvaihetta asiakkaan näkökulmasta.

Lupa tutkimukseen on saatu Salon kaupungilta. Kyselyyn vastaaminen kestää alle 5 minuuttia ja siihen vastaaminen on vapaaehtoista. Kyselylomake täytetään nimettömänä ja palautetaan suljetussa kirjekuoressa päihdeyksikössä olevaan palautuslaatikkoon.

Kaikki vastaukset käsitellään luottamuksellisesti, eikä tietoja luovuteta ulkopuolisille. Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti.

Kyselylomakkeeseen vastaaminen katsotaan suostumukseksi tutkimukseen.

Jos teillä on kysyttävää, voitte ottaa yhteyttä sähköpostilla osoitteeseen:  
[kyselytutkimus.salo@gmail.com](mailto:kyselytutkimus.salo@gmail.com)

Kiittäen sairaanhoitajaopiskelijat Tuija & Teemu

# Tiedote henkilökunnalle

## TIEDOTE HENKILÖKUNNALLE

Tämä yksikkö osallistuu tutkimukseen, jossa korvaushoidon asiakkailta pyydetään palautetta hoidon vakautusvaiheesta.

Seuraavassa on ohjeita siihen, ketkä korvaushoidon asiakkaista osallistuu tutkimukseen ja miten tutkimus etenee.

### **Ketkä asiakkaat osallistuvat?**

Kaikki Salon päihdeyksikön korvaushoidon asiakkaat

### **Miten tutkimus etenee?**

1. Asiakkaat saavat tutkimuksen saatekirjeen sekä kyselylomakkeen sairaanhoitajalta tai tutkimuksen tekijöiltä. Kyselylomake täytetään heti paikan päällä.
2. Kun asiakas on täyttänyt kyselylomakkeen, hän laittaa sen suljettuun kirjekuoreeseen ja palauttaa sen yksikössä olevaan palautuslaatikkoon. Palautuslaatikko toimitetaan tutkimuksen tekijöiden toimesta.
3. Kyselylomakkeeseen vastaaminen katsotaan suostumukseksi tutkimukseen.
4. Tutkimusten tekijät noutavat palautetut kirjekuoret yksiköstä sovittuna aikana.

### **Yhteydenpito**

Lisätietoja tutkimukseen liittyen:

Sairanhoitajaopiskelijat Tuija Aalto & Teemu Valtanen ([tuija.aalto@edu.turkuamk.fi](mailto:tuija.aalto@edu.turkuamk.fi);  
[teemu.valtanen@edu.turkuamk.fi](mailto:teemu.valtanen@edu.turkuamk.fi))

Tutkimuksen ohjaaja: Yliopettaja, TtT Tiina Pelander (044-9075486)  
[tiina.pelander@turkuamk.fi](mailto:tiina.pelander@turkuamk.fi)