



Buprenorfiini vai metadoni?

Asiakkaiden kokemuksia korvaushoidosta

Kylmäaho Heli SH08MS
Matalalampi Sari SH04SS

Opinnäytetyö
Toukokuu 2008



JYVÄSKYLÄN
AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali- ja terveysala

| | | |
|---|--|--------------------------|
| Tekijä(t) KYLMAÄHO, Heli MATALALAMPI, Sari | Julkaisun laji Opinnäytetyö | |
| | Sivumäärä 60 + 39 | Julkaisun kieli suomi |
| | Luottamuksellisuus <input type="checkbox"/> Salainen _____ saakka | |
| Työn nimi BUPRENORFIINI VAI METADONI? Asiakkaiden kokemuksia korvaushoidosta | | |
| Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma | | |
| Työn ohjaaja(t) OITTINEN, Pirkko Jyväskylän ammattikorkeakoulu | | |
| Toimeksiantaja(t) Jyväskylän Seudun Päihdepalvelusäätiö, Järvenpään Sosiaalisairaala | | |
| Tiivistelmä <p>Opioidikorvaushoito on kuntouttavaa, päihteettömyyteen tähtäävää hoitoa, jossa käytetään apuna buprenorfiinia tai metadonia sisältäviä lääkevalmisteita. Ylläpitohoito on kuntouttavaa hoitoa, jossa käytetään myös buprenorfiinia tai metadonia sisältäviä lääkevalmisteita, mutta päätavoitteena hoidossa on haittojen vähentäminen ja potilaan elämänlaadun parantaminen. (Dahl & Hirschovits 2007, 378.)</p> <p>Tutkimuksen kohderyhmä oli Jyväskylän Seudun Päihdepalvelusäätiön ja Järvenpään sosiaalisairaalan korvaus- ja ylläpitohoitoasiakkaat. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, mitä mieltä korvaushoidossa olevat asiakkaat ovat korvaushoidossa käytössä olevasta lääkeaineesta sekä korvaushoitoprosessin toimivuudesta.</p> <p>Tutkimus oli kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus. Tutkimusaineiston keräämiseen käytimme survey-tutkimusmenetelmää. Tutkimus suoritettiin kyselylomakkeella, johon oli lisätty avoimia kysymyksiä vastauksia täydentämään. Tutkimusaineisto kerättiin tammikuun 2008 – huhtikuun 2008 välisenä aikana. Kyselylomakkeita toimitettiin yhteistyötahoille 60, joista palautui 46.</p> <p>Tutkimustuloksista voidaan päätellä, että suurin osa buprenorfiini ja metadoni asiakkaista halusi tiettyyn lääkkeelliseen korvaushoitoon ja molemmat ryhmät olivat suhteellisen tyytyväisiä nykyisellä lääkeaineella toteutettuun hoitoon. Tutkimustuloksista ilmeni myös, että molempien lääkeaineryhmien asiakkaat kokivat odottaneensa hoitoon pääsyä liian kauan.</p> <p>Tutkimuksemme aikana buprenorfiinivalmiste vaihdettiin buprenorfiini – naloksoni yhdistelmävalmisteeseen. Tutkimuksemme jatkotutkimuksena voisi olla myöhemmin kartoittaa korvaushoidossa olevien asiakkaiden mahdollista asenteiden muutosta yhdistelmävalmistetta kohtaan.</p> | | |
| Avainsanat (asiasanat) korvaushoito, riippuvuus, opiaatit | | |
| Muut tiedot | | |

| | | |
|---|--|---------------------|
| Author(s) KYLMÄÄHO, Heli MATALALAMPI, Sari | Type of Publication Bachelor`s Thesis | |
| | Pages 60 + 39 | Language finnish |
| | Confidential <input type="checkbox"/> _____ until | |
| Title BUPRENORPHINE OR METHADONE? Patient's experiences on substitute treatments | | |
| Degree Programme Degree Programme in Nursing | | |
| Tutor(s) OITTINEN, Pirkko Jyväskylän ammattikorkeakoulu | | |
| Assigned by(t) Jyväskylän Seudun Päihdepalvelusäitiö, Järvenpään Sosiaalisairaala | | |
| Abstract <p>Opiate substitute treatment is a rehabilitating form of treatment, aiming at non-toxicant way of life with the help of drugs containing buprenorfine or methadone. Maintenance treatment is a rehabilitating form of treatment, that uses drugs containing buprenorfine or methadone, but the main objective is in harm reduction and in improving patient`s quality of life (Dahl & Hirschovits 2007, 378.).</p> <p>Target groups of this study were patients in medicinal substitution and maintenance treatment programmes at Jyväskylän Seudun Päihdepalvelusäitiö and Järvenpään sosiaalisairaala. The main objective of this study was to find out what patients in medicinal substitution and maintenance treatment programmes think about the drugs used in medicinal substitution and what do the patients think about the effectiveness of the medicinal substitution process.</p> <p>This study was a quantitative one. Survey –method was used to obtain the research data. Questionnaire with supplementary open questions was used in this study. Data was collected during January to April 2008. 60 questionnaires were sent to collaborators and 46 were returned.</p> <p>Based on our results, the majority of patients using buprenorfine or methadone wanted to have a certain medicinal substitution programme and both groups were relatively satisfied with their medicinal treatment. In addition, both groups felt that they had been waiting too long to access to the treatment programmes.</p> <p>During this study buprenorfin was replaced with a buprenorfine-nalokson composite product. Further studies could later on study the possible attitude changes among the patients in the substitution programmes.</p> | | |
| Keywords substitute treatment, dependency, opiates | | |
| Miscellaneous | | |

SISÄLTÖ

| | |
|---|-----------|
| 1 JOHDANTO | 3 |
| 2 OPIOIDIRIIPPUVUUS | 4 |
| 2.1 Riippuvuuden synty..... | 5 |
| 2.2 Opioidiriippuvuus, aivojen sairaus..... | 6 |
| 2.3 Opioidien vieroitusoireet..... | 7 |
| 2.4 Motivaatio muutokseen | 7 |
| 2.5 Muutos | 8 |
| 3 KORVAUSHOITOPROSESSI | 11 |
| 3.1 Korvaus- ja ylläpitohoidon määritelmät | 11 |
| 3.2 Korvaushoitokäytäntöjen kehittyminen | 11 |
| 3.3 Hoitoa ohjaavat säädökset | 12 |
| 3.4 Hoidon toteutuminen Suomessa..... | 14 |
| 4 KORVAUS- JA YLLÄPITOHOITO | 16 |
| 4.1 Buprenorfiini korvaus- ja ylläpitohoidossa | 17 |
| 4.2 Metadoni korvaus- ja ylläpitohoidossa | 18 |
| 4.3 Buprenorfiini- Naloksoni yhdistelmävalmiste korvaus- ja ylläpitohoidossa | 19 |
| 4.4 Hoidon tavoitteet ja vaiheet | 21 |
| 5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT | 23 |
| 6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS | 24 |
| 6.1 Tutkimuksen yhteistyötahot..... | 24 |
| 6.2 Tutkimusmenetelmät..... | 25 |
| 6.3 Mittarin laadinta | 26 |
| 6.4 Tiedon keruu..... | 28 |
| 6.5 Tulosten analysointi..... | 30 |
| 6.6 Tulosten luotettavuus sekä tutkimuksen eettiset ongelmat..... | 30 |
| 7 TUTKIMUSTULOKSET | 32 |
| 7.1 Vastaajien taustatiedot..... | 32 |
| 7.2 Miten korvaushoidossa olevat asiakkaat kokevat korvaushoitoprosessin toimivuuden? | 35 |
| 7.2.1 Vaikuttavatko hoitopääsyn kriteerit käyttäjän hoitomotivaatioon? | 35 |
| 7.3 Mikä on käyttäjän mielipide siitä onko käyttäjän kannalta merkitystä korvaushoidossa käytetyllä lääkeaineella (Metadoni/Buprenorfiini)?..... | 36 |

| | |
|--|-----------|
| 7.3.1 Vaikuttaako etukäteistieto käytettävän lääkeaineen mahdollisista sivuoireista käyttäjän hoitomotivaatioon? | 38 |
| 7.4 Onko sinulla kehittämisideoita korvaushoitoa ajatellen? | 39 |
| 7 POHDINTA | 41 |
| 8 LÄHTEET | 45 |
| 9 LIITTEET | 49 |
| Liite 1 Opioidikorvaushoidon diagnoosikriteerit ICD-10..... | 49 |
| Liite 2 Juliste/ Huumeiden käyttäjän sairastuminen - toipuminen | 51 |
| Liite 3 Sosiaali- ja terveysministeriön asetus 289/2002 | 52 |
| Liite 4 Sosiaali- ja terveysministeriön asetus 33/2008..... | 55 |
| Liite 5 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista..... | 58 |
| Liite 6 Kyselylomake..... | 63 |
| Liite 7 Saatekirje työntekijöille..... | 69 |
| Liite 8 Saatekirje asiakkaille..... | 70 |
| Liite 9 Tutkimustuloskaaviot..... | 71 |
| 10 KUVIOT | |
| Kuvio 1. Buprenorfiini asiakkaiden usko irtautumiseen opioideista..... | 33 |
| Kuvio 2. Metadoni asiakkaiden usko irtautumiseen opioideista..... | 33 |
| Kuvio 3. Kriteerien keventämisen vaikutus hoitomotivaatioon heikentävästi..... | 36 |
| Kuvio 4. Metadoni- sekä buprenorfiini asiakkaiden retkahdusriski..... | 38 |
| Kuvio 5. Sivuoireiden etukäteistiedon merkitsemättömyys motivaatioon..... | 39 |

1 JOHDANTO

Osallistuimme 31.1.2007 A-klinikkasäätiön järjestämään seminaariin ”Kymmenen vuotta opiaattiriippuvaisten korvaushoitoa Suomessa” Helsingin Taideteollisen korkeakoulun Mediakeskus Lumessa. Seminaarissa meille jäi epäselväksi, mikä määrittää sen, mitä korvaushoitolääkeainetta käytetään milloinkin. Päättävätkö sen hoitopaikat vai onko asiakkaalla mahdollisuutta vaikuttaa päätökseen? Halusimme selvittää asiakkaiden näkökulmaa tähän asiaan. Kysyimme työssämme myös asiakkaiden kokemuksia korvaushoidon toimivuudesta, mikä palvelisi tutkimukseen osallistuvia korvaushoitopaikkoja asiakaspalautteen tapaan. Aihe oli mielestämme ajankohtainen ja laajasti kysymyksiä herättävä. Saimme yhteistyötahoiksemme Jyväskylän Päihdepalvelusäätiön ja Järvenpää Sosiaalisairaalan. Tämä mahdollisti päättötyömme tekemisen.

Tutkimuksemme toteutettiin määrällisenä tutkimuksena strukturoidulla kyselylomakkeella yhteistyötahojemme yksiköissä. Aihe kokonaisuudessaan oli meille tekijöille uusi ja haastava. Työn aikana jouduimme pohtimaan samalla omia arvojamme läpikäydessämme uutta ja vanhaa tutkittua tietoa ja analysoidessamme tutkimustuloksiamme. Työmme teoriaosuudessa käsittelemme opioidiriippuvuutta sekä korvaus- ja ylläpitohoitoa.

Tutkimuksemme aikana löysimme mielenkiintoisen kirjan, jossa kerrottiin suomalaisen Korvaushoito Tuki Ry:n toiminnasta. Järjestön toimintaidea oli lähtöisin perustajajäsentien omista kokemuksista. Heidän lääkkeensä oltiin vaihdettu heidän mielipidettään kysymättä, heidän hoitohenkilökunnalle raportoimistaan sivuvaikutuksista huolimatta. (Tammi, T. 2006, 28.) Omassa tutkimuksessamme tuli myös ilmi se tosiasia, että asiakkaat kokevat, ettei heillä ole tarpeeksi valinnanvapautta oman hoitonsa suhteen tällä hetkellä. Tutkimuksellamme pyrimme tuomaan näkyväksi juuri tätä epäkohtaa asiakkaan näkökulmasta katsottuna.

2 OPIOIDIRIIPPUVUUS

Ihmiset ovat ammoisista ajoista lähtien pyrkineet parantamaan oloaan erilaisilla huumeilla ja päihdeillä. Vuosituhansien kuluessa on opittu tuntemaan koko joukko mielihyvään, mielentilaan ja mielialaan vaikuttavia yhdisteitä. Nykyaikainen kemia ja lääketiede ovat suuresti edesauttaneet näiden yhdisteiden käyttöönottoa. On opittu eristämään yhdisteet puhtaina ja kehitetty uusia antotapoja – ennen kaikkea ruiskutus – jonka avulla yhdisteet saadaan nopeasti verenkiertoon ja edelleen aivoihin. Myös aivan uusia yhdisteitä on syntetisoitu, ensimmäiseksi amfetamiini. (Ahtee, L. 2004.)

Opiaatit jaetaan luonnollisiin ja synteettisiin aineisiin. Näiden yhteisnimikkeenä käytetään opioideja. Luonnollisiin opiaatteihin kuuluu oopiumunikon maitiaisnesteestä valmistettava oopium, josta saadaan morfiinia sekä kodeiinia ja näistä edelleen heroïinia. Synteettisiin opioideihin kuuluvat esimerkiksi metadoni sekä petidiini. (Sairanen 2006.)

Opioidit antavat käyttäjälleen raukean, usvaisen hyvänolon tunteen. Ongelmat, kivut ja huolet unohtuvat, käyttäjä kokee olevansa kuin pilvessä (Salaspuro. *Therapia Fenikc.fi.*). Käyttäjän keskittymiskyky heikkenee. Hänellä voi esiintyä sekavuutta, levottomuutta tai apatiaa. Hän saattaa torkahtaa annoksen otettuaan. Käytön yhteydessä voi esiintyä pahoinvointia, ruokahaluttomuutta sekä seksuaalisuuden heikkenemistä. Henkilöllä voi esiintyä hikoilua, ruumiinlämmön alentumista, ihon polttelua tai kutinaa. Hengitys hidastuu, suurilla annoksilla hengitys muuttuu pinnalliseksi, sydämen lyöntitiheys ja verenpaine laskevat. (Holopainen, Fabritius & Salaspuro 2003, 471.)

Suomessa huumetarkoitukseen käytettyjä aineita ovat muun muassa oopiumi (esimerkiksi oopiumitee), heroïini, morfiini, kodeiini, metadoni, oksikodoni, fentanyyli, dekstropropoksifeeni, tramadoli ja buprenorfiini. Huumemarkkinat säätelevät aineen valintaa, Käypähoitosuosituksen (2006) mukaan käytetyin katukauppa aine on nykyään buprenorfiini. (Käypähoito 2006.)

2.1 Riippuvuuden synty

Riskiin ajautua huumeriippuvuuteen on yksilöllisiä eroja. Siihen vaikuttavat aineen säännöllisen käytön lisäksi sekä biologiset että psykososiaaliset tekijät. Nykytietämyksen mukaan joidenkin henkilöiden riippuvuusalttius johtuu perimässä saatujen geenien tekijöistä. (Holopainen 2007a, 10.) Elinympäristötekijöillä sekä yhteiskunnallisilla asioilla kuten aineen saatavuudella on myös iso merkitys riippuvuuteen ajautumisessa. (Ahtee 2004.) Riippuvuus voidaan jaotella psyykkiseen sekä fyysiseen riippuvuuteen. Usein tähän yhtälöön kuuluu myös sosiaalinen riippuvuus (Tacker & Tuomisto 2007).

Sosiaalinen riippuvuus

Sosiaalinen riippuvuus voi syntyä kaverijengiin kuulumisen tarpeesta. Huumausaine-myönteiset ympäristöolosuhteet voivat myös ajaa henkilön päihteiden käyttäjäksi. Henkilön elämäntapa sekä kaikki sosiaaliset suhteet saattavat pyöriä päihteiden ympärillä. Päihteiden käyttö saattaa olla sosiaalinen tapahtuma, johon voi kuuluu esimerkiksi seksuaalisuus, seurustelusuhteet, yhteenkuuluvuus ryhmään sekä päihteiden käyttöön liittyvät yhteiset yhdistävät kokemukset. (Dahl & Hirschovits 2007, 266.)

Psyykinen riippuvuus

Riippuvuus syntyy päihteiden käytöllä aikaansaatuun tunnetilaan. Erityisesti opioidit tuovat voimakkaan hyvänolon tunteen. Käyttäjälle tulee kokemus, ettei pärjää elämässä ilman tuota maksimaalista euforista tunnetilaa. (Mts. 264 - 265.) Riippuvuus syntyy aineesta saatavaan välittömään helpotukseen. Ainetta käytetään puuttuvien asioiden korvikkeena sekä selviytymiskeinona elämän ongelmatilanteissa. (Koski -Jännes 1998, 32.) Käyttäjän arvomaailma muuttuu pikkuhiljaa huumehakuiseksi, jatkuvaksi pakonomaiseksi aineiden tavoittelemiseksi sekä käytöksi. (Dahl & Hirschovits 2007, 264 – 265.)

Fyysinen riippuvuus

Riippuvuus näkyy pitkäaikaisen jatkuvan päihteiden käytön lopettamisen yhteydessä kehossa tapahtuvina voimakkaina fyysisinä vieroitusoireina. Eri päihteet vaikuttavat keskushermostoa kiihottavasti tai lamaavasti. Vieroitusoireet tulevat kehon yrittäessä sopeutua yhtäkkiseen hermostollisen tilan muutokseen. (Mts. 270.) Pitkäaikainen aineiden käyttö aiheuttaa myös aivoissa eriasteisia neurokemiallisia muutoksia, mikä

ylläpitää syntyntä huumeriippuvuutta. (Dahl & Hirschovits 2007, 267.) Fyysisen riippuvuuden syntymiseen sekä vieroitusoireiden voimakkuuteen vaikuttavat käytetyt päihdemäärät sekä käytön ajanjakson pituus. (Huumeriippuvuuden hoito Suomessa 1999, 43.)

2.2 Opioidiriippuvuus, aivojen sairaus

1997 USA:n Liittovaltion kansallinen terveysinstituutti hyväksyi opioidiriippuvuutta ja siihen liittyvää lääkehoitoa koskevan konsensuslausuman:

Päihdehäiriöiden neurobiologian tutkijat ja päihdesairauksia hoitavat kliinikot ovat yhä yksimielisempiä siitä, että huumeriippuvuus on krooninen, usein etenevä, välillä oireettomassakin vaiheessa oleva, mutta helposti uudelleen retkahduksia aiheuttava aivojen sairaus.

(Holopainen 2007a, 9.)

Huumeiden käyttö ja siihen liittyvä käyttäjän asenne ja motiivi itsessään ei ole aivojen sairaus, mutta käytöstä aiheutuvaa huumeriippuvuusdiagnoosin kriteerit täyttävää riippuvuushäiriötä (Liite 1) kutsutaan krooniseksi aivosairaudeksi. (Mts. 9 – 10.)

Huumausaineen käyttö vaikuttaa keskushermoston toimintaan. Käyttömäärästä ja yhtenäisestä ajanjaksosta riippuen hermoston toiminta palautuu nopeasti normaaliksi. Säännöllinen, tiheä aineen käyttö alkaa kuitenkin muuttaa hermoston reagoititapaa. Sietokyky eli toleranssin kasvu aineelle lisääntyy, mikä ajaa käyttäjän kasvattamaan aineen määrää. Jossain vaiheessa aineen käytön vähentäminen tai lopettaminen laukaisee hermoston yliartryvyytilan, mikä näkyy käyttäjän kokemina vieroitusoireina. (Mts. 9.) Mm. Wecktrothin (2006) tutkimuksessa tulee esille asiakkaiden kokemus, ”että riippuvuuden synnyttyä aineen käyttö on edellytys toimintakykyisenä pysymiselle”. (Wecktroth 2006, 135.) Osa tutkimukseen osallistujista myös ilmaisee korvaushoidon tärkeyden. Heidän kohdallaan korvaushoito oli ainoa mahdollinen hoito, jonka avulla heillä on mahdollisuuksia päästä kuiville (Wecktroth 2006, 139).

2.3 Opioidien vieroitusoireet

Opioidit aiheuttavat voimakasta fyysistä ja psyykkistä riippuvuutta, toleranssin kehitys on nopeaa (Käypähoito 2006). Opioidiriippuvaiselle tyypillistä on pakonomainen opioidien käyttö sekä voimakas opioidihimo. Käytön lopettaminen laukaisee useimilla hyvinkin voimakkaat vieroitusoireet. Opioidien vieroitusoireet alkavat aineesta riippuen tuntien tai vasta useamman päivän päästä. (Holopainen, Fabritius, Salaspuro 2003, 6.) Opioidien pääoireina ilmaantuu tuskaisuutta, unihäiriöitä sekä levottomuutta. Lisäksi voi ilmaantua silmien ja nenän vuotoa, yskää, suolikramppeja, lihassärkyjä, ripulia, pahoinvointia, kylmänhikisyyttä, ihokarvojen kohoamista sekä kalpeutta myös lievää kuumeilua voi ilmetä. (Salaspuro, a.) Eri tutkimuksissa on todettu, että vieroitusoireiden kokemus vaihtelee yksilöllisesti. Weckroth (2006) tutkimuksessaan toteaa, että osa tutkimuksen asiakkaista kuvasi heroiniiriippuvuuden aiheuttamia vieroitusoireita helvetillisiksi, kun taas osa vastaavasti vertasi niiden oireita flunssaan. (Weckroth 2006, 135.)

Opioideille kehittyvää toleranssia kutsutaan tilaksi, jossa käyttäjän elimistö tottuu saamansa opiaatin määrään, eikä käyttäjä saa enää samalla ainemäärällä samaa päihetystilaa kuin ennen. Tällöin elimistön toleranssi eli sietokyky on kasvanut. Saman vaikutuksen saamiseksi on käytettävä suurempia annoksia. (Ahtee 2004.) Kerta-annos voi nousta yli elimistön fyysisen sietokyvyn, jolloin yliannostusriski on suuri. Annoksen pienentäminen tuo esiin vieroitusoireet. Mikäli henkilö vieroittautuu aineesta, sen myötä toleranssi heikkenee. Jos henkilö vieroituksen jälkeen aloittaa uudestaan käyttämällä samansuuruisia annosta kuin ennen vieroitusta, on yliannostuskuolema todennäköinen. (Dahl & Hirschovits 2007, 65.)

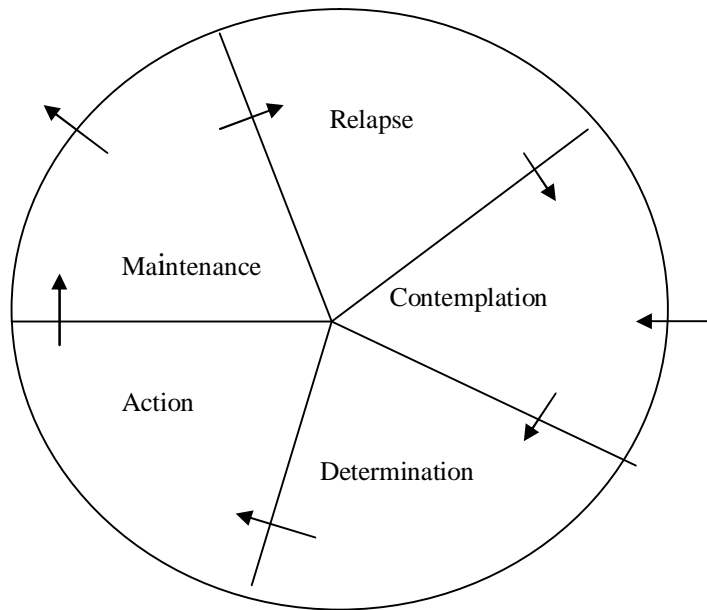
2.4 Motivaatio muutokseen

Motivaatio muutokseen käynnistyy käyttäjän alkaessa kyseenalaistamaan käytöstään. Päihteiden tuoman mielihyvän ja käytöstä aiheuttavien haittojen sekä ongelmien välille syntyneen ristiriidan ratkaisemisessa on kyse motivoitumisesta. (Inkinen, Partanen & Sutinen 2000, 33–34; Ahtiala & Ruohonen 1998, 178.) Motivaation syntyä edeltää usein vaikeaksi muuttunut elämä.

Ahtialan & Ruohosen (1998) haastattelututkimuksessa tuli esille, että motivaation syntyyn vaikuttava koettu uhka sekä päihteidenkäyttäjän senhetkinen elämäntilanne oli hyvin yksilöllinen. Joillekin motivaatioksi riitti kyllästyminen aineiden käyttöön päihdekäytön alkuvaiheessa. Aineilla ei ollut enää mitään uutta tarjottavaa tai haluttiin päästä irti aineisiin liittyvästä elämäntavasta. Joidenkin kohdalla vaihtoehtona käytön lopettamiselle oli enää kuolema tai mielenterveyden menettäminen. Yleisimpiä motivaation vaikuttavia asioita olivat halu päästä irti huumeidenkäyttöön liittyvästä lieveilmiöistä, joihin kuuluvat mm. vankilatuomiot, rikollisuus, vaarallisuus, sosiaaliset tekijät. Arvoristiriidat oman ja huumemaaailman arvojen välillä sekä äideillä lapsen menettämisen uhka toimivat myös motivoivina tekijöinä. (Ahtiala & Ruohonen 1998, 179–182.) Ahtialan & Ruohosen (1998) mukaan motivaation syntyä voi edistää myös motivaation puutteeseen kaatuneet hoitoyritykset (Mts. 182). Huumeriippuvuus vaikuttaa koko elämään. Siinä on kysymys laajasta käyttäytymisilmiöstä (Liite 2) (Holopainen 2000, 7.)

2.5 Muutos

Käyttäytymisen muutosta ja sen vakiintumista voidaan kuvata eri vaiheita sisältävänä muutoksen pyöränä. Pystyäkseen pysyvään muutokseen on henkilön käytävä lävitse muutosvaiheen eri osat. Muutoksen vaiheet vaativat kukin oman yksilöllisen aikansa, kunnes henkilö kokee olevansa valmis siirtymään seuraavaan vaiheeseen. (Inkinen, Partanen & Sutinen 2000, 34.) Muutosprosessissa kulku on syklistä. Henkilö voi joutua kulkemaan muutosvaiheypyörän lävitse useamman kerran pystyäkseen motivoitumaan pysyvään muutokseen (Koski-Jännes, Riittinen & Saarnio 2008, 31).



Muutoksen vaihemalli (Miller & Rollnick 1991, 15).

Muutosvaiheympyrä alkaa **esiharkintavaiheella**. Tässä muutosprosessin vaiheessa henkilöllä ei ole tietoista kokemusta päihteiden käytön negatiivisista vaikutuksista, eikä hän useinkaan ole vakuuttunut käyttäytymismallinsa riskialttiudesta ja ongelmallisuudesta. (Koski-Jännes, Riittinen & Saarnio 2008, 31.) Käyttäjän lähipiiri saattaa alkaa kokea asian ongelmalliseksi ja painostaa käyttäjän hakemaan apua. Käyttäjä ei kuitenkaan ole vielä tässä aiheessa valmis muutokseen. (Inkinen, Partanen & Sutinen 2000, 34–35.)

Tämän vaiheen jälkeen siirrytään **harkintavaiheeseen**, jossa henkilö saattaa alkaa huolestumaan itse omasta terveydestään, rahan menosta, työkykyisyydestään jne. Hän alkaa tiedostaman käytön hyötyjen rinnalla sen aiheuttamia haittoja, mikä herättää hänet tarkastelemaan päihteiden käyttöönsä. (Mts. 35.) Käyttäjä harkitsee päihteiden vähentämistä tai lopettamista lähitulevaisuudessa. Käyttäjä saattaa hakea tietoa ja etsiä eri tukimahdollisuuksia mahdollista muutosta ajatellen ja arvioiden. (Koski-Jännes, Riittinen & Saarnio 2008, 31.) ” On melko tavallista, että ihmiset jäävät tähän vaiheeseen pidemmäksikin aikaa, usein jopa vuosiksi horjumaan muutoshalukkuuden ja – haluttomuuden välillä”(Mts. 31).

Muutosprosessin **valmistautumisvaiheen** aikana käyttäjä käy lävitse voimakkaita tunne-elämyksiä ja oman tilan arvioimista. Hän on saattanut jo kokeilla muutoksen toteuttamista yksin, mutta kokeilut ovat olleet yksityisiä asioita. (Inkinen, Partanen &

Sutinen 2000, 35.) Käyttäjä asettaa itselleen tavoitteita ja sitoutuu muutokseen (Koski-Jännes, Riittinen & Saarnio 2008, 32).

Kun ihminen havaitsee, että hänen mielessään muutoksen edut ja päih-teiden käytön kielteiset seuraukset ovat painoarvoltaan suurempia kuin käytön jatkamisen myönteiset puolet, päätöksenteon painopiste siirtyy muutoksen puolelle. Kun muutosaloite tapahtuu, yksilö astuu valmistautumisvaiheeseen, jonka aikana sitoutuminen voimistuu.
(Mts. 32.)

Toimintavaiheessa päätös muutoksesta tulee näkyväksi toiminnaksi. Käyttäjä etsii tukea ja keinoja muutoksen mahdollistamiseksi. Hän puhuu päih-teiden käytön muutosaikomuksesta. (Inkinen, Partanen & Sutinen 2000, 35.) Käyttäjät toteuttavat muutostaan aktiivisesti muuttamalla tapojaan, ympäristöään, elämäntyyliään. Muutoksen aikana käyttäjä voi alkaa arvioimaan minäkuvaansa siirtyessään aineiden käytöstä kohti raittiutta tai aineiden vähentämistä. (Koski - Jännes ym. 2008, 32.) ”Kokemus onnistumisesta ylläpitää ja kannustaa muutosprosessin etenemistä myönteiseen suuntaan” (Inkinen, Partanen & Sutinen 2000, 35).

Muutosvaiheympyrän vaativin ja haasteellisin vaihe on **ylläpitovaihe**. Toimintavaiheen positiiviset kokemukset, palaute ja ympäristön tuki alkavat haalistua, arkipäiväisyyttä. Käyttöön liittyvät haittojen ikävät muistikuvat etääntyvät. Käyttäjä saattaa myös kohdata matkallaan päih-teettömyyteen erilaisia pettymyksiä. Päih-teiden voimakkaat positiiviset kokemukset saattavat näin alkaa taas näyttäytyä hyvänä vaihtoehtona harmaan arkipäivän vastakohtana. (Inkinen, Partanen & Sutinen 2000, 25–36.) Tässä vaiheessa henkilön on tärkeätä edelleen vahvistaa sitoutumistaan muutokseen. Pyrkiä etsimään vaihtoehtoisia toimintamuotoja ja houkutusten välttäminen. (Mts. 35–36.)

Ongelman uusiutuminen on osa muutosprosessia (Mts. 36). Retkahduksen tapahduttua käyttäjät palaavat muutoksen aiempaan vaiheeseen, usein jonkinasteiseen harkintavaiheeseen. He saattavat palata jopa esiharkintavaiheeseen, milloin kyky ja halu muutokseen on toistaiseksi poissa. (Koski - Jännes 2008, 33.) Retkahdus ei ole epäonnistuminen, vaan se antaa henkilölle mahdollisuuden tunnistaa tilanteita ja tunnetiloja, mitkä siihen johtivat. Näiden entiseen käyttäytymismalliin palaamiseen altistavien tekijöiden tunnistaminen antaa henkilölle keinoja välttää seuraava retkahtaminen muutosprosessissa. (Inkinen, Partanen & Sutinen 2000, 36.)

3 KORVAUSHOITOPROSESSI

Korvaushoitoprosessi sisältää hoitoon tulon, opioidiriippuvuuden ja hoidon arvioinnin, hoidon hoitojonossa, hoidon aloitusjakson osastolla ja varsinaisen korvaushoidon avohoidossa poliklinikalla. (Jyväskylän Seudun Päihdepalvelusäätiö a.)

3.1 Korvaus- ja ylläpitohoidon määritelmät

Korvaushoito on opioidiriippuvaisen kuntouttavaa, päihteettömyyteen tähtäävää hoitoa, jossa käytetään apuna buprenorfiinia tai metadonia sisältäviä lääkevalmisteita. Hoito kestää yli kuukauden.(Dahl & Hirschovits 2007, 378.) Korvaushoidon keston takarajaa ei ole määritelty. Korvaushoidolla pyritään pysyvään elämäntapamuutokseen, johon ei sisälly rikollisuus ja suonensisäinen käyttö. (Lappalainen – Lehto, Romu & Taskinen 2008, 179.) Kokonaistavoitteena korvaushoidossa on asiakkaan täydellinen huumeettomuus. (Fabritius, Seppänen-Leiman, Ahokas & Kanerva 2005, 12.)

Ylläpitohoito on opioidiriippuvaisen kuntouttavaa hoitoa, jossa käytetään buprenorfiinia tai metadonia sisältäviä lääkevalmisteita ja joka kestää yli kuukauden. Hoidon painopisteenä on haittojen vähentäminen ja potilaan elämänlaadun parantaminen. (Dahl & Hirschovits 2007, 378.)

”En koskaan ole ajatellut lopettamista”. (Mies yli 40-vuotias)

”Kyllä elämänlaatu parani huomattavasti. Rikokset jäivät pois, nykyään työelämässä ja perhe. (Mies 31- 40 -vuotias)

3.2 Korvaushoitokäytäntöjen kehittyminen

Alun perin korvaushoitomenetelmä kehiteltiin Yhdysvalloissa 1960-luvulla (Mikkonen 2005, 12). Ranskaa pidetään maailmalla kuitenkin edelläkävijänä opioidiriippuvaisten hoidossa, kuten vieroitus- ja korvaushoidossa. Ranska on ainoa maa, jolla on pitkäaikaista kokemusta hoitojen eduista ja haitoista. Siellä aloitettiin jo vuonna 1986 lääkehoitokokeilut opioidiriippuvaisten hoidossa. Silloin lääkehoitokokeiluissa käytet-

tiin pieniannoksista buprenorfiinia. Buprenorfiini laillistettiin vasta vuosia myöhemmin eli vuonna 1996. (Suominen & Saarijärvi 2003, 28.)

Australiassa on opioidiriippuvaisten hoidossa käytetty pitkään metadonia. Siellä buprenorfiini laillistettiin hoitotarkoituksessa vasta 2000-luvun alussa. Ruotsi ja Tanska ovat myös käyttäneet opioidiriippuvuuden hoidossa metadonia. Buprenorfiini on ollut siellä kokeiluasteella muutaman vuoden, mutta lainsäädäntöä ei ole vielä säädetty buprenorfiinille opioidiriippuvaisten hoidossa. (Mts. 28–29.)

Yhdysvalloissa buprenorfiini hyväksyttiin ja otettiin käyttöön opioidiriippuvaisten alkuhoidossa vuonna 2002 ja samaan aikaan ylläpitohoitoon hyväksyttiin buprenorfiinin ja naloksonin yhdistelmävalmiste. (Mts. 28.) EU:n alueella samainen yhdistelmävalmiste hyväksyttiin maaliskuussa 2007 (Holopainen 2007 b).

Suomessa korvaus- ja ylläpitohoitoa on nykykäytännön mukaan alettu antamaan virallisesti vuonna 1997, jolloin sosiaali- ja terveysministeriö antoi määräyksen (28/1997) korvaus- ja ylläpitohoidon hyväksymisestä osaksi opioidiriippuvaisten hoitoa (Hakkarainen & Tigerstedt 2005, 143 - 144). Vuosia aiemmin, ennen sosiaali- ja terveysministeriön määräystä, hoitoa on toteutettu Suomessa vähäisässä määrin. Hoitoa annettiin esimerkiksi Tervalammen kuntoutuslinikalla Vihdissä. Kuntoutuslinikka antoi metadoni- ja buprenorfiinihoitoa vuosina 1992 - 1995. Vihdissä hoitoa saavia henkilöitä oli vain 20. Vuonna 1996 Suomessa oli virallisen tiedon mukaan ainoastaan viisi henkilöä pitkäaikaisessa ylläpitohoidossa, jossa lääkeaineena käytettiin metadonia (Mts. 143- 144).

3.3 Hoitoa ohjaavat säädökset

Sosiaali- ja terveysministeriö antoi vuonna 1997 määräyksen, jossa hyväksyttiin ensimmäistä kertaa Suomessa korvaushoito osaksi virallista huume politiikkaa (STM: n määräys 28/ 1997). Korvaushoidon määräyksiä on tarkistettu ja muutettu asetuksilla vuosina 2000 (STM 607/2000) ja 2002 (STM 280/2002) (Liite 2). Uudet asetukset ovat mahdollistaneet korvaushoitopaikkojen lisäämisen ja sallivat buprenorfiinin ja metadonin käytön vieroitus-, korvaus- ja ylläpito hoidossa. Lisäksi uudet asetukset

lisäsivät hoidon tarjontaa valtuuttamalla terveyskeskuksia, aluesairaaloita, päihdehuollon yksikköjä ja vankeinhoitolaitoksen terveydenhuollon yksikköjä aloittamaan hoito. Aikaisemmin hoito oli rajattu vain yliopistollisiin keskussairaaloihin ja Järvenpään sosiaalisairaalaan (Hakkarainen & Tigerstedt 2005, 143- 144).

Uusin sosiaali- ja terveysministeriön asetus (STM: n 33/2008) (Liite 3) opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta erällä lääkkeillä tuli voimaan 1.2.2008. Tässä uudessa asetuksessa tuli muutoksia korvaus- ja ylläpitohoito käsitteisiin ja tämän asetuksen jälkeen käytetään enää korvaushoitokäsitettä korvaus- ja ylläpitohoidoista. Lisäksi uusi asetus mahdollistaa korvaushoitolääkkeen apteekkijakelun tietyin kriteerein. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008.)

Päihdehuoltolaki, joka säätelee huumausaineiden käyttäjien hoitoa, (41/ 1986) määrittelee sen, että päihdepalvelujen järjestäminen asiakkaille kuuluu kuntien sosiaali- ja terveystoimen tehtävään. Tämän vuoksi päihdepalvelujen saatavuus vaihtelee eri kunnissa hyvin paljon. ”Päihdehuoltolain perusteella oikeus hoitoon määräytyy asiakkaan ja heidän läheistensä avun, tuen ja hoidon tarpeen perusteella (7§)”. (Tervo 2007, 7.)

Huumausainelaki (1289/ 1993) 3 § sisältää huumausaineita koskevan yleiskiellon, joka koskee huumausaineen tuotantoa, valmistusta, maahantuontia, maastavientiä, jakelua, kauppaa, hallussapitoa ja sen, että käyttö on kielletty muihin kuin lääkinnällisiin, tieteellisiin ja huumausainerikosten ehkäisemistä ja tutkintaa edistäviin tarkoituksiin. Kaikki korvaushoidossa käytetyt lääkeaineet on luokiteltu huumausaineiksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 1993.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista on annettu vuonna 1992 (785/ 1992) (liite 4), tämän lain määräyksiä on noudatettava opioidiriippuvaisia hoidettaessa. Korvaushoidossa olevaa potilasta on kohdeltava niin, ettei hänen ihmisarvoaan loukata, ja hänen vakaumustaan sekä yksityisyyttään tulee kunnioittaa (3§). (Sosiaali- ja terveysministeriö 1992.)

Hoitotakuu on ollut Suomessa voimassa 1.3.2005 lähtien (Lappalainen - Lehto, Romu & Taskinen 2008, 182). Hoitotakuuta koskevilla säännöksillä (laki kansanterveystoimen muuttamisesta 855/2004, laki erikoissairaanhoidon muuttamisesta 856/2004, laki potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain muuttamisesta 857/2004 sekä valtioneu-

voston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä 1019/2004) ei luoda potilaalle subjektiivista oikeutta päästä hoitoon. Potilaalla ei ole rajatonta oikeutta saada mitä tahansa haluamaansa hoitoa, vaan hoidon tarpeen arvioi aina terveydenhuollon ammattihenkilö. Asiakkaan hoitoon pääsy turvataan aina silloin, kun kyseessä on mm. lääketieteellisesti perustellusta hoidosta, joka määrittyy mm. kansallisten hoitosuositusten tai vakiintuneiden hoitokäytäntöjen perusteella. Lakimuutoksilla pyritään lisäämään oikeudenmukaisuutta ja yhdenvertaisuutta hoitoon pääsyssä. (Hoitotakuu 2005.)

3.4 Hoidon toteutuminen Suomessa

”Korvaushoidon pääsyn edellytyksenä on asetuksen mukaan se, että asiakkaan huumaiden käyttö on jatkunut vuosia ja vieroituksia on tehty ja että potilas ei ole vieroittunut opiaateista yleisesti hyväksytyllä tavalla”. (Fabritius, Seppänen-Leiman, Ahokas & Kanerva 2005, 12.)

Hoitotakuun voimaan tulon jälkeen hoitoon pääsy on nopeutunut, ja suurin osa opioidiriippuvaisista potilaista pääsee hoitoon puolen vuoden jonotusajan sisällä. Hoitoon on mahdollisuus päästä nopeasti, jos on raskaana tai sairastaa henkeä uhkaavaa somaattista sairautta. Opioidikorvaus- ja ylläpitohoitoasiakkaat kuuluvat hoitotakuun piiriin (Lappalainen – Lehto, Romu & Taskinen 2008, 180).

Päihdehuoltolain mukaan avopalvelut ovat aina ensisijainen hoitomuoto, vaikka laitostuntoutus voi olla joskus heti äärimmäisen tärkeä ja akuutti vaihtoehto hoidolle. Tämä on hyvin yksilöllistä. Usein kunnan alimitoitettu päihdebudjetti on syynä siihen, miksi asiakas ei pääse laitostuntoutukseen, vaikka asiakkaan tarve akuutisti vaatisi sitä. Tervon (2007) mukaan opioidiriippuvaisten korvaus- ja ylläpitohoitoa ei toteuteta riittävästi päihdehuoltolain perusteella annetun asetuksen mukaisesti. Tämä näkyy erityisesti pääkaupunkiseudulla, jossa useiden vuosien ajan on ollut hälyttävää se, että keskitetty hoidon tarpeen arviointi sulkee jo hoidon arvion ulkopuolelle hyvin huonokuntoisia, apua tarvitsevia henkilöitä. Nämä henkilöt eivät pääse hoitojonoon eivätkä hoitoon. (Tervo 2007, 7.)

Opioidikorvaus- ja ylläpitohoidon suhteen Suomessa on paikkakuntaakohtaisia eroja hoitojen järjestämisessä, toteutuksessa ja asetuksen tulkinnassa (Lappalainen - Lehto, Romu & Taskinen 2008, 181). Suomen kymmenessä kaupungissa elokuussa 2007 tehty selvitys toi esille sen, että korvaushoidon saatavuus vaihtelee paljon eri kaupunkien väleillä. Kaikissa kaupungeissa hoitotakuulainsäädännön määrittelemät hoitoon pääsyajat eivät toteudu lainkaan. Lähes jokaisessa kaupungissa hoitojono oli kuukausia pitkä. (Hermanson 2008.)

Vuonna 2003 arvioitiin, että lääkkeellisessä korvaus- ja ylläpitohoidossa oli kaikkiaan 700- 750 henkilöä (Stakes 2005, 81) ja vuoden 2007 alussa korvaus- ja ylläpito- hoidossa oli Suomessa lähes 1000 potilasta (Holopainen 2007 b). Huumehoidon tietojärjestelmässä vuonna 2004 mukana olleista, ensisijaisesti opiaattien vuoksi hoitoon hakeutuneista kaikkiaan 19 %:lla hoitomuotona oli opiaattiriippuvaisille tarkoitettu lääkkeellinen avo- tai laitoshoido. Osuus on muutaman prosenttiyksikön suurempi kuin edellisenä vuonna 16 %. Järjestelmän mukaan opiaattiriippuvaisten lääkehoidossa käytetyistä lääkeaineista buprenorfiini 63 % oli yleisemmin käytetty lääkeaine kuin metadoni 32 % vuonna 2004 (Stakes 2005, 81).

”Jonot liian pitkiä ja pitäisi ainoastaan päästää niitä henkilöitä kenellä on heroiinitausta.”(Mies 21 -30-vuotias)

”Joku ei ehkä ymmärrä korvaushoidon olevan viimeinen vaihtoehto. Hoitoon pitää päästä heti, kun sitä pyytää!”(Mies 31- 40-vuotias)

Huumehoidon tietojärjestelmässä vuonna 2005 mukana olleista ensisijaisesti opiaattien vuoksi hoitoon hakeutuneista kaikkiaan 27 %:lla oli hoitomuotona opiaattiriippuvaisille tarkoitettu lääkkeellinen avo- tai laitoshoido. Opiaattiriippuvaisten lääkehoidossa käytetyistä lääkeaineista buprenorfiini 86 % oli yleisemmin käytetty lääkeaine kuin metadoni 14 % vuonna 2005. (Stakes 2006, 34.) Vuonna 2006 buprenorfiinin osuus opiaattiriippuvaisten lääkehoidossa oli 70 % ja metadonin 26 %. Vuoden sisällä metadonin osuus on kaksinkertaistunut edelliseen vuoteen verrattuna. Vuonna 2006 opioidiriippuvaisten lääkehoidossa käytetty buprenorfiini sisälsi naloksonia 61 %:a buprenorfiinin lisäksi. (Stakes 2007, 48.)

4 KORVAUS- JA YLLÄPITOHOITO

Pitkäkestoisesta korvaus- ja ylläpitohoidosta on hyötyä isolle osalle opioidiriippuvaisista. Useissa opioidiriippuvaisen hoitoa koskevissa tutkimuksissa on todettu, että riippuvuusongelmaa buprenorfiinilla ja metadonilla hoidettaessa on hoito ollut hyvin tehokasta. (Holopainen 2006, 30.) Käypä hoito -suosituksessa on todettu korvaushoito tehokkaammaksi kuin pitkä vieroitushoito. Suosituksessa todetaan myös korvaushoidon parantavan potilaiden hoidossa pysymistä ja heidän elämänlaatuaan. (Lappalainen – Lehto, Romu & Taskinen 2008, 182.)

Korvaushoitolääkkeiden vaikutusmekanismi

Lääkkeellisessä opioidikorvaushoidossa laittomasti käytetty, usein lyhytvaikutteinen opiaatti, korvataan pitkävaikutteisella opiaatilla. Hoidossa korvaava opiaatti estää asiakkaan vieroitusoireet sekä vähentää sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja. Salaspuron (2003) mukaan lääkkeellisellä opioidikorvaushoidolla voidaan katkaista kokonaan asiakkaan pakonomainen tarve saada ainetta, kuten heroiniä. Oikein annosteltuna korvaava opiaatti vähentää asiakkaan opiaattihimoa. Tämä perustuu siihen, että sitoututtuaan riittävästi opiaattireseptoreihin korvaava opiaatti estää lyhytvaikutteisten opiaattien pääsyn reseptoriin ja tämä vaikuttaa myös aineen tuottaman mielihyvän tunteeseen (Salaspuro 2003, 6).

Korvaushoidon tavoitteet ja hyödyt

Lääkkeellinen opioidikorvaushoito oikein toteutettuna edesauttaa korvaushoidossa olevan asiakkaan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia. Hoito myös vähentää tai lopettaa kokonaan laittomien huumeiden käytön ja estää ja vähentää näin ollen myös infektioita. Keskeisenä tavoitteena infektioiden torjunnassa ovat C- hepatiitin ja HIV:n leviämisen ehkäisy. Oikein toteutettu opioidikorvaushoito vähentää myös sairastavuutta ja kuolleisuutta. Salaspuron (2003) mukaan, on havaittu, että korvaushoito vähentää julkisen terveydenhuollon kustannuksia sekä julkisia rikosoikeudellisia kustannuksia. Kaiken kaikkiaan hoito parantaa myös asiakkaan ja hänen läheistensä kokonaiselämänlaatua. (Salaspuro 2003, 6-7.)

Korvaus- ja ylläpitohoitolääkkeeksi buprenorfiinia ja metadonia saa vain olemalla sitoutuneena opioidiriippuvaiselle tarkoitettuun hoitoon. Lääkkeen anto asiakkaalle tapahtuu tiukasti valvottuna. Hoidon alkuvaiheessa asiakas ei saa kotiin vietäväksi

edes puolen vuorokauden annosta. Laki hyväksyy korvaushoidossa olevalle asiakkaalle annettavaksi korkeintaan viikon annoksen mukaan kotiin, mutta siihen on edellytyksenä asiakkaan osoittama pitkä hoitomyöntyvyys ja virtsaseulojen täydellinen puhdistus. (Suominen & Saarijärvi 2003, 29.)

Korvaushoitoa voidaan toteuttaa erikoistapauksissa myös raskaana oleville naisille. Raskaana olevan äidin korvaushoito on haittojen minimointia, sillä nopea opioidien käytön lopettaminen raskauden aikana voi aiheuttaa sikiölle sydämen pysähdyksen. Lapsi saa synnyttyään vieroitusoireita opioideista, mutta niitä voidaan lääkittää syntymän jälkeen. Metadonin aiheuttamat vieroitusoireet vastasyntyneellä lapsella ovat useimmiten pitkäkestoisemmat ja hankalammat kuin buprenorfiinin aiheuttamat vieroitusoireet. (Dahl & Hirschovits 2007, 381.)

4.1 Buprenorfiini korvaus- ja ylläpito-hoidossa

Kipulääkkeenä Buprenorfiini otettiin käyttöön jo vuonna 1978 (Malin, Holopainen & Tourunen 2006, 297). Buprenorfiinin korkea-annosvalmiste, kauppanimeltä Subutex, otettiin kliiniseen käyttöön korvaushoidossa Ranskassa ensimmäisen kerran vuonna 1996 (Fabritius, Seppänen-Leiman, Ahokas & Kanerva 2005, 6).

Buprenorfiini on synteettisesti valmistettu mu-opiaattireseptorien osittaisagonisti. Tämän osittaisagonisti-vaikutuksen ansiosta lääkettä on turvallista käyttää. Buprenorfiinin käytöstä ei ole raportoitu hengenvaarallisia haittoja, kuten yliannostuksia, niin paljon kuin esimerkiksi metadonista (Mts. 6). Buprenorfiinin yliannostuksen oireita ovat mm. oksentelu, uneliaisuus, pahoinvointi ja huomattava mioosi eli silmän mustu-aisen supistustila. Muihin opioideihin verrattuna buprenorfiinin yliannostuksen seurauksena ei synny hengityslamaa lainkaan. (Suominen & Saarijärvi 2003, 27.) Farmakologisilta ominaisuuksiltaan buprenorfiini poikkeaa morfiinijohdoksista niin, että se sitoutuu opioidireseptoriin lujemmin kuin morfiinijohdokset. Buprenorfiini on osittaisagonisti, joka aktivoi reseptorin vain osittain eikä kokonaan (Malin, Holopainen & Tourunen.2006, 297).

Metadoni on tehokas oraalisenä lääkkeenä. Korvaushoidossa sitä käytetään kuitenkin useimmiten nestemäisessä muodossa. Suomessa yleisesti käytetty metadonihydrokloridiliuos on vahvuudeltaan metadonia 5mg/ml sisältävä väritön neste. Metadoniliuos annostellaan sekoittamalla se veteen tai mehuun. (Mts. 8). Korvaushoidossa metadonilääkitys aloitetaan 10 - 20 mg:n annoksella potilaan tilaa tarkasti seuraten. Enimmäisannos ensimmäisenä vuorokaudessa on 30 – 40 mg. Metadonilääkitystä nostetaan 50 mg:aan asti, 5 mg vuorokaudessa. Tämän jälkeen nostojen väliä muutetaan vasteen mukaan 3 – 7 vuorokauden väleiksi. Pitkäaikaishoidossa sopiva metadoniannos on yksilöllinen, huomattava joukko potilaita pärjääkin hyvin annoksella 80 – 120 mg metadonia vuorokaudessa. (Holopainen 2007 b.) Jyväskylän Seudun Päihdepalvelusäätiön korvaushoitoasiakkaiden keskimääräinen vuorokausiannos on 70 - 75 mg metadonia (Mäkinen 2008).

Metadonikorvaushoidossa sivuvaikutuksia esiintyy alle 20 % asiakkaista. Sivuvaikutukset voivat olla haittaavia ja jopa pitkäaikaisiakin. Yleisimpiä oireita ovat ummetus, hikoilu, univaikeudet, seksuaalinen haluttomuus ja keskittymiskyvyn lasku. (Fabritius, Seppänen-Leiman, Ahokas & Kanerva 2005, 9). Kustannukset yhtä asiakasta kohti metadonihoidossa ovat vuodessa noin 13 450 euroa ja lääkkeen osuus siitä on 300 euroa (Dahl & Hirschovits 2007, 381).

”Metadon on todella vahva aine. Vieroitusoireet jos ovat pahat, se lisää retkahdusriskiä kaikilla” (Nainen 21 - 30 -vuotias)

”Lisää tietoa metadonin sivuvaikutuksista potilaille!” (Nainen 21 - 30 -vuotias)

”Subutex ei koukuta läheskään niin paljon kuin metsku. Nyt kylläkin Metadonhoito niin kuin jokainen Jyväskylässä. Ei ole valinnanvapautta eli Metsku tai ulos” (Mies 31 - 40 -vuotias)

4.3 Buprenorfiini- Naloksoni yhdistelmävalmiste korvaus- ja ylläpito- hoidossa

”Naloksoni pakotettiin elimistöni. ei vaihtoehtoja!” (31- 40 -vuotias)

Buprenorfiini-naloksoni yhdistelmävalmiste, kauppanimeltään Suboxone, sai EU: n alueella myyntiluvan maaliskuussa 2007. Tutkimustiedon ja saatujen kokemusten mu-

kaan pistämis- ja katulevitysriskit ovat vähäisemmät kuin pelkän buprenorfiinin (Holopainen 2007 b).

Yhdistelmävalmiste sisältää kahta vaikuttavaa ainetta, buprenorfiinia ja naloksonia (Emea 2006). Naloksoni on μ -opiattireseptorin antagonististi (Pharmaca Fennica) ja buprenorfiini on mu-opiaattireseptorien osittaisagonisti (Fabritius, Seppänen-Leiman, Ahokas & Kanerva 2005, 6.) Antagonistiksi kutsutaan lääkeainetta, joka sitoutuu reseptoriin, mutta ei saa itse aikaan vastetta. Se kuitenkin salpaa reseptorin eli näin ollen estää agonistia sitoutumasta siihen ja lopulta estää tämän vaikutuksen. (Nurminen 2004, 56.)

Resoritabletit sisältävät 2 mg buprenorfiinia ja 0,5 mg naloksonia tai vaihtoehtoisesti 8 mg buprenorfiinia ja 2 mg naloksonia. Korvaushoidossa suositeltava aloitusannos on Suboxonea 2 mg/ 0,5 mg tai 4 mg/ 1 mg. Lääkeannosta säädetään korvaushoidossa hoitovasteen mukaan, kunnes havaitaan, että potilaan tila on vakiintunut. (Emea 2006.) Potilaan hyvä korvaushoitoon kiinnittyminen saadaan aikaan buprenorfiinia 16 – 25 mg:n vuorokausiannoksella, mutta kuitenkin enintään 32 mg:n vuorokausiannoksella. (Holopainen 2007 b.) Tabletti laitetaan korvaushoidossa potilaalle kielen alle, josta sen annetaan liueta. Tämä liukeneminen kestää keskimäärin 5 - 10 minuuttia. Sivuvaikutukset, joita yleisemmin on havaittu potilailla, ovat unettomuus, ummetus, hikoilu, pahoinvointi ja oksentelu, päänsärky ja vieroitusoireet (Emea 2006).

Naloksoni auttaa ehkäisemään yhdistelmävalmisteen väärinkäyttöä hoidon ulkopuolella verrattuna pelkkään buprenorfiinivalmisteeseen. Suun kautta, kuten korvaushoidossa, otettuna naloksoni ei imeydy elimistöön lainkaan, mutta jos lääkeainetta otetaan suonensisäisesti, se aiheuttaa käyttäjälleen voimakkaita vieroitusoireita. (Mt.)

”Buprehoitoon sen takia, koska metadon on yhtä vaarallista kuin heroini eikä siitä ole helppo päästä eroon”. (mies 21- 30 -vuotias)

”En ole vielääkään saanut virallista tietoa bupre- naloksonin esim. terveyshaitoista” (nainen 31- 40 -vuotias)

”Bupre ei olisi onnistunut suonensisäisen käytön vuoksi. Myös buprenaloksonia voi vetään hihaan”. (Nainen 21- 30 -vuotias)

4.4 Hoidon tavoitteet ja vaiheet

Opioidikorvaus- ja ylläpito-hoidossa pysymiseen vaikuttavat monet eri asiat. Keskeisesti hoidossa pysymiseen vaikuttavat asiakkaan henkilökohtainen elämäntilanne ja hoitomotiiviat sekä käytetty lääkeaine ja lääkeannos. Lisäksi asiakkaan hoidossa pysymiseen vaikuttavat se, millainen on hoitosuhde ja kuinka hoito on käytännössä toteutettu. (Suominen & Saarijärvi 2003, 27.) Hoito sisältää lääkityksen lisäksi keskustelut omahoitajan kanssa ja tapaamiset lääkärin kanssa. Hoitoon kuuluvat myös ryhmämuotoinen toiminta ja hoitopaikan ulkopuoliset toiminnot. (Lappalainen – Lehto, Romu & Taskinen 2008, 179 – 180.)

Hoidossa oleville asiakkaille tehdään hoitosopimus, jossa määritellään tarkasti hoidon sisältö, potilaan oikeudet ja velvollisuudet sekä hoitopaikkaa koskevat säännöt. Lääkehoidon ja psykososiaalisen hoidon ja kuntoutuksen lisäksi hoitoihin liittyy myös kontrollitoimenpiteitä. Näitä kontrollitoimenpiteitä ovat säännölliset huumeseuulat ja pistospaikkojen tarkistukset. Tarvittaessa voidaan potilaalta mitata veren buprenorfiini- ja metadonipitoisuuksia. (Lappalainen – Lehto, Romu & Taskinen 2008, 180.)

Aloitusvaihe 0 – 3 kk

Korvaushoidon aloitusvaiheessa, joka on avohoitoa, keskitytään asiakkaan huumeiden käytön ja elämäntilanteen kartoittamiseen sekä arviointiin. Hoidon tässä vaiheessa asiakkaan diagnoosia tarkennetaan ja tehdään arvioita hoitomallin sopivuudesta asiakkaalle. Tavoitteita hoidon aloitusvaiheessa on monia. Hoidon alussa on tärkeää selvittää asiakkaan lääketieteellinen ja psykiatrinen terveydentila mahdollisimman tarkkaan. Aloitusvaiheessa aloitetaan korvaus- ja muu tarpeellinen lääkitys sekä kartoitetaan huumeidenkäytön vaikutukset asiakkaan elämään. Tässä vaiheessa myös määritellään asiakkaan ongelmat ja elämäntilanteen asiat, joihin hoidossa paneudutaan sekä päätetään, miten hoidossa edetään. Alustavan hoitosuunnitelman luominen on keskeinen osa tätä hoidon vaihetta. (Fabritius, Seppänen-Leiman, Ahokas & Kanerva 2005, 26.)

Kiinnittyminen hoitoon ja motivointi 0 – 6 kk

Tässä vaiheessa korvaushoitoa on tärkeää rakentaa luottamuksellinen hoitosuhde asiakkaan kanssa ja motivoida hänet hoitoon. Aloitetaan tiivis työskentely asiakkaan kanssa yhdessä aineiden oheiskäytön ja suonensisäisen käytön poisoppimiseksi. Usein hoidon kiinnittymisen vaiheessa on tyypillistä se, että asiakkaat suhtautuvat

hoitoon hyvin ristiriitaisesti kuten myös hoidon tavoitteisiinkin. Keskeiset tavoitteet hoidossa ovat abstinenssiin eli pidättymiseen pyrkiminen laittomista huumeista, mahdollisten retkahduksien käsittely ja huumekeskeisestä kulttuurista irrottautuminen kokonaan. Tässä hoidon vaiheessa myös kartoitetaan asiakkaan psykososiaalinen tilanne ja verkosto (Fabritius, Seppänen-Leiman, Ahokas & Kanerva 2005, 27).

Varhainen psykososiaalinen kuntoutuminen 6 – 9 kk

Painopiste hoidossa on hoitosuhteessa ja asiakkaan toiminnallisten valmiuksien ja omien voimavarojen vahvistamisessa. Varhaisessa psykososiaalisen kuntoutumisen vaiheessa myös selvitetään asiakkaan mahdollisuuksia opiskeluun, työhön ja muuhun kuntoutumiseen liittyen. Tässä hoidon vaiheessa arvioidaan korvaushoitolääkkeen annoksen vakiintuminen sekä muun mahdollisen lääkityksen tarve. Arvioidaan myös asiakkaan abstinenssin eli pidättymisen laittomista huumeista. Hoidon tavoitteita ovat infektoriskien vähentäminen ja asiakkaan yleinen terveydenhoito. Varhaisessa psykososiaalisessa kuntoutumisen vaiheessa luodaan asiakkaalle kuntoutustavoitteet ja aloitetaan psykososiaalinen kuntoutus (Mts. 27).

Psykososiaalinen kuntoutuminen 9 – 18 kk

Holopaisen (2006) mukaan hyvin toteutunut korvaus- ja ylläpitohoito mahdollistaa potilaan psykososiaalisen kuntoutuksen. (Holopainen 2006, 30). Tässä vaiheessa hoito etenee asiakkaan omien valmiuksien mukaan konkreettisina suunnitelmina opiskeluun, työelämään ja asiakkaan omiin tavoitteisiin liittyvissä asioissa. Keskeistä psykososiaalisen kuntoutumisen vaiheessa on ylläpitää asiakkaan hoitomotivaatiota. Psykososiaalisen kuntoutumisen vaiheessa asiakkaan lääkitys tarkistetaan ajan tasalle ja elämäntapoja opetellaan terveellisempään suuntaan. Tärkeää on myös abstinenssin eli pidättymisen ylläpito ja psykososiaalisen kuntoutuksen jatkaminen (Fabritius, Seppänen-Leiman, Ahokas & Kanerva 2005, 27).

Jatkohoitoon valmistautuminen 18 – 24 kk

Asiakkaan hoitoa voidaan keventää ja siirtää perustasolle jokaisen yksilöllisten mahdollisuuksien mukaan. Edellytyksenä hoidon keventämiselle on, että korvaushoitolääkkeen annos on vakiintunut ja laittomien huumausaineiden oheiskäyttö ja mahdollinen pistäminen on saatu hallintaan. Asiakkaan on oltava myös hyvässä hoitoyhteistyössä häntä hoitavan tahon kanssa. Keskeistä tässä vaiheessa hoitoa on abstinenssin eli pidättymisen ylläpito, lääkehoidon jatkaminen ja asiakkaan selviytyminen arjesta.

Ennen varsinaista jatkohoitoa tässä vaiheessa hoitoa arvioidaan hoitojakson toteutuminen ja suunnitellaan jatkohoitoa sekä varmistetaan asiakkaan jatkohoitopaikka (Fabritius, Seppänen-Leiman, Ahokas & Kanerva 2005, 28).

Irrottautumisvaihe 24 kk-

Tarkastellaan asiakkaan valmiuksia hoidon keventämiseen ja mahdolliseen korvaushoitolääkkeestä irrottautumiseen. Tässä vaiheessa voidaan päätyä myös hoidon jatkamiseen ylläpitohoitona. Asiakasta tuetaan eri keinoin kehittämään huumeettomuutta tukevaa arvomaailmaa ja omaa minäkuvaavaa sekä löytämään muutosta tukevia asioita elämään. Irrottautumisvaiheessa lääkkeellisen hoidon jatkumista arvioidaan tai tehdään asiakkaalle mahdollinen vieroitussuunnitelma. Hoidossa on tässä vaiheessa keskeistä abstinenssin eli pidättymisen ylläpito ja päihitteettömyyteen tukeminen, selviytyminen arjesta oman selviytymissuunnitelman mukaisesti ja hoitojakson arviointi ja jatkohoidon suunnitelma. Keskeistä on myös jatkohoidon valmistelu ja jatkohoitopaikan varmistaminen. (Mts. 28.)

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksemme tarkoitus on selvittää mitä mieltä korvaushoidossa olevat potilaat ovat korvaushoidossa käytössä olevasta lääkaineesta sekä korvaushoitoprosessin toimivuudesta. Kyselymme palvelee kyselyyn osallistuneita toimipaikkoja asiakaspalautteen muodossa sekä antaa vastauksen pohdiskelemaamme kysymykseen käytetyn lääkkeen merkityksestä korvaushoitoprosessissa asiakkaan näkökulmasta katsottuna.

Tutkimusongelmamme ovat seuraavat:

1. Miten korvaushoidossa olevat asiakkaat kokevat korvaushoitoprosessin toimivuuden?
 - 1.1. Vaikuttavatko hoitoon pääsyn kriteerit käyttäjän hoitomotivaatioon?
2. Mikä on käyttäjän mielipide siitä onko käyttäjän kannalta merkitystä korvaushoidossa käytetyllä lääkaineella (Metadoni/Buprenorfiini)?

2.2. Vaikuttaako etukäteistieto käytettävän lääkeaineen mahdollisista sivuousteista käyttäjän hoitomotivaatioon?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkimus toteutettiin kahdessa korvaushoitoa antavassa toimipaikassa. Jyväskylän Seudun Päihdepalvelusäätiön halusimme mukaan tutkimuksemme, koska siellä tarjotaan vain metadonikorvaushoitoa ja säätiö toimii Jyväskylän seudulla. Järvenpään sosiaalisairaalan valitsemisessa vaikuttivat sijainti Etelä-Suomessa sekä asiakaskunnan laajuus. He tarjoavat sekä metadoni- että buprenorfiinikorvaushoitoa.

6.1 Tutkimuksen yhteistyötahot

Toteutimme tutkimuksemme kyselyn kahdessa korvaushoitoa toteuttavassa yksikössä, Jyväskylän Päihdepalvelusäätiössä sekä Järvenpään sosiaalisairaalassa. **Jyväskylän Seudun Päihdepalvelusäätiö** perustettiin Jyväskylään vuonna 2001. Toiminnan tarkoituksena on ehkäistä ja vähentää päihde- ja muita riippuvuusongelmia sekä riippuvuusongelmiin liittyvää syrjäytymistä Keski-Suomen alueella.

Toiminnan tavoitteena on toimia julkisen ja kolmannen sektorin yhteistyökumppanina. Keski-Suomen alueella Päihdepalvelusäätiö kehittää päihdehuollon erityisosaamista ja asiantuntemusta, joka hyödyttää ensisijaisesti koko maakuntaa. Hoitopalvelut on suunnattu alkoholin-, lääkkeiden- ja huumeidenkäyttäjille, peliriippuvaisille sekä heidän läheisilleen. Päihdepalvelusäätiöllä toteutetaan alkoholivieroitusta, huumevieroitusta ja opioidivieroitus- ja korvaushoitoa ja matalankynnyksen palveluja sekä säätiöllä on liikkuva terveysneuvontapiste. (Jyväskylän Seudun Päihdepalvelusäätiö a 2008.)

Järvenpään sosiaalisairaala sijaitsee Järvenpäässä, Haarajoella. Sosiaalisairaalan toiminta alkoi jo vuonna 1951, jolloin se oli alkoholistien vastaanottolaitos. Heinäkuussa 1994 Järvenpään sosiaalisairaala siirtyi valtion omistuksesta A-klinikkasäätiölle. Järvenpään sosiaalisairaala on maassamme ainoa päihdeongelmien

hoitoon erikoistunut sairaala. Sairaalassa hoidetaan alkoholi-, lääke-, huume- ja monipäihderiippuvaisia sekä heidän läheisiään. Sairaalan toiminta perustuu moniammatilliseen hoitotyöhön (Järvenpään sosiaalisairaala.)

Järvenpään sosiaalisairaala toimii valtakunnallisesti, näin ollen hoitoon voi hakeutua mistä päin suomea tahansa. Hoitoon hakeutuminen tapahtuu ottamalla yhteyttä oman paikkakunnan A-klinikkaan, sosiaalitoimistoon, terveyskeskukseen, mielenterveys-toimistoon, työterveyshuoltoon tai yksityislääkärille. Hoitopaikka sosiaalisairaalasta varataan aina etukäteen. Potilaan kotikunta osallistuu yleensä potilaan hoitokustannuksiin, kunnan ostopalveluosoitus onkin oltava ennen hoidon aloittamista. Järvenpään sosiaalisairaalassa toteutetaan katkaisu- ja vieroitushoitoja, vaativaa päihdekuntoutusta, korvaushoitoa, kuntouttavaa yhteisöhoitoa, avohoitopalveluita, laboratorio-palveluita ja opioidiriippuvaisten hoidon tarpeen arviointia polikliinisesti tai osastolla. Järvenpään sosiaalisairaalan arvot hoitotyössä ovat ihmisarvon kunnioittaminen, ammatillisesti osaava ja hyvinvoiva henkilökunta, vastuullisuus sekä tutkimustietoon ja kliiniseen kokemukseen perustuva hoito. Opioidikorvaushoidon aloitukset voidaan toteuttaa polikliinisesti tai osastoarviointeina ja -aloituksina tapauksesta ja potilaan tilanteesta riippuen. Sosiaalisairaala antaa myös konsultaatiopalveluita potilaiden jatkohoitoyksiköille ja tarvittaessa järjestää kriisijaksoja korvaus- tai ylläpito-hoidoissa oleville potilaille (Mt.)

6.2 Tutkimusmenetelmät

Tutkimusmenetelmäksi valitsimme **määrällisen tutkimuksen** eli kvantitatiivisen tutkimuksen. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa keskeisiä asioita ovat aiheeseen liittyvät aiemmat teorit sekä tutkimuksessa käytettävien keskeisten käsitteiden määrittely. Kerätyn aineiston on sovelluttava numeraaliseen, määrälliseen mittaamiseen sekä tilastollisesti käsiteltävään muotoon. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 137.) Määrällisessä tutkimuksessa kerätyn aineiston pitää edustaa tilastollisesti perusjoukkoa, johon tutkimuksessa saadut tulokset voidaan yleistää. Määrällisessä tutkimuksessa tyypillisiä aineistoja ovat koe, haastattelu- ja kyselytutkimukset sekä sisältöanalyysit että tilastot. Olennaista määrällisessä tutkimuksessa on tutkimuksen toistettavuus. (Uusitalo 2001, 79 – 81.) Omassa tutkimuksessamme lähdimme käyttämään kvantita-

tiivista tutkimusmenetelmää, koska tutkimusongelmista tuleva tutkimusaineisto soveltuu parhaiten numeraaliseen mittaamiseen. Tutkimuksemme perusjoukko on hyvin selkeä, koska korvaushoidossa suomessa olevia asiakkaita on vain marginaalinen määrä. Tämäkin tukee määrällisen tutkimustavan valitsemista.

Aineiston keräämiseen käytimme **survey-tutkimusmenetelmää**. Survey-tutkimuksella kerätään pieni otos tietyistä ihmisjoukosta, perusjoukosta, standardoidussa muodossa. Aineiston keräämismenetelmänä voidaan käyttää strukturoitua kyselylomaketta, havainnointia, haastattelua tai näiden erilaisia yhdistelmiä. Survey-tutkimus on parhaimmillaan täsmällisiä tosiasioita kuten ikää, sukupuolta, ammattia, perhesuhteita kerätessä. Survey:lla tutkitaan myös vastaajien tietoja, arvoja, asenteita, mielipiteitä sekä ideologiaa kysyttäviä asioita vastakkain asettelemalla. (Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P 2004, 130.) Survey-tutkimusmenetelmä on toimiva tapa kerätä asiakkaiden taustatietoja sekä kartoittaa heidän asenteitaan ja mielipiteitään korvaushoitoon liittyvissä asioissa.

6.3 Mittarin laadinta

Mittarin laadinnassa emme käyttäneet valmista pohjaa. Otimme mallia erilaisista valmiista päättötöistä saadaksemme lomakkeesta selkeän ja helposti täytettävän. Lomakkeen suunnittelussa on tärkeää huomioida kohderyhmä, liian pitkä ja monimutkainen kyselylomake voi lisätä vastaamattomuutta tai vajaavaisuutta vastauksissa. (Aalto & Valli 2001, 100 – 101; Jyrinki 1976, 25 – 26.) Lomakkeemme ongelmaksi nousi sen pituus. Tämän vuoksi lomake piti saada mahdollisimman yksinkertaiseksi ja helposti täytettäväksi. Tästä syystä valitsimme lomakkeelle selkeän ulkonäön sekä käytimme **likert- asteikkoa**, jonka koimme joustavaksi ja helpoksi täyttää.

Henkilö, joka täyttää likert-asteikollista kyselykaavaketta, ei ilmoita kantaansa väittämään olemalla siihen nähden vain joko samaa mieltä tai eri mieltä. Hänelle tarjotaan tavallisesti viisi vaihtoehtoa, joista hän valitsee itselleen sopivan vaihtoehdon. Toiset tutkijat jättävät vastausvaihtoehdoista pois epävarman vaihtoehdon (vastaustyyppi "ei samaa eikä eri mieltä", "vaikea sanoa" jne.) ja tavallaan vaativat kyselyyn vastaajan ottamaan kantaa kysytyyn asiaan. Suositeltavaa on kuitenkin pitää epävarmuutta kuvaavaa vaihtoehtoa yhtenä vastausvaihtoehtona. (Flinck 1999.) Kyselylomakkeis-

samme käytimme viisikohtaista asteikkoa. Esitestauksessa kokeilimme vaihtoehdon ”ei samaa eikä eri mieltä” vastaustyyppin toimivuutta tämänkaltaisessa kohderyhmässä. Esitestatuissa lomakkeissa kukaan vastaajista ei ollut käyttänyt kyseistä vastausvaihtoehtoa, minkä perusteella päätimme jättää kyseisen vaihtoehdon kyselylomakkeeseen antamaan mahdollisuuden olla vastaamatta johonkin epäselvään kysymykseen.

Suurimpia ongelmia kyselylomakkeessa on vastaamattomuus. Erityisesti postikyselyllä tehdyssä kyselyssä tietyt ihmisryhmät jättivät vastaamatta. (Aalto & Valli 2001, 100 – 101; Jyrinki 1976, 25 – 26.) Tutkimamme perusjoukko kuuluu ryhmään jossa paras tapa saada henkilö vastaamaan kyselyyn on tehdä kysely korvaushoitoyksiköissä. Heille annettiin lomake, joka täytettiin heti paikan päällä ja annettiin hoitajalle suljettuna kirjekuoressa. Tällöin lomakkeet eivät jääneet pyörimään pöydille. Tällä toimintatavalla uskomme saavuttavamme mahdollisimman hyvän vastausprosentin.

Tietoja, arvoja, asenteita, mielipiteitä sekä ideologiaa tutkittaessa kysymysten sanamuodolla ja asettelulla on suuri merkitys. Väärä sanamuoto voi muuttaa kysymyksen vastaajalle täysin päinvastaiseksi, kuin tutkija on tarkoittanut. (Uusitalo 2001, 90 - 93.) Kysymyksen väärinymmärtämisen ongelman minimoimiseksi toimitimme kyselylomakkeen raakaversio sähköpostitse Jyväskylän ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan koulutuspäällikölle Pirjo Tiikkaiselle arvioitavaksi. Hänen hyväksytyään versiomme toimitimme lomakkeen Järvenpään sosiaalisairaalan tutkimuspäällikölle Jouni Touruselle sekä Jyväskylän Seudun Päihdepalvelusäätien kehittämispäällikö Eero Pirttijärvelle arvioitavaksi ja kommentoitavaksi. Muokkasimme lomaketta heidän ehdotustensa pohjalta.

Tutkimusongelmaamme selventävät seuraavat kysymykset:

Miten korvaushoidossa olevat asiakkaat kokevat korvaushoitoprosessin toimivuuden?, tutkimusongelmaa mitattiin kyselylomakkeen kysymyksillä 17, 18, 23, 25

Vaikuttavatko hoitoon pääsyn kriteerit käyttäjän hoitomotivaatioon?, tutkimusongelmaan haettiin vastausta kysymyksillä 15 ja 16.

Onko käyttäjän kannalta merkitystä korvaushoidossa käytetyllä lääkeaineella?, tutkimusongelmaa mitattiin kyselykaavakkeessa seuraavin kysymyksiin: 12, 13, 14, 19, 24, 26, 27, 28

Vaikuttaako etukäteistieto käytettävän lääkeaineen mahdollisista sivuoireista käyttäjän hoitomotivaatioon?, tutkimusongelmaan haimme vastausta kysymyksillä 20, 21 sekä 22.

Kyselyssämme oli mukana myös taustakysymyksiä 11 kappaletta. Taustakysymyksiin kuuluvat kysymykset 1-11. Näillä kysymyksillä pyrimme selvittämään kyselyyn vastaajien oleellisia taustatietoja. Harju - Koskelin (2007) toteaa tutkimuksessaan, että opioidikorvaus- ja ylläpitohoitoasiakkaiden sosiaaliselle elämäntilanteelle oli hyvin tyypillistä matala koulutustaso sekä työttömyys. Myös työkokemuksen vähäisyys ja pitkät työttömyysajanjaksot olivat yleisiä heidän keskuudessaan (Harju - Koskelin 2007). Tästä syystä koimme hyväksi kartoittaa kyselyyn vastaajien taustatietoja. Vastaajan ikä antaa näkökulmaa siitä, miten pitkä käyttäjän päihdehistoria on ollut ennen tämänhetkiseen korvaushoittoon hakeutumista. Käytettyjä aineita ja käyttötapoja kartoitimme huumeongelman syvyyden näkemiseksi. Kuten Weckroth (2006) tutkimuksessaan kertoo:

Suonensisäiseen käyttöön eli pistämiseen siirtymistä asiakkaat pitivät käyttöhistoriassaan merkittävänä askeleena, joka syventää heidän huumeidenkäyttäjäidentiteettiään. (Weckholm 2006, 136.)

Koska työllämme oli myös asiakaspalautteena toimimisen tarkoitus, lisäsimme kyselylomakkeemme loppuun avoimen kysymyksen numero 29. Vastaajalla on näin mahdollisuus antaa kehittämisideoita korvaushoittoa tarjoaville yksiköille.

6.4 Tiedon keruu

Valitsimme tutkimuskeinoksi kyselylomakkeen, koska sen etuina haastatteluun verrattuna on taloudellisuus sekä asiakkaiden tavoitettavuus. Tutkimuksemme suoritettiin kyselylomakkeilla, jotka annettiin tutkimukseen osallistujille täytettäväksi poliklinikakäynnin tai osastohoidon yhteydessä. Kyselylomakkeen liitteinä oli saatekirje työn-

tekijälle (Liite 6) sekä asiakkaalle (Liite 7). Tämä kyselymuoto poistaa haastattelijan henkilökohtaisen vaikutuksen vastaajaan ja antaa vastaajalle paremman henkilöllisyyssuojan kuin kasvotusten tehtävä haastattelukysely. Lomakkeen etuina on myös kysymysten yhdenmukaisuuden säilyminen. Lomakkeen ongelmaksi puolestaan muodostuu se, että se eliminoi haastattelijan mahdollisuuden antaa lisäselvitystä vaikeasti ymmärrettäviin kysymyksiin ja lisää vajavaisesti täytettyjen kyselylomakkeiden mahdollista määrää. Tätä ongelmaa voidaan lieventää huolellisella lomakkeen laadinnalla, lomakkeeseen liitetyllä vastausohjeella sekä esitestauksella. (Aalto & Valli 2001, 100 – 101; Jyrinki 1976, 25 – 26.)

Pidimme tärkeänä asiakkaiden anonymiyden säilyttämisen, minkä takasi kyselylomakkeen käyttö. Lomakkeen ongelmakohtia pyrimme pienentämään mittarin huolellisella laatimisella, esitestaamisella sekä työntekijälle lomakkeiden mukana annetulla saatteella. (Mts. 100 – 101; 25 – 26)

Valmis kyselylomake (Liite 5) vietiin viitenä kappaleena esitestaukseen joulukuun 2007 ja tammikuun 2008 välisenä aikana Jyväskylän Seudun Päihdepalvelusäitiölle. Lomakkeista palautui neljä täytettyä kyselyä. Lomakkeillamme saimme vastauksen hyvin kaikkiin lomakkeen kysymyksiin, mikä osoitti sen toimivuuden. Veimme kyselylomakkeen Järvenpään sosiaalisairaalaan Jouni Touruselle 10.1.2008. Hänen kanssaan lisäsimme lomakkeeseen vielä yhden kysymyksen ”*10.1 Nykyinen korvaushoito ni alkoi (kk/vuosi)*” sekä muokkasimme sanamuotoja muutamassa kysymyksessä välttääksemme mahdolliset väärinymmärrykset vastaajan puolelta. Tämän jälkeen lomakkeet lähtivät yksikköön täytettäväksi. Päihdepalvelusäitiölle lopulliset muokatut kyselylomakkeet veimme täytettäväksi 25.1.2008. Lopullisessa tutkimuksessamme emme voineet käyttää Päihdepalvelusäitiöllä esitettuja neljää kyselylomaketta myöhemmin yhden kysymyksen lisäämisen takia, joten poistimme ne tutkimusmateriaalista.

Vastausaikaa yhteistyökumppaneillemme annoimme huhtikuun 2008 puoleen väliin asti. Tavoitteenamme oli saada vastauksia yhteensä 60 kappaletta. Kyselylomakkeita palautui määräajassa 46 kappaletta. Metadoni vastauksia yksiköistä palautui 27 kpl ja buprenorfiini-naloksoni -vastauksia 19 kpl. Pelkkiä buprenorfiini -vastauksia yksiköistä emme saaneet, koska työmme aikana buprenorfiinin tilalla aloitettiin käyttämään järvenpään sosiaalisairaalassa buprenorfiini-naloksoni -yhdistelmävalmistetta.

Tavoitteenamme oli saada tasamäärä kumpaakin lääkeainetta, joten jouduimme poistamaan kyselylomakkeista 8 kappaletta metadonilääkeainevastauksia. Poistimme molempien yksiköiden kaavakkeista 4 metadoni kaavakevastausta. Valinnassa poistimme ne lomakkeet, joissa oli iso vastaamattomuusprosentti. Karsinnan jälkeen tutkimuksemme osallistuu 19 metadoni ja 19 buprenorfiini-naloksoni -vastauslomaketta. Kyselyyn vastausprosentti tällöin oli 76,7 %. Jos yksiköissä suoritettavaan kyselyyn olisi ollut enemmän aikaa olisimme, saaneet paremman vastausprosentin. Ongelmaksi nousi asiakaspaikkojen suppea määrä ja hidas vaihtuvuus kyseisissä yksiköissä.

6.5 Tulosten analysointi

Taustakysymykset laskimme ja analysoimme käsin. Korvaus- ja ylläpitohoitokysymykset laskimme käyttäen SPSS-15.0 ohjelmaa. Diagrammit tuloksista teimme Microsoft Office Excel 2002 ohjelmaa käyttäen sekä ristiintaulukointi kaaviot SPSS-15.0 ohjelmalla. Kysymysten yhteydessä olleista avoimista vastauksista teimme kysymyskohtaiset yhteenvedot. Kyselyn lopussa olevan kysymyksen ” 29. *Onko sinulla kehittämisiäideoita korvaushoitoa ajatellen?*” tulleista vastauksista kokosimme myös yhteenvedon.

6.6 Tulosten luotettavuus sekä tutkimuksen eettiset ongelmat

Hyvä tutkimus noudattaa aina hyvää tieteellistä käytäntöä. Tämä tarkoittaa, että tutkimuksen kysymyksenasettelu ja tavoitteet, aineiston kerääminen ja käsittely, tulosten esittäminen ja aineiston säilytys eivät loukkaa tutkimuksen kohderyhmää, tiedeyhteisöä eikä hyvää tieteellistä tapaa.(Vilka 2007, 90.)

Koko tutkimuksemme ajan pyrimme kunnioittamaan kummankin yhteistyökumppanimme erilaista työskentelytapaa yksiköissään. Olimme yhteyksissä kummankin yhteistyökumppanin kanssa sähköpostitse ja kävimme molemmassa yksikössä tutustumiskäynnillä selvittelemässä tutkimuksen teoriaosiossa ilmenneiden ristiriitaisten asioiden oikeellisuutta. Tämä mielestämme lisää tutkimuksen luotettavuutta. Mittarin

laadinta, kyselyn suorittaminen hoitajien välityksellä, kyselyn vastaajien vapaaehtoisuuteen perustuminen sekä anonyymiyden suojaaminen antaa mielestämme tutkimuksellemme luotettavuutta sekä huomioi eettisyyttä. Säilytimme ja tuhosimme myös tutkimusmateriaalin aineiston analysoinnin jälkeen oikeaoppisesti kyselyyn vastaajien anonyymiyden turvaamiseksi.

Validiteetilla pyritään arvioimaan mittarin pätevyyttä/kykyä mitata juuri sitä tutkittavaa ongelmaa, kuin on tarkoitus. Kyselylomakkeen kysymyksissä tutkittavat saattavat ymmärtää kysyttävän asian täysin eri lailla, kuin tutkija on tarkoittanut. Tällöin mittari aiheuttaa tulosten virheellisyyttä eikä saatuja tuloksia voida pitää pätevinä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 216 – 217.) Lomakkeemme luotettavuutta paransimme muokkaamalla lomakettamme usean pätevän henkilön kanssa yhteistyössä sekä esitetasimme lomakkeen kertaalleen. Tutkimuksen validiteettiin vaikuttavat myös perusjoukon tarkka määrittely, edustava otosryhmä sekä korkea vastausprosentti (Mts. 29). Olisimme saaneet paremman otosryhmän, jos olisimme ottaneet tutkimukseemme mukaan useamman korvaushoitopaikan. Omien aikaresurssiemme vuoksi päädyimme kuitenkin keskittämään tutkimuksemme kahteen korvaushoitoa tarjoavaan yksikköön. Olemme perehtyneet mittaamiimme ongelmiin laajan kirjallisuusmateriaalin kautta, sekä haastatteleamalla asiantuntijoita tutustumiskäynneillämme yhteistyötahojemme yksiköissä.

Tutkimuksen **reliabiliteetilla** pyritään mittaustulosten toistettavuuteen (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 216). ”Mittauksen reliabiliteetti määritellään kyvyksi tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia” (Heikkilä 2001,187). Kohderyhmämme on eri vaiheissa olevia korvaushoitoasiakkaita. Tämä asia huomioiden kysymyslomake ei saa olla liian pitkä tai monimutkaisesti täytettävä saadaksemme mahdollisimman kattava otos. ”Mitä pienempi otos on, sitä sattumanvaraisempia tuloksia saadaan, esimerkiksi epätarkkaa tietoa todellisesta keskiarvosta” (Mts.187). Tästä syystä päätimme jättää tutkimuksestamme korrelaatiokertoimen laskennan pois, jotta lomakkeesta ei tulisi liian pitkä. Pyrimme saamaan yksiköistä mahdollisimman suuren vastausprosentin mittarin luotettavuuden parantamiseksi. Kyselylomakkeen kysymykset laadittiin tutkimusongelmistamme käsin teorian tietoa peilaten.

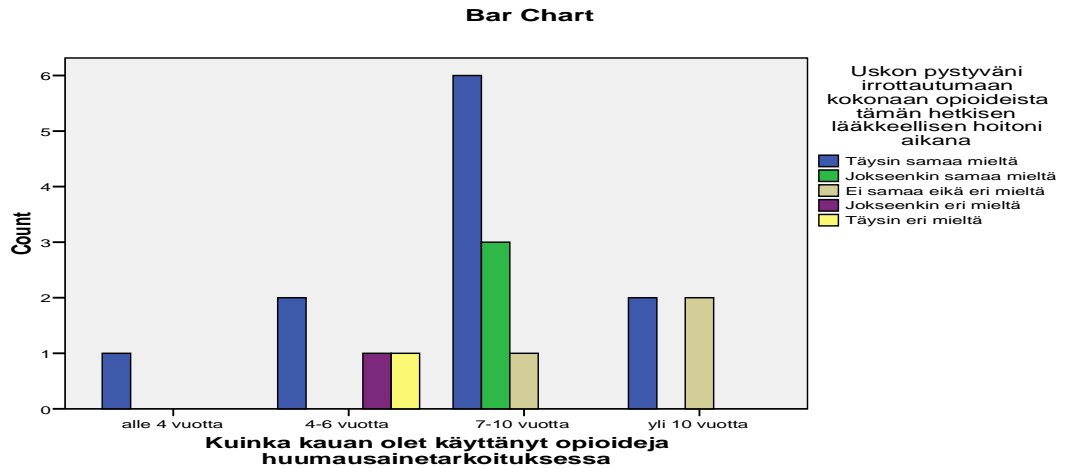
7 TUTKIMUSTULOKSET

7.1 Vastaajien taustatiedot

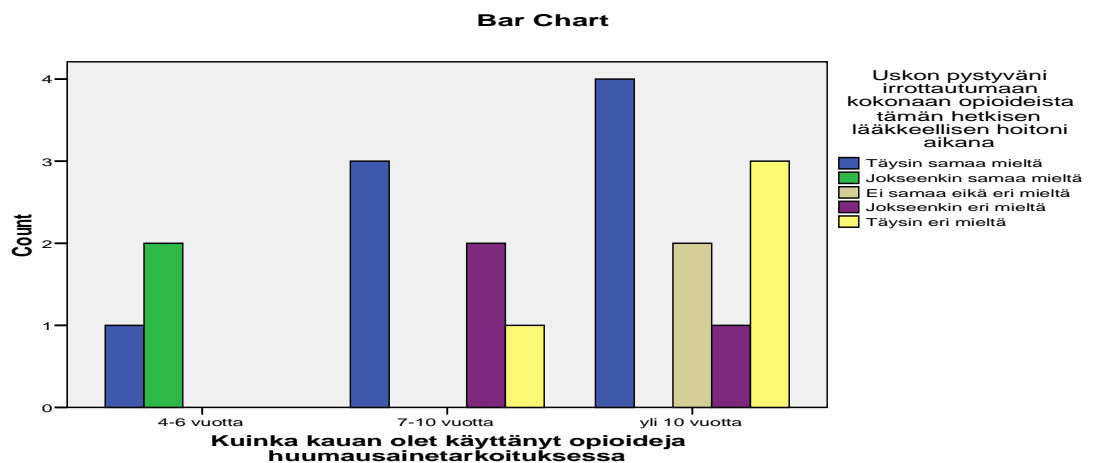
Taustakysymyksillä 1 – 11 pyrimme kartoittamaan vastaajien profiilia ja näin auttamaan lukijaa hahmottamaan korvaushoitopotilaiden maailmaa ja elämäntilannetta. Tutkimuksemme osallistujista 38 vastaajasta enemmistö 68,4 % oli miespuolisia. Sukupuoleltaan tuntemattomaksi jäi 13,2 % vastaajista. Ikäjakaumassa suurin vastaajamäärä 55,3 % oli 21 – 30 –vuotiaita aineiden väärinkäyttäjiä, 31 – 40 -vuotiaita edusti 31,6 % ja yli 40-vuotiaita käyttäjiä oli 13,1 % vastaajamäärästä. Siviilisäädyltään suurin osa 47,4 % oli naimattomia. Toiseksi eniten 23,7 % vastaajissa oli siviilisäädyltään eronneita. Avo-/ avioliitossa (ei lapsia) oli 18,4 % ja avio-/ avioliitossa olevia henkilöitä, joilla on lapsia 10,5 % vastaajista.

Puolella vastaajista 50 % korkein suorittama koulutus tällä hetkellä oli peruskoulu, yhdellä vastaajista peruskoulu oli jäänyt kesken. Peruskoulun jälkeisten opintojen, mikä suurimmalla osalla oli ammatillinen koulutus, keskeytymiseen syynä oli ollut 44,6 %:lla huumeongelma. Vastaajien joukossa opioidien väärinkäyttöä oli ollut 39,5 %:lla 7 – 10 vuotta ja 36,8 %:lla yli 10 vuotta. 4 – 6 vuotta väärinkäyttöä kertoi olleen 18,4 %:lla vastaajista ja alle 4 vuotta 5,3 %: lla. Kun vertailee vastaajien ikäjakaumaa ja opioidien väärinkäyttöaikaa, aineiden väärinkäyttö on monella alkanut juuri peruskoulun loppupuolen ja aikuisuuden kynnyksen aikoihin.

Verrattaessa käyttöhistoriaa ja käyttäjän uskoa korvaushoidon tehoon opioidiriippuvuuteensa buprenorfiini asiakkaista alle 4 vuotta väärinkäyttöä olleiden parissa usko irtautumiseen oli heikointa. Parhaimpiin tuloksiin opioidiriippuvuudesta irtautumisessa uskoi 7 – 10 vuotta opioideja väärinkäyttäneet asiakkaat. Myös metadonia asiakasryhmässä 7 – 10 vuotta opioideja väärinkäyttäneiden parissa oli eniten uskoa korvaushoidon tehoamiseen opioidiriippuvuuteensa. Vastaajaryhmästä yli 10 vuotta käyttäneiden parissa usko irtautumiseen oli heikko.



KUVIO 1. Buprenorfiini asiakkaiden usko irtautumiseen opioideista



KUVIO 2. Metadoni asiakkaiden usko irtautumiseen opioideista

Suonensisäistä käyttöä oli suurimmalla osalla vastaajista 92,1 %. Samalla käyttäjällä oli usein lukuisia eri tapoja käyttää opioideja huumausainetarkoituksessa, kuten mm. nuuskaamalla 55,3 %, polttamalla 47,4 %, syömällä, kielen alla, buprenorfiini - alkoholiliuksena, peräpuikkoina, laastareina, suun kautta nesteinä ja tabletteina. Muita pähteitä opioidien rinnalla, eli sekakäyttöä oli 100 % vastaajista. Opioidien rinnalla käytössä oli mm. kaikki mahdolliset lääkeaineet, ecstasy, kokaiini, TMC, LSD, alkoholi, PCP, butaani sekä sienet. Vastaajista 23,7 % oli ollut aiemmin korvaushoidossa. Keskeytyneissä korvaushoidoissa lääkeaineena oli kyseessä ollut metadoni 18,2 %:ssa ja buprenorfiini 72,7 %:ssa tapauksia. Syitä korvaushoidon keskeytymiseen vastaajat

kertoivat olevan mm. buprenorfiinin vaihto buprenorfiini-naloksoni yhdistelmävalmisteseen, ongelmat siviilissä, omat asenneongelmat, läheisen hoitamattomuus ja oheiskäyttö.

Lääkkeelliseen korvaushoittoon hakeutumiseen vastaajilla oli samanaikaisesti useita eri syitä. Vastaajista 42,1 % koki, ettei lääkkeetön korvaushoito ollut auttanut ja 68,4 % koki kyllästyneensä päihdeongelmaansa. Perheen ja läheisten painostusta hoitoon hakeutumiseksi koki 10,5 % ja viranomaisten painostusta 2,6 %. Muita syitä vastaajista 42,1 % kertoi olevan mm. vankilakierteen välttämisen, somaattisten sairauksien/kipujen vuoksi täysi lääkkeettömyys olisi ollut mahdotonta, raskaaksi tulo, halu saada muutosta elämään ja joissakin tapauksissa vaihtoehdot olivat enää elämä tai kuolema. Kysymykseen jätti vastaamatta 2,6 %. Myös Ahtiala & Ruohonen (1998) olivat haastattelututkimuksessaan saaneet hyvin samankaltaisia syitä hoitoon hakeutumisen ja motivaation synnyn löytymiseksi.

Tämänhetkisessä korvaushoidossa vastaajista oli ollut alle vuoden 34,2 % vastaajista. 1-3 vuotta hoidossa oli ollut 31,6 %, 4-5vuotta 15,8 % ja yli 6 vuotta myös 15,8 % vastaajista. Korvaushoitonsa kestoa ei halunnut kertoa 2,6 %. Tavoitteikseen asiakkaat olivat asettaneet tämän hetkiseen opioidikorvaus- ja ylläpitohoitoon hyvin erilaisia asioita. Vastaajista suurin osa tavoittelee paluuta ns. normaaliin elämään, johon sisältyy perhesuhteiden ylläpito, harrastukset, työ- tai opiskelupaikka ja lääkkeetön elämä.

”Että pystyn elämään normaalia elämää ilman päihteitä, pystyn menemään pankkiin maksamaan laskuja ilman pelkotiloja, ei tarvitse tehdä rikoksia enää, voin olla tytöilleni oikea isä, en petä enää lapsilleni...antamiani lupauksia.” (Mies yli 40-vuotias)

Osalla vastaajista tavoitteet eivät olleet läheskään niin korkealla, vaan he tuntuvat vain haluavan selvitä päivästä toiseen korvaushoitolääkkeen turvin. Erään vastaajan tavoite korvaushoidolleen oli vain IV-käytön ja muun oheiskäytön lopettaminen.

”Saada päivittäin tarvitsemäni lääkitys” (Mies yli 40 -vuotias)

7.2 Miten korvaushoidossa olevat asiakkaat kokevat korvaushoitoprosessin toimivuuden?

Ennako-odotuksien toteutumiseen/ toteutumattomuuteen hoitonsa suhteen metadoni asiakasryhmästä 47,4 %:lla oli neutraali, ei samaa eikä eri meiltä mielipide asiasta. Buprenorfiini asiakkailla oli selkeästi 36,8 %:lla ollut ennako-odotuksia hoitonsa suhteen. Vastaajilla ennako-odotukset olivat pääsääntöisesti osuneet kohdilleen hoidon todellisuuden kanssa niin ”*sekä hyvässä että pahassa*” (Nainen 31 – 40– vuotias). Negatiiviset mielikuvat hoidosta eivät aina olleet kuitenkaan toteutuneet kuten tällä vastaajalla:

” ei en joutunutkaan riutumaan hoitajien/lääkäreiden silmien edessä kuoleman partaalla” (Mies 21 – 30 –vuotias)

Metadoni asiakkaista 42,1 % koki pystyvänsä irtautumaan kokonaan opioideista tämänhetkisen lääkkeellisen korvaushoitonsa aikana. Myös buprenorfiini asiakkaista suurin osa 52,6 % uskoi irtautuvansa opioideista korvaushoitonsa aikana. Kummankin lääkeryhmän 42,1 % korvaushoitoasiakkaista koki joutuneensa odottamaan hoitoon pääsyä liian kauan. Metadonihoidossa olevat kertoivat joutuneensa odottamaan hoitoon pääsyä 7 kuukaudesta neljään vuoteen. Buprenorfiinihoidossa olevien kokemukset hoitojonosta olivat olleet vastaavanlaiset, mutta vastaajien joukosta löytyi myös 7- ja 12 vuotta hoitoon pääsyä odottanutta käyttäjää.

7.2.1 Vaikuttavatko hoitoon pääsyn kriteerit käyttäjän hoitomotivaatioon?

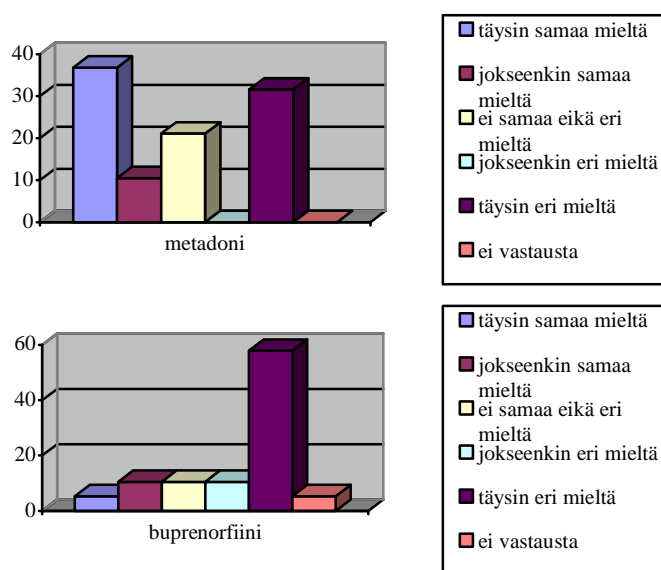
Metadoni vastaajaryhmässä 36,8 % oli sitä mieltä, että hoitoon pääsyn kriteerit eivät ole liian tiukat. Buprenorfiini ryhmässä kriteerejä pidettiin pääasiassa vastaavasti liian tukkoina. Kriteerien tiukkuus puhututti vastaajia puolesta ja vastaan. Osalla vastaajista oli kokemus, että hoitoon pääsee pärsäkertoimen mukaa.

”Tietyllä tavalla ravauttaa nyt kipeitä ihmisiä ja jonot ovat älyttömät. Mutta taas toisaalta otetaan liiankin helposti ns. viihdekäyttäjiä hoitoon ja se on päin helvettä” (Nainen 21- 30 –vuotias)

Kriteerien keventämisen vaikutuksesta hoitomotivaatioon heikentävästi metadoni vastaajaryhmässä jakoutuivat. Metadonihoidossa olevat kokevat, että kriteerien keventäminen altistaisi oheiskäytölle, hoidon arvostuksen uskottiin myös saattavan laskea käyttäjien silmissä.

”Silloin ne, kenellä on mahdollisuus lopettaa muilla tavoin veisivät paikat niiltä joille tämä on viimeinen oljenkorsi” (Nainen 21 – 30 –vuotias)

Buprenorfiini ryhmän vastaajista suurin osa 57,9 % oli täysin eri mieltä kriteerien keventämisen vaikutuksesta hoitomotivaatioonsa heikentävästi.



KUVIO 3. Kriteerien keventämisen vaikutus hoitomotivaatioon.

7.3 Mikä on käyttäjän mielipide siitä onko käyttäjän kannalta merkitystä korvaushoidossa käytetyllä lääkeaineella (Metadoni/Buprenorfiini)?

Suurin osa 68,4 % molemmista vastaajaryhmistä halusi ehdottomasti tiettyyn lääkeelliseen korvaushoitoon. Metadoniasiakkaat perustelivat valintaansa monin tavoin. Metadonihoidon uskottiin auttavan suonensisäisen käytön lopettamiseen. Osa vastaajista kertoi olevansa riippuvaisia jo ennen hoitoon menoa katukaupan subutexista ja kokivat väärinkäytön mahdollisuuden todennäköisenä jos menisivät buprenorfiinihoitoon. Metadonia kutsuttiin myös ns. saattohoitolääkkeeksi, viimeiseksi mahdollisuudeksi kun muut hoitokeinot eivät olleet auttaneet. Vastauksissa tuli myös ilmi se, että buprenorfiinin vaihto buprenorfiini-naloksoni yhdistelmävalmisteeseen oli tehnyt jot-

kut vastaajista niin sairaiksi, että metadonikorvaushoito oli ollut heille ainoa mahdollisuus. Osa vastaajista kertoi halunneensa toiseen korvaushoitoon, mutta heille ei ollut annettu muuta mahdollisuutta. Buprenorfiini asiakkaista useat kokivat metadonin liian vahvana ja vaarallisena lääkkeenä ja tästä syystä hakeutuivat buprenorfiini hoitoon. Moni vastaajista myös uskoi buprenorfiinista olevan helpompi vieroittautua kuin metadonista. Buprenorfiini koettiin turvallisenä mutta tehokkaana lääkkeenä.

Mahdollisuudesta vaikuttaa lääkeaineen valintaan metadoni lääkeaineryhmän vastajissa oli isoa hajontaa. Metadoni asiakkaista 42,1 % oli sitä mieltä, ettei heillä ollut mahdollisuutta vaikuttaa käytettävän lääkeaineen valintaan millään lailla

”en suostunut muuhun mut ei onnistu enää Methadon way or highway”
(Mies 31- 40 –vuotias)

Buprenorfiini-naloksoni yhdistelmävalmisteeseen siirtymisessä vaihtoehdoksi koettiin metadoniin siirtyminen. Osa heistä, jotka metadonihoitoa eivät halunneet kokivat, ettei vaihtoehtoja ollut.

”Eihän ollut järkeä aloittaa niin paljon vahvempaa lääkeainetta kuin metadon on ja siksi sain aloittaa jatkamalla jo tuttua subutexiä mutta suboxonea en ole itselleni pyytänyt eikä minulta kysytty haluanko minä vaihtaa vaan se lätättiin mitään sanomatta mun eteeni!” (Nainen 21 – 30 –vuotias)

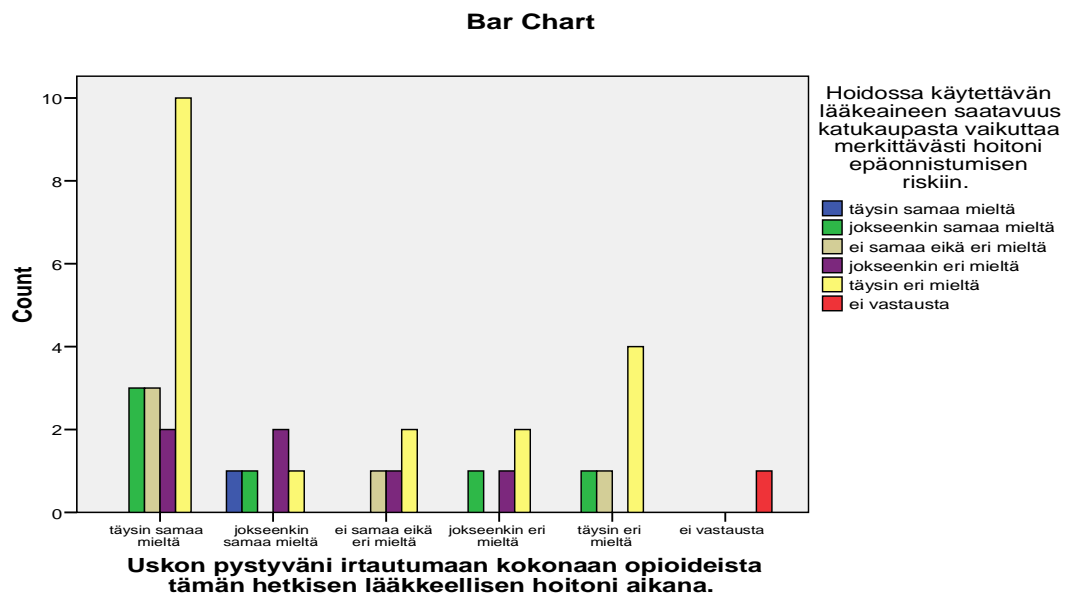
Keinoiksi vaikuttaa lääkeaineeseen vastaajat kertoivat mm. kyseenalaistamalla lääkärin päätöstä, keskustelemalla, perustelemalla miksi haluaa tiettyyn lääkkeelliseen hoitoon.

Riittävästä tiedonsaannista eri hoitopaikoissa käytettävistä lääkeaineista asiakkailla oli hyvin erilaisia kokemuksia. Tietoa vastaajat olivat saaneet päihdepoliklinikoilta, hoitopaikoista, internetistä, luotettavilta lääkäreiltä, muualta tulleilta tutuilta ja kavereilta kadulla sekä omista aiemmista kokemuksista eri paikoissa. Metadoniasikkaiden tyytyväisyys tämänhetkiseen korvaushoitoonsa näkyi selvästi. Täysin samaa mieltä väittämästä oli 36,8 % ja jokseenkin samaa mieltä 36,8 % vastaajista. Buprenorfiini asiakkaista 31,6 % ilmoitti olevansa täysin samaa mieltä tyytyväisyydestään tämänhetkiseen hoitoonsa ja jokseenkin samaa mieltä asiasta oli 42,1 % vastaajista.

Hoidossa käytettävän lääkeaineen tehoon opioidiriippuvuutensa katkaisemiseksi 31,6 % metadonihoidossa olevista asiakkaista ja 42,1 % buprenorfiini asiakkaista uskoi

hoidon onnistumiseen kyseisellä lääkeaineella. Lääkeaineen merkityksestä retkahdusriskiin laitoshoidon päätyttyä vastaajilla oli epätietoisuutta, Selkeänä erona kuitenkin näkyi, että metadoni asiakkaiden 31,1 % mielestä käytettävällä lääkeaineella on merkitystä retkahdusriskiin. Osa koki vieroittautumisen metadonista vaikeaksi sen vahvuuden takia, hyvänä puolena kuitenkin vieläkin mainittiin piikitysmahdollisuuden puuttumisen. Buprenorfiini asiakkaista 31,6 % mielestä hoidossa käytettävällä lääkeaineella ei ole merkitystä retkahdusriskiin laitoshoidon päätyttyä.

Kysyessämme asiakkailta heidän korvaushoidossa käytettävän lääkeaineen katukaupan saatavuuden merkitystä retkahdusriskiin molempien vastaajaryhmien mielipide oli samansuuntainen. Metadoniasiakkaista 42,1 % kuten myös buprenorfiiniasiakkaista 57,9 % oli sitä mieltä, ettei lääkeaineen saatavuudella katukaupasta ole vaikutusta hoidon epäonnistumisen riskiin.

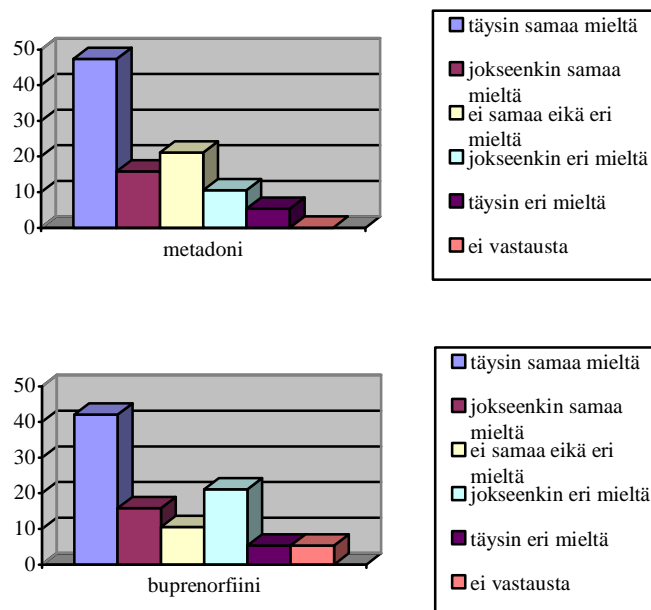


KUVIO 4. Metadoniasiakkaiden sekä buprenorfiiniasiakkaiden retkahdusriski

7.3.1 Vaikuttaako etukäteistieto käytettävän lääkeaineen mahdollisista sivuoireista käyttäjän hoitomotivaatioon?

Metadoni korvaushoidossa olevat vastaajat eivät pääsääntöisesti kokeneet saaneensa vaikeita sivuoireita käytettävästä lääkeaineesta. Buprenorfiini asiakkaista 36,8 % koki saaneensa jonkin verran sivuoireita hoidon alussa. Vastaajien kritiikki kohdistui osit-

tain voimakkaasti buprenorfiini-naloksoni yhdistelmävalmisteen aiheuttamiin sivuoireisiin. Etukäteen tietoa mahdollisista sivuoireista koki saneensa riittävästi 26,3 % metadoni asiakkaista. Buprenorfiini asiakkaista taas 36,8 % koki etukäteistiedon olevan riittämätöntä. Kritiikkiä vastaajat antoivat buprenorfiini-naloksoni valmisteen sivuoireiden tiedonsaannin puutteista. Tietoa mahdollisista sivuoireista kaivattiin, mutta itse hoitomotivaatioon vastaajat eivät kokeneet tiedon vaikuttavan kummassakaan vastaajaryhmässä.



KUVIO 5. Sivuoireiden etukäteistiedolla ei ole merkitystä hoitomotivaatioon.

7.4 Onko sinulla kehittämisideoita korvaushoitoa ajatellen?

Kysymykseen korvaushoidon kehittämisestä vastauksia tuli muutama. Korvaushoitosäännöt ja ohjeistukset toivotaan valtakunnallisiksi. Toivotaan tarkempaa taustojen tutkimista ja motivaation seulontaa hoitoon hakeutuvilta. Pitkänlinjan opioidiriippuvaiset kokivat, että heidän hoitoon pääsyinsä vaikeutuu liian löysillä kriteereillä. Lisää tietoa metadonin sivuoireista toivottiin potilaille sekä hoitosuunnitelman ja lääkityksin yksilöllisyyttä. Myös subutexia kaivattiin takaisin hoitolääkkeeksi sekä lääkkeen jakoa apteekkeihin toivottiin.

*”Seulat ei motivoi olemaan ilman oheisia! Jokainen on yksilö, ja jokais-
ta pitäisi hoitaa yksilöllisesti! Harvoin hoito ja hoidon tarve täysin koh-
taavat! (Mies 31 – 40 –vuotias)*

7 POHDINTA

Tutkimuksemme idea lähti alun perin meitä mietittämään jääneestä ajatuksesta. Siitä kumpi olisi parempi korvaushoitolääkeaine asiakkaiden mielestä, buprenorfiini vai metadoni? Yhteistyökumppaneiksemme saimme Jyväskylän Seudun Päihdepalvelusäätiön sekä Järvenpään sosiaalisairaalan. Yksiköt pystyvät käyttämään työtämme asiakaspalautteen muodossa.

Korvaushoito käsitteenä oli meille tutkimuksen tekijöille työn alussa vielä aika uusi. Työn aikana saimme paljon uutta ja vanhaa tietoa. Kirjallisuuskatsausta tehdessämme törmäsimme tiedon oikeellisuuden ongelmaan. Kirjallisuudessa saattoi olla hyvinkin ristiriitaista tietoa keskenään. Pyrimme käyttämään mahdollisimman uutta kirjallisuutta työssämme minimoidaksemme virheellisen tiedon. Käyttämällä apunamme myös yhteistyökumppaneiden ammattitaitoa epäselvissä asioissa, saimme haluamaamme luotettavuutta työllemme.

Mittarin laadinta tuotti meille vaikeuksia, koska otosryhmämme on korvaushoitoprosessissa olevat aineiden käyttäjät. Meille oli hyvin tärkeätä luoda sellainen kyselylomake, minkä he jaksavat täyttää. Kyselylomakkeen selkeä ulkoasu ja helppo täytettävyyys olivat tärkeitä seikkoja. Pyysimme yhteistyökumppaneidemme apua lomakkeen luonnissa kommentoinnin muodossa. Saimme heiltä hyviä ohjeita, joiden pohjalta loimme lopullisen lomakkeen. Mittarin toimintaa esitetasimme Jyväskylän Seudun Päihdepalvelusäätiössä, mikä antoi mielestämme hyvän kuvan lomakkeen toimivuudesta. Lomakkeen teon pitkittyessä itse kyselyyn varattu aika jäi ennakoitua lyhyemmäksi, mikä näkyi palautuneiden lomakkeiden määrässä. Tavoittemme alun perin oli 60 vastattua lomaketta, mutta tutkimuksemme otimme mukaan kaikkiaan 38 lomaketta, mikä mielestämme oli kuitenkin hyvä otosmäärä.

Opinnäytetyön tekeminen oli haastava ja mielenkiintoinen prosessi, koska tutkimuksiin korvaushoidossa olevien asiakkaiden kokemuksista hoidosta emme ole löytäneet. Tutkimuksia on tehty aiheesta jonkin verran, mutta emme ole löytäneet tutkimuksia jotka ovat kohdistuneet asiakkaiden omiin kokemuksiin tietystä lääkkeellisestä korvaushoidosta. Aiheen ajankohtaisuudesta kertoi se, että tutkimuksemme edetessä korvaushoitokäytännöt muuttuivat jonkin verran, buprenorfiinin tilalle tuli buprenorfiininaloksoni yhdistelmävalmiste ja sosiaali- ja terveysministeriöltä tuli uusi asetus lääk-

keellisestä opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta. Uuden asetuksen myötä lääkkeiden apteekkijakelu erillisellä sopimuksella voidaan mahdollistaa osana varsinaista hoitoa sekä ylläpitohoito- käsite poistui käytöstä. Mielestämme lääkkeiden apteekkijakelun myötä saadaan enemmän resursseja korvaushoitoa toteuttaville yksiköille, koska lääkkeiden jako tulee tapahtumaan apteekkien välityksellä.

Ylläpitohoito- käsitteen poistuminen mielestämme oli turhaa. Opioidiriippuvaisten hoitoa selkeyttää paremmin hoidon jakaminen korvaus- ja ylläpitohoitoon, koska uskomme, että ylläpitohoito- käsitettä tullaan käytännön työssä kuitenkin käyttämään, ainakin suullisesti. Määritelmä korvaushoito ei todellisuudessa anna mahdollisuutta erottaa asiakkaita päihitteettömyyteen tähtäävien ja ylläpito-hoidossa olevien välillä.

Halusimme tutkimuksessamme kartoittaa kyselyyn vastaajien taustatietoja, jotta näkisimme, onko heillä paljon yhteisiä asioita, kuten koulutustaso tai onko usean vastaajan opinnot keskeytynyt huumeidenkäytön vuoksi. Taustatiedoista selvisi, että useat olivat suorittaneet vain peruskoulun ja opiskelu oli jäänyt siihen. Opinnot olivat keskeytyneet hyvin monelta huumeidenkäytön vuoksi ja se kuvastikin mielestämme vastaajien rankkaa nuoruutta, johon sisältyi huumausaineet. Jäimme miettimään, missä vaiheessa elämää huumausaineet olivat tulleet vastaajien elämään mukaan säännöllisesti käytettynä ja millä tavalla.

Tutkimuksemme tuloksissa ilmeni paljon kritiikkiä korvaushoidon kriteereitä kohtaan. Pääsääntöisesti asiakkaat pitivät tämänhetkisiä hoitoon pääsyn kriteereitä sopivina ja vastustivat kriteereiden löysentämistä. Voimakasta vastustusta osalta vastaajista tuli osan korvaushoitolääkkeistään myyviä asiakkaita kohtaan. Vaadittiin parempaa taustojen ja käyttöhistorian tutkimista, jotta todella apua tarvitsevat pääsisivät hoitoon. Olemme vastaajien kanssa samaa mieltä siitä, että korvaushoitoon pyrkivien taustatiedot tulisi selvittää tarkemmin, lähinnä opioidikäyttöhistoria. Tutkimuksessamme kävi myös ilmi, että eräässä tapauksessa hoitoon oli otettu avo-/ aviopuolisoista vain toinen osapuoli, koska hän oli raskaana. Perheen kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin kannalta oli ollut tärkeää ottaa molemmat puoliset samaan aikaan hoitoon. Korvaushoitoprosessi koettiin kokonaisuudessaan toimivaksi ja hyväksi. Tutkimuksessamme emme varsinaisesti verranneet eri lääkevalmisteiden ominaisuuksia vaan korvaushoidossa olevien kokemuksia tietyllä lääkeaineella toteutettuun hoitoon. Tuloksista tuli ilmi, että molempia korvaushoitolääkeaineita tarvitaan. Kummallakin aineella on oma kannattaja-

kuntansa, jotka uskovat korvaushoitonsa auttamaan vähentämään tai lopettamaan opioidien käytön. Kummassakin lääkaineessa oli asiakkaiden mielestä hyviä ja huonoja puolia, mutta valinnanvapautta pidettiin yleisesti vastaajien keskuudessa tärkeänä. Järvenpään Sosiaalisairaalan korvaushoitoasiakkaat saivat mahdollisuuden vaikuttaa omassa hoidossaan käytettävään lääkaineeseen, mutta Jyväskylän Seudun Päihdepalvelusäätiön asiakkaat eivät saaneet vaikuttaa valintaan millään tavalla, koska valinnanmahdollisuutta ei ollut. Jyväskylässä ollaan metadonihoidon kannalla ja päihdesäätiöllä toteutetaan vain ko. hoitoa.

Tutkimuksemme aikana buprenorfiini valmiste siirrettiin buprenorfiini-naloksoni valmisteseen, joka sai aikaan jonkin verran voimakkaita mielipiteitä uutta lääkainetta kohtaan. Uuden buprenorfiini-naloksoni yhdistelmävalmisteen tulo ja käyttöönotto korvaushoidossa on herättänyt asiakaskunnassa negatiivisia tunteita. Yhdistelmävalmistetta kehitetään lehtiartikkeleissa ja alan kirjallisuudessa erinomaiseksi korvaushoitolääkkeeksi siihen lisätyn naloksonin vuoksi. Asiakaskunta on toista mieltä. Tutkimuksessamme kävi ilmi asiakkaiden tyytymättömyys lääkaineen vaihtoon buprenorfiini valmisteesta yhdistelmävalmisteseen. Asiakkaat kokivat naloksonin aiheuttavan liikaa sivuoireita ja huonontavan korvaushoidossa pysymistä.

Olemme samaa mieltä siitä, että on hyvä, kun on kehitelty sellainen yhdistelmävalmiste, joka heikentää korvaushoitolääkkeen väärinkäyttöä. Toisaalta ihmettelemme, miksi yhdistelmävalmiste on käytössä buprenorfiinin sijaan, koska ko. valmiste aiheuttaa niin paljon sivuoireita hoidossa oleville asiakkaille. Hoitoon tyytyväisyys on laskenut yhdistelmävalmisteen käyttöönoton jälkeen. Joidenkin Internetin keskustelupalstojen keskusteluista käy ilmi, kuten myös tutkimuksestamme, että buprenorfiini-naloksoni yhdistelmävalmistetta voidaan väärinkäyttää suonensisäisesti kadulla. Voi olla, että metadonin suosio korvaushoidossa kasvaa tulevaisuudessa yhdistelmävalmisteen negatiivisen palautteen vuoksi. Jatkotutkimushaasteena olisikin tutkia asiakkaiden mielipiteitä uudestaan, kunhan uusi buprenorfiinin tilalle tullut lääke (Buprenorfiini-naloksoni) on vakiinnuttanut paikkansa asiakkaiden keskuudessa.

Olemme molemmat tehneet opinnäytetyömme eteen yhtä paljon työtä. Suunnittelu, kyselykaavakkeen luonti, teoriaosuuden kirjoittaminen, tutkimusten analysointi ja yhteydenpito yhteistyötahoihin on kuluttanut aikaamme yhtä paljon. Olemme työn sisältöön ja toteutukseen erittäin tyytyväisiä ja omalta osaltamme saaneet tärkeitä tie-

toa korvaushoidosta ja huumemaailman ilmiöistä tutkimuksemme teoriaosuutta tehdessämme. Opinnäytetyömme on kasvattanut meitä ymmärtämään huumeriippuvaisia ja heidän näkemyksiään ja kokemuksiaan korvaushoidosta lääkeaineineen ja heidän näkemyksiään elämästä huumeriippuvaisena tässä yhteiskunnassa. Huumeriippuvuus on itseaiheutettu sairaus, jonka seurauksia on vaikea korjailla ja hoitaa.

Pohdimme, että olisi ollut kannattavampaa tutkia useamman kuin kahden eri korvaushoitoyksikön asiakkaiden kokemuksia hoidosta. Lisäämällä korvaushoitoyksiköiden määrää olisimme saaneet runsaammin korvaushoidossa olevia asiakkaita tutkimukseen mukaan. Olisimme näin ollen saaneet laajemman käsityksen buprenorfiini- ja metadoni asiakkaiden kokemuksista. Ajanpuutteen vuoksi emme ryhtyneet laajentamaan tutkimustamme useampiin yksiköihin.

8 LÄHTEET

Aalto, J. & Valli, R. Toim. 2001. Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. metodin valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Ahtee, L. 2004. Aivojen altistuminen addiktiolle – päihteelle - ja huumeriippuvuuden noidankehä. Tiimi Net. A- Klinikkasäätiö. Lainattu 7.11.2007. <http://www.a-klinikka.fi/tiimi/arkisto/2004/104/aivot.html>.

Ahtiala, P. & Ruohonen, K. 1998. Se oli sitä koko elämä. Kokemuksia ja näkemyksiä huumeriippuvuudesta. Tampere: Tammer-paino Oy.

Dahl, P. & Hirschovits, T. 2007. Tästä on kyse –tietoa päihteistä. 4 painos. Helsinki: Hakapaino Oy.

Emea, European Medicines Agency. 2006. Euroopan julkinen arviointikertomus (EPAR) Suboxone. Viitattu 21.2.2008. <http://www.emea.europa.eu/humandocs/PDFs/EPAR/suboxone/069706fi1.pdf>.

Fabritius, C., Seppänen-Leiman, T., Ahokas, H. & Kanerva, H. 2005. Opiattiiriippuvuuden korvaushoidon käsikirja. Päihdelääketieteen yhdistys ry & a-klinikkasäätiö.

Flinck, R. 1999. Summamuuttajat. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Viitattu 15.12.2007. <http://www.uta.fi/laitokset/hoito/wwwoppimateriaali/luku5c.html>.

Hakkarainen, P. & Tigerstedt, C. 2005. Korvaushoidon läpimurto Suomessa. Yhteiskuntapolitiikka 70, 2, 143–144.

Harju- Koskelin, O. 2007. Kuntoutuuko korvaushoidossa? OHJAT- projektin seuranta tutkimus. Järvenpään sosiaalisairaalan julkaisuja, no 37.

Heikkilä, T. 2001. Tilastollinen tutkimus. 3 uud. p. Helsinki: Oy Adita Ab.

Hermanson, T. 2008. Opioidiriippuvaisten korvaushoito vastaamaan paremmin nykyistä tarvetta. STM tiedote 14/ 2008, 21.1.2008. Sairaalaviesti, 1, 34. Suomen kunta-liitto. Viitattu 24.3.2008. <http://www.kunnat.net/binary.asp?path=1;29;145;30546;5702;38885;11415;136212&field=FileAttachment&version=1>.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. 10 p., osin uud. p. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. 3 p. Tammer-Paino Oy: Tampere.

Hoitotakuu. 2005. 1.3.2005 Hoitotakuusäännökset tulivat voimaan. FINLEX® - Valtion säädöstietopankki. Viitattu 18.4.2008. <http://www.finlex.fi/fi/uutiset/?id=32>.

Holopainen, A. 2007. a. Huumeriippuvuus on aivojen sairaus. *Irti*, 1, 9 – 11.

Holopainen, A. 2007. b. Huumeongelman hoito. Lääkärin käsikirja. *Terveysportti*. Viitattu 10.11.2007.

http://www.terveysportti.fi/ltk/ltk.koti?p_haku=Huumeongelman%20hoito

Holopainen, A. 2000. Toipumisen käsikirja buprenorfiinihoidossa. Viitattu 3.6.2007.

http://www.sosiaalisairaala.fi/koulutusmateriaalia/korvaushoidossa_olevien_hoitomanuaali.pdf.

Holopainen, A., Fabritius, C. & Salaspuro, M. 2003. Opiattiriippuvuus. Teoksessa *päihdelääketiede*. Toim. Salaspuro, M., Kiiänmaa, K. & Seppä, K. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 468–482.

Holopainen, A., Fabritius, C. & Salaspuro M. 1998. Opiattiriippuvuus. Teoksessa *päihdelääketiede*. Toim. Salaspuro, M., Kiiänmaa, K. & Seppä, K. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki. Gummerus kirjapaino Oy, 433–443.

Holopainen, A. 2006. Opioidiriippuvuuden hoito. *Irti huumetyön erikoislehti*, 4, 30–31.

Huume riippuvuuden hoito Suomessa. konsessuskokous 1.-3.11.1999. Hanasaaren kulttuurikeskus, Espoo. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Suomen Akatemia. Vammala 1999: Vammalan kirjapaino.

Inkinen, M., Partanen, A. & Sutinen, T. 2000. *Päihdehoitotyö*. Hygienia. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Jyrinki, E. 1976. *Kysely ja haastattelu tutkimuksessa*. Hämeenlinna: Arvi A. osakeyhtiön kirjapaino.

Jyväskylän Seudun Päihdepalvelusäätiö a. Viitattu 24.3.2008.

<http://www.paihdesaatio.fi/index.htm>. päivitetty 9.3.2008.

Jyväskylän Seudun Päihdepalvelusäätiö b. Opioidiriippuvaisten korvaushoito. Viitattu 18.4.2008. <http://www.paihdesaatio.fi/julkaisut/korvaushoito.pdf>)

Järvenpään sosiaalisairaala. A- Klinikasäätiö. Viitattu 11.12.2007.

<http://www.sosiaalisairaala.fi/>.

Koski- Jännes, A., Riittinen, L. & Saarnio, P. 2008. *Kohti muutosta. Motivaatiomenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin*. Hygienia. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Koski-Jännes, A. 1998. *Miten riippuvuus voitetaan*. Keuruu: Otavan kirjapaino.

Käypä hoito. 2006. Huumeongelman hoito. Lainattu 23.7.2007

<http://www.kaypahoito.fi/>. Päivitetty 23.1.2006.

Lappalainen- Lehto, R., Romu, M-L. & Taskinen, M. 2008. Haasteena päihteet. Ammatillisen päihdetyön perusteita. 1p. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy.

Malin, K. Holopainen, A & Tourunen, J. 2006. ”Mä käytän subua, että mä pysyn terveenä ja pystyn toimimaan”. Yhteiskuntapolitiikka 71, 3, 297.

Mikkonen. A. 2005. Huumeriippuvuutta voidaan hoitaa tehokkaasti. Irti huumetyön erikoislehti, 4, 12- 13.

Miller, W., Rollnick, S. 1991. Motivational interviewing. Preparing people to change addictive behaviour. New York: Guilford Press.

Mäkinen. B. 2008. Suullinen haastattelu 25.1.2008. Jyväskylän Päihdepalvelusäätiö.

Nurminen, M-L. 2004. Lääkehoito. Juva: WSOY.

Nuorisuomi. Päihteetön pelikenttä. Raittiuden Ystävät ry. Lainattu 3.5.2008.
<http://www.nuorisuomi.fi/paihteetonpelikentta/ppsuomi/index1.html>.

Ojanen, M. 2006. Äiti korvaushoidossa. Teoksessa Pullo, pillerit ja perhe Toim. Ritva Nätkin. PS- kustannus. Juva: WS Bookwell.

Pharmaca Fennica. Suboxone. Duedecim. Terveysportti. Lainattu 6.8.2007.
www.terveysportti.fi.

Pylkkänen, K. 1992. Syy vai Seuraus? kysymyksiä ja vastauksia huumeista. Kansalaiskasvatuksen keskus ry: Hakapaino.

Sairanen, S. 2006. Päihdelinkki. 315 Opiaatit – morfiini ja heroïini. A-klinikkasäätiö. Lainattu 9.7.2007. <http://www.paihdelinkki.fi/Tietoiskut/315-opiaatit-morfiini-ja-heroïini>. Päivitetty 10. 11. 2006

Salaspuro, M. 2003. Faktaa ja fiktiota huumeriippuvuuden hoidosta. Irti Huumeista. Huumetyön erikoislehti., 4, 6 – 7.

Salaspuro, M. a. Teoksessa Therapy Fennica.fi. Lääkkeet ja huumausaineet päihteenä. Toim. Mäyrämäki, M. Kandinaattikustannus Oy. Lainattu 22.7.2007.
http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=L%C3%A4%C3%A4kkeet_ja_huumausaineet_p%C3%A4ihtein%C3%A4#Opiaatit.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten henkilöiden vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeillä. N:o 33/ 2008. Viitattu 23.3.2008. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2008/20080033>.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 1993. Huumausainelaki. Viitattu 23.3.2008.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1993/19931289>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Viitattu 23.3.2008. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1992/19920785>

Stakes 2007. Kansallinen huumausaineiden seurantakeskus Huumevuosiraportti EMCDDA:lle. Huumetilanne suomessa 2007. Viitattu 22.3.2008. <http://www.irtihuumeista.fi/files/80/HuumetilanneSuomessa2007.pdf>

Stakes 2006. Kansallinen huumausaineiden seurantakeskus Huumevuosiraportti EMCDDA:lle. Huumetilanne suomessa 2006. Viitattu 22.3.2008. http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/reitox/Huumetilanne_suomessa2006.pdf

Stakes 2005. Kansallinen huumausaineiden seurantakeskus Huumevuosiraportti EMCDDA:lle. Huumetilanne suomessa 2005. Viitattu 3.1.2008 <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/muut/Reitox2005.pdf>.

Suominen, J. & Saarijärvi, S. 2003. Miksi opioidiriippuvuuden buprenorfiinihoito ei toteudu kunnolla Suomessa? Irti huumetyön erikoislehti., 4, 27–30.

Tacker, U. & Tuomisto, J. 2007. Riippuvuus ja väärinkäyttö. Teoksessa Farmakologia ja Toksikologia. III Keskushermostoon vaikuttavat lääkeaineet. 6 p. Toim. Koulu, M. & Tuomisto, J. Medicine Oy. Lainattu 8.4.2008 <http://www.medicina.fi/fato.php>.

Tammi, T. 2006. Who is the Expert? Patient Groups and Finnish Substitution Treatment Policy. Kirjassa Drug users and spaces for legitimate action. Jorgen Nker, Vibeke Smussen, Petra Koulonen & Dolf Tops. NAD PUBLICATION No. 49. Hakapaino Oy. Helsinki.

Tervo, M. 2007. Hoitoon pääsyn pulmatilanteita. Irti huumetyön erikoislehti., 2, 7-8.

Uusitalo, H. 2001. Tiede, tutkimus ja tutkelma. Johdatus tutkelman maailmaan. Juva: WS Bookwell Oy.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Tammi: Jyväskylä.

Weckroth, A. 2006. Valta ja merkitysten tuottaminen korvaushoidossa. Endograafinen tutkimus huumehoitolaitoksesta. Alkoholitutkimussäätiön julkaisuja 47. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy.

9 LIITTEET

Liite 1

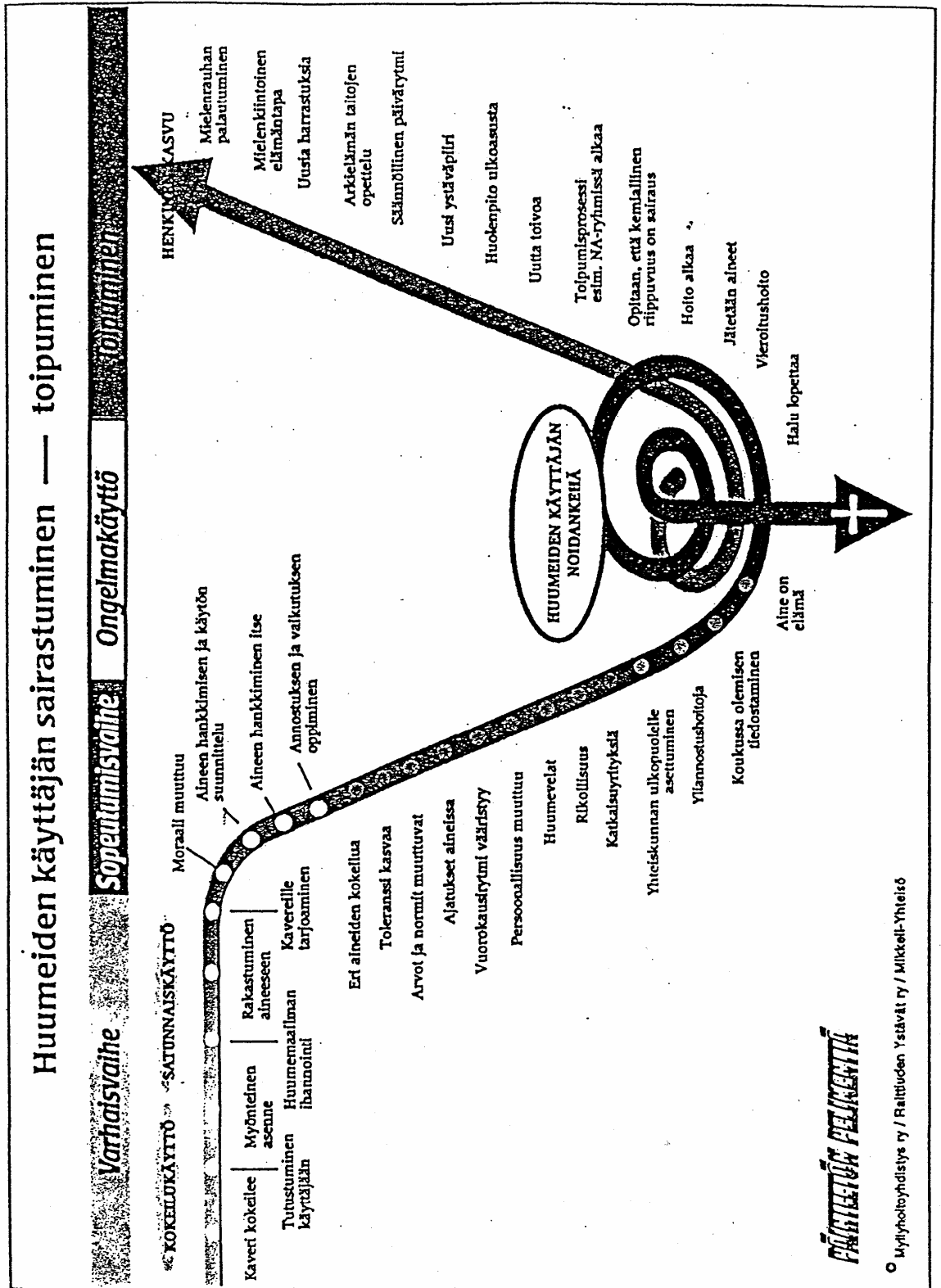
Opioidiriippuvuuden diagnoosikriteerit ICD-10

ICD-10: F11.2X

- Vähintään kolme seuraavista on todettu yhtäaikaaisesti vähintään kuukauden ajan tai mikäli jaksot ovat lyhyempiä, toistuvasti viimeksi kuluneen vuoden aikana:
 1. Voimakas halu tai pakonomainen tarve käyttää ainetta.
 2. Kyky kontrolloida aineen käytön aloittamista ja lopettamista tai käytettävän aineen määrää on heikentynyt. Tällöin ainetta käytetään usein suurempia määriä, tai pidemmän ajan kuin oli tarkoitus, tai todetaan jatkuva halu aineen käyttöön, tai yritykset vähentää tai kontrolloida aineen käyttöä epäonnistuvat.
 3. Fysiologinen vieroitusoireisto, kun aineen käyttö loppuu tai vähenee, mistä on osoituksena aineelle tyypilliset vieroitusoireet:
 - Vähintään kolme seuraavista:
 - opioidipäihteen himo
 - nenäeritteet ja aivastelu
 - kyynelvuoto
 - lihassäryt tai kouristukset
 - suoliston kouristukset
 - pahoinvointi tai oksentelu
 - ripuli
 - pupillien laajentuminen
 - ihokarvat nousevat pystyyn tai toistuvia vilunväristyksiä
 - sydämentykytys tai kohonnut verenpaine
 - haukottelu
 - nukkuminen on levotonta tai
 - saman tai läheisesti sukua olevan aineen käyttö vieroitusoireiden vähentämiseksi tai välttämiseksi.
 4. Osoitus sietokyvyn kasvusta; tarvitaan esimerkiksi selvästi aikaisempaa suurempia annoksia päihtymistilan tai toivotun vaikutuksen saavuttamiseksi, tai aineen käyttöä seuraa selvästi aiempaa heikompi vaikutus, kun käytetään ainetta jatkuvasti samalla annoksella. Esimerkiksi opioidiriippuvaiset henkilöt voivat käyttää niin suuria päiväannoksia, että ne voisivat lamaannuttaa tai tappa sietokyvyltään normaalin henkilön.
 5. Keskittyminen aineen käyttöön, mikä ilmenee muiden tärkeiden mielihyvän lähteiden tai kiinnostuksen kohteiden laiminlyöntinä tai siten, että aikaa kuluu runsaasti aineen hankkimiseen, käyttämiseen tai sen vaikutuksista toipumiseen.
 6. Aineen jatkuva käyttö huolimatta sen selvästi haitallisista seurauksista, mistä osoituksena on käytön jatkuminen, vaikka henkilö on tietoinen haitan luonteesta ja suuruudesta. Hän on esimerkiksi tietoinen siitä, että opiaattien suonensisäiseen käyttöön liittyy lisääntynyt infektio- sekä yliannoskuoleman riski. On syytä varmistaa, että käyttäjällä todella on tietoa haitan luonteesta ja laajuudesta.

- Psykoaktiivisten aineiden käyttötapojen kaventumista pidetään myös tyypillisenä piirteenä.

(Käypä hoito 2006.)



(Nuorisuomi. Päihteenön pelikenttä)

Liite 3

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus 289/2002

Annettu Helsingissä 15 päivänä huhtikuuta 2002

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidi-riippuvaisten vieroitus-, korvaus- ja ylläpito- hoidosta eräillä lääkkeillä

Sosiaali- ja terveysministeriön päätöksen mukaisesti säädetään 17 päivänä tammikuuta 1986 annetun päihdehuoltolain (41/1986) 28 §:n 2 momentin sekä terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28 päivänä kesäkuuta 1994 annetun lain (559/1994) 22 §:n 3 momentin nojalla, sellaisena kuin niistä on edellinen laissa 280/2002:

1 §

Asetuksen soveltamisala

Tätä asetusta sovelletaan buprenorfiinia tai metadonia sisältävien lääkevalmisteiden käyttämiseen opioidi-riippuvaisten vieroitus-, korvaus- ja ylläpito- hoidossa.

Asetusta ei sovelleta buprenorfiinia tai metadonia sisältävien lääkevalmisteiden käyttämiseen tukihoidona opioidi-riippuvaisen somaattisen sairauden aikana tilanteessa, jossa vieroitusoireet pahentavat hänen kliinistä tilannettaan tai vaikeuttavat hänen hoitoaan.

Tässä asetuksessa tarkoitettussa hoidossa noudatetaan lisäksi, mitä päihdehuoltolaissa (41/1986) ja potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (785/1992) säädetään. Tässä asetuksessa tarkoitettujen lääkkeiden käsittelyssä, hävittämisessä, kirjanpidossa ja ilmoittamisessa on noudatettava, mitä huumausaineita ja huumausaineen valmistuksessa käytettäviä aineita koskevasta kirjanpito- ja tietojenantovelvollisuudesta sekä huumausaineiden käsittelystä ja hävittämisestä annetussa sosiaali- ja terveysministeriön päätöksessä (1708/1993) säädetään.

2 §

Määritelmät

Tässä asetuksessa tarkoitetaan:

- 1) opioidi-riippuvuudella ICD-10 –tautiluokituksen F11.2x diagnostisten kriteerien täyttymistä;
- 2) vieroitushoidolla enintään kuukauden kestävää opioidi-riippuvaisen päiheteettömyyteen tähtäävää hoitoa käyttäen apuna buprenorfiinia tai metadonia sisältäviä lääkevalmisteita;
- 3) korvaushoidolla opioidi-riippuvaisen kuntouttavaa, päiheteettömyyteen tähtäävää hoitoa, jossa käytetään apuna buprenorfiinia tai metadonia sisältäviä lääkevalmisteita ja joka kestää yli kuukauden; sekä
- 4) ylläpito- hoidolla opioidi-riippuvaisen kuntouttavaa hoitoa, jossa käytetään buprenorfiinia tai metadonia sisältäviä lääkevalmisteita ja joka kestää yli kuukauden ja jonka painopisteenä on haittojen vähentäminen ja potilaan elämän laadun parantaminen.

3 §

Korvaus- ja ylläpito- hoidon edellytykset

Korvaushoito tässä asetuksessa tarkoitetuilla lääkevalmisteilla saadaan aloittaa vain sellaiselle opioidiriippuvaiselle potilaalle, joka ei ole vieroittunut opioideista tieteellisesti perusteltuja ja yleisesti hyväksytyjä hoitokäytäntöjä ja menettelytapoja noudattamalla.

Ylläpitohoito tässä asetuksessa tarkoitetuilla lääkevalmisteilla saadaan aloittaa vain sellaiselle opioidiriippuvaiselle potilaalle, jolla opioidien käytöstä johtuvien haittojen vähentäminen on erityisen tärkeää. Tällaisia potilaita ovat erityisesti henkilöt, joita ei todennäköisesti saada lopettamaan kokonaan huumeiden käyttöä, mutta joiden kohdalla ylläpitohoidon avulla voidaan todennäköisesti ehkäistä tartuntatautien leviämistä ja muita terveyshaittoja ja joiden elämän laatua voidaan siten parantaa ja joita ylläpitohoito-ohjelman aikana voidaan valmentaa vaativampaan kuntouttavaan korvaushoitoon.

4 §

Hoidon järjestäminen ja toteuttaminen

Opioidiriippuvaisen vieroitus-, korvaus- ja ylläpitohoidon tarpeen arviointi suoritetaan ja hoito aloitetaan keskussairaalassa tai sosiaalisairaalassa. Sairaanhoidopiirin kuntayhtymä voi osoittaa edellä tarkoitettuihin tehtäviin keskussairaalan sijasta muun vastaavantasaisen sairaalan.

Edellä 1 momentissa tarkoitettua terveydenhuollon toimintayksikössä aloitettua hoitoa voidaan jatkaa yhteistyössä hoidon aloittaneen yksikön kanssa sellaisessa sairaanhoidopiirin kuntayhtymän toimintayksikössä, terveyskeskuksessa, päihdehuollon yksikössä taikka vankeinhoitolaitoksen terveydenhuollon yksikössä, jolla hoidon aloittaneen toimintayksikön käytävissä olevien tietojen mukaan on siihen riittävät edellytykset. Korvaus- ja ylläpitohoito tulee hoidon pitkäkestoisuuden vuoksi pyrkiä siirtämään mahdollisimman lähelle potilaan asuinpaikkaa.

Hoitoa antavassa toimintayksikössä tulee olla hoitotoiminnasta vastaava, erikseen nimetty lääkäri, josta tulee ilmoittaa lääninhallitukselle. Lääninhallitus ilmoittaa hoitotoiminnasta vastaavasta lääkäristä edelleen Terveydenhuollon oikeusturvakeskukselle

5 §

Hoidon toteuttaminen eräissä tapauksissa

Sen estämättä, mitä 4 §:ssä säädetään, vieroitus-, korvaus- ja ylläpitohoidon tarpeen arviointi voidaan suorittaa sekä hoito aloittaa ja toteuttaa sellaisessa sairaanhoidopiirin kuntayhtymän toimintayksikössä, terveyskeskuksessa, päihdehuollon yksikössä tai vankeinhoitolaitoksen terveydenhuollon yksikössä, jolla on hoidosta vastaava, erikseen nimetty lääkäri ja muu toiminnan edellyttämä, hoidon antamiseen perehtynyt henkilökunta, asianmukaiset tilat sekä muut edellytykset hoidon antamiseen itsenäisesti.

Edellä 1 momentissa tarkoitettun yksikön tulee ilmoittaa hoitotoiminnan aloittamisesta vähintään 30 vuorokautta sitä ennen lääninhallitukselle. Ilmoitukseen tulee liittää selvitys tässä asetuksessa tarkoitettun hoidon antamisen laadusta ja laajuudesta, tiloista, joissa hoito annetaan, ja selvitys hoitotoiminnasta vastaavasta lääkäristä sekä muun henkilökunnan määrästä, koulutuksesta ja perehtyneisyydestä tässä asetuksessa tarkoitettun hoidon antamiseen. Lääninhallitus ilmoittaa hoitotoiminnasta vastaavasta lääkäristä edelleen Terveydenhuollon oikeusturvakeskukselle.

Jos tässä pykälässä tarkoitettu toiminta muuttuu olennaisesti taikka jos sen edellytykset muuttuvat olennaisesti, siitä tulee ilmoittaa lääninhallitukselle.

6 §

Hoitosuunnitelma

Opioidiriippuvaisen tässä asetuksessa tarkoitetun hoidon tulee perustua hoitosuunnitelmaan, jossa lääkehoidon lisäksi määritellään myös potilaan muu lääketieteellinen ja psykososiaalinen hoito ja sen seuranta.

7 §

Lääkehoito

Tässä asetuksessa mainittuja lääkevalmisteita saa opioidiriippuvaisten vieroitus-, korvaus- tai ylläpito-hoidossa määrätä ainoastaan 4 ja 5 §:ssä tarkoitettujen toimintayksiköiden palveluksessa oleva toiminnasta vastaava lääkäri tai hänen tähän tehtävään osoittamansa lääkäri. Lääkehoito saadaan toteuttaa ja lääke luovuttaa potilaalle vain toimintayksikön valvonnassa. Jos potilas on osoittanut hyvää hoitomyöntyvyyttä, hänelle voidaan kuitenkin luovuttaa toimintayksiköstä enintään kahdeksaa vuorokausiannosta vastaava määrä lääkettä. Läkettä ei saa määrätä tässä asetuksessa tarkoitettuun vieroitus-, korvaus- tai ylläpitohoitoon lääkemääräyksellä apteekista toimitettavaksi.

8 §

Seuranta

Edellä 4 ja 5 §:ssä tarkoitettujen toimintayksiköiden tulee antaa lääninhallitukselle ja sosiaali- ja terveystieteille niiden pyytämät tiedot aloittamansa vieroitus-, korvaus- tai ylläpito-hoidon toteuttamisesta ja järjestämisestä.

Toimintayksiköiden tulee seurata omaan yksikköönensä hoitoon pääsyn kestoa. Hoidon aloittaneen toimintayksikön tulee myös seurata toiminnan tarkoituksenmukaista toteutumista yhteistyössä hoitoa jatkavan toimintayksikön kanssa.

Potilaan hoitoa koskevia tietoja voidaan hänen suostumuksellaan luovuttaa potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 13 §:n mukaisesti hoitoon osallistuvien toimintayksiköiden kesken.

9 §

Voimaantulo

Tämä asetus tulee voimaan 1 päivänä toukokuuta 2002.

Tällä asetuksella kumotaan opioidiriippuvaisten henkilöiden vieroitus-, korvaus- ja ylläpito-hoidosta eräillä lääkkeillä 21 päivänä kesäkuuta 2000 annettu sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetus (607/2000).

Ennen asetuksen voimaantuloa voidaan ryhtyä sen täytäntöönpanon edellyttämiin toimenpiteisiin.

Helsingissä 15 päivänä huhtikuuta 2002

Peruspalveluministeri
Osmo Soininvaara

Hallitussihteeri
Arja Myllynpää

Liite 4

Sosiaali ja terveysministeriön asetus 33/2008

Annettu Helsingissä 17 päivänä tammikuuta 2008

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidi-riippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeillä

Sosiaali- ja terveysministeriön päätöksen mukaisesti säädetään 17 päivänä tammikuuta 1986 annetun päihdehuoltolain (41/1986) 28 §:n 2 momentin, sellaisena kuin se on laissa 280/2002, sekä terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28 päivänä kesäkuuta 1994 annetun lain (559/1994) 22 §:n 3 momentin nojalla, sellaisena kuin niistä on edellinen laissa 280/2002:

1 §

Asetuksen soveltamisala

Tätä asetusta sovelletaan buprenorfiinia tai metadonia sisältävien lääkevalmisteiden käyttämiseen opioidi-riippuvaisten vieroituksessa ja korvaushoidossa.

Asetusta ei sovelleta buprenorfiinia tai metadonia sisältävien lääkevalmisteiden käyttämiseen tukihoidona opioidi-riippuvaisen somaattisen sairauden aikana tilanteessa, jossa vieroitusoireet pahentavat potilaan kliinistä tilannetta tai vaikeuttavat hänen hoitoaan.

Tässä asetuksessa tarkoitettuun hoitoon sovelletaan lisäksi päihdehuoltolakia (41/1986), potilaan asemasta ja oikeuksista annettua lakia (785/1992), kansanterveyslain (66/1972) 14 ja 15 b §:ää sekä erikoissairaanhoitolain (1062/1989) 3 ja 31 §:ää. Tässä asetuksessa tarkoitettujen lääkkeiden käsittelyssä, hävittämisessä, kirjanpidossa ja ilmoittamisessa on noudatettava, mitä huumausaineita ja huumausaineen valmistuksessa käytettäviä aineita koskevasta kirjanpito- ja tietojenantovelvollisuudesta sekä huumausaineiden käsittelystä ja hävittämisestä annetussa sosiaali- ja terveysministeriön päätöksessä (1708/1993) säädetään.

2 §

Määritelmät

Tässä asetuksessa tarkoitetaan:

- 1) opioidi-riippuvuudella ICD-10 -tautiluokituksen F11.2x diagnostisten kriteerien täyttymistä;
- 2) vieroituksella opioidi-riippuvaisen päihdeettömyyteen tähtäävää hoitoa, jossa käytetään apuna buprenorfiinia tai metadonia sisältäviä lääkevalmisteita;
- 3) korvaushoidolla opioidi-riippuvaisen hoitoa, jossa käytetään apuna buprenorfiinia tai metadonia sisältäviä lääkevalmisteita ja jossa tavoitteena on joko kuntouttaminen ja päihdeettömyys, tai haittojen vähentäminen ja potilaan elämän laadun parantaminen; sekä
- 4) apteekkisopimuksella sopimusta, jolla potilas sitoutuu noutamaan sopimuksen mukaiset lääkkeet vain yhdestä apteekista ja sitoutuu siihen, että apteekki voi välittää hoitoa koskevaa tietoa häntä hoitavalle lääkärille ja tiedon apteekkisopimuksesta muille apteekkeille. Sopimuksen mukaisia lääkkeitä saa määrätä ainoastaan tämän asetuksen 4 §:ssä määritellyn hoitopaikan toiminnasta vastaava lääkäri tai hänen tähän tehtävään osoittamansa lääkärit heidän toimiessaan kyseisessä tehtävässä. Lääkärin on merkittävä lääkemääräykseen sosiaali- ja terveysministeriön lääkkeen määräämisestä antaman asetuksen (726/2003) 10 §:ssä määrättyjen tietojen lisäksi hoitamansa virka, toimi tai tehtävä.

3 §

Korvaushoidon edellytykset

Korvaushoito tässä asetuksessa tarkoitetuilla lääkevalmisteilla saadaan aloittaa sellaiselle opioidiriippuvaiselle potilaalle, joka ei ole vieroittunut opioideista.

Korvaushoidon tavoite tulee selvittää hoitoa aloitettaessa ja tavoitetta tulee tarvittaessa tarkistaa. Haittojen vähentämisen tulee olla tavoitteena erityisesti henkilöillä, joita ei todennäköisesti saada lopettamaan kokonaan huumeiden käyttöä, mutta joiden kohdalla voidaan todennäköisesti ehkäistä tartuntatautien leviämistä ja muita terveyshaittoja ja joiden elämän laatua voidaan siten parantaa ja joita voidaan valmentaa vaativampaan kuntouttavaan korvaushoitoon.

4 §

Hoidon järjestäminen ja toteuttaminen

Opioidiriippuvaisen hoidon tarve tulee arvioida ja hoito toteuttaa sellaisessa terveyskeskuksessa, päihdehuollon yksikössä tai vankeinhoitolaitoksen terveydenhuollon yksikössä, jossa on hoidon antamiseen perehtynyt hoidosta vastaava lääkäri ja toiminnan edellyttämä muu henkilökunta sekä muut edellytykset hoidon antamiseen.

Hoidon vaativuuden sitä edellyttäessä hoidon tarve tulee arvioida ja hoito aloittaa ja toteuttaa sairaanhoitopiirin kuntayhtymän toimintayksikössä, Järvenpään sosiaalisairaalassa tai valtion mielisairaalassa. Hoitoa voidaan jatkaa yhteistyössä hoidon aloittaneen yksikön kanssa sellaisessa terveyskeskuksessa, päihdehuollon yksikössä taikka vankeinhoitolaitoksen terveydenhuollon yksikössä, jolla hoidon aloittaneen toimintayksikön käytettävissä olevien tietojen mukaan on siihen riittävät edellytykset. Korvaushoito tulee hoidon pitkäkestoisuuden vuoksi pyrkiä toteuttamaan mahdollisimman lähellä potilaan asuinpaikkaa.

Hoidon tarve tulee arvioida ja hoito aloittaa polikliinisesti, ellei laitoksessa tapahtuvaan arviointiin ja hoidon aloitukseen ole erityistä syytä.

Toimintayksikössä hoitotoiminnasta vastaavan lääkärin nimi ja yhteystiedot sekä vastaavan lääkärin vaihdoksesta tulee ilmoittaa lääninhallitukselle ja Terveydenhuollon oikeusturvakeskukselle.

5 §

Hoitosuunnitelma

Opioidiriippuvaisen tässä asetuksessa tarkoitetun hoidon tulee perustua hoitosuunnitelmaan, jossa lääkehoidon lisäksi määritellään hoidon tavoite, potilaan muu lääketieteellinen ja psykososiaalinen hoito, kuntoutus ja seuranta.

6 §

Lääkehoito

Tässä asetuksessa mainittuja lääkevalmisteita saa opioidiriippuvaisten vieroituksessa ja korvaushoidossa määrätä ainoastaan 4 §:ssä tarkoitettujen toimintayksiköiden palveluksessa oleva toiminnasta vastaava lääkäri tai hänen tähän tehtävään osoittamansa lääkäri. Lääkehoito saadaan toteuttaa ja lääke luovuttaa potilaalle otettavaksi vain toimintayksikön valvonnassa.

Jos potilas sitoutuu hoitoon hyvin, hänelle voidaan luovuttaa toimintayksiköstä enintään kahdeksaa vuorokausiannosta vastaava määrä lääkettä. Erityisestä syystä tällaiselle potilaalle voidaan poikkeuksellisesti luovuttaa lääkettä toimintayksiköstä 15 vuorokausiannosta vastaava määrä.

Lääkettä ei saa määrätä tässä asetuksessa tarkoitettuun vieroitukseen tai korvaushoitoon lääkemääräyksellä apteekista toimitettavaksi.

7 §***Lääkehoidon toteuttaminen eräissä tapauksissa***

Sen estämättä, mitä 6 §:ssä säädetään, saa buprenorfiinia ja naloksonia sisältävää yhdistelmävalmistetta määrätä lääkemääräyksellä apteekista toimitettavaksi potilaan allekirjoittaman, 2 §:n 4 kohdassa tarkoitetun apteekkisopimuksen perusteella niin kauan, kun sopimus on voimassa.

8 §***Seuranta***

Edellä 4 §:ssä tarkoitettujen toimintayksiköiden tulee antaa lääninhallitukselle ja sosiaali- ja terveysministeriölle niiden pyytämät tiedot aloittamansa vieroituksen ja korvaushoidon toteuttamisesta ja järjestämisestä.

Toimintayksiköiden tulee seurata omaan yksikköönsä hoitoon pääsyn kestoja. Hoidon aloittaneen toimintayksikön tulee myös seurata toiminnan tarkoituksenmukaista toteutumista yhteistyössä hoitoa jatkavan toimintayksikön kanssa.

Potilaan hoitoa koskevia tietoja voidaan hänen suostumuksellaan luovuttaa potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 13 §:n mukaisesti hoitoon osallistuvien toimintayksiköiden kesken.

9 §***Voimaantulo***

Tämä asetus tulee voimaan 1 päivänä helmikuuta 2008.

Tällä asetuksella kumotaan opioidiriippuvaisten henkilöiden vieroitus-, korvaus- ja ylläpito- hoidosta eräillä lääkkeillä 15 päivänä huhtikuuta 2002 annettu sosiaali- ja terveysministeriön asetus (289/2002).

Ennen asetuksen voimaantuloa voidaan ryhtyä sen täytäntöönpanon edellyttämiin toimenpiteisiin.

Helsingissä 17 päivänä tammikuuta 2008

Peruspalveluministeri
Paula Risikko

Lääkintöneuvos
Terhi Hermanson

Liite 5

Annettu Helsingissä 17 päivänä elokuuta 1992

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista

Eduskunnan päätöksen mukaisesti säädetään:

1 luku
Yleisiä säännöksiä

1 § Soveltamisala

Potilaan asemaan ja oikeuksiin terveyden- ja sairaanhoitoa järjestettäessä sovelletaan tätä lakia, jollei muussa laissa toisin säädetä.

2 § Määritelmät

Tässä laissa tarkoitetaan:

- 1) potilaalla terveyden- ja sairaanhoitopalveluja käyttävää tai muuten niiden kohteena olevaa henkilöä;
- 2) terveyden- ja sairaanhoidolla potilaan terveydentilan määrittämiseksi taikka hänen terveytensä palauttamiseksi tai ylläpitämiseksi tehtäviä toimenpiteitä, joita suorittavat terveydenhuollon ammattihenkilöt tai joita suoritetaan terveydenhuollon toimintayksikössä;
- 3) terveydenhuollon ammattihenkilöllä henkilöä, joka harjoittaa toimintaansa lakiin perustuvan oikeuden nojalla tai joka on lain nojalla sosiaali- ja terveyshallituksessa rekisteröity;
- 4) terveydenhuollon toimintayksiköllä kansanterveyslaissa (66/72) tarkoitettua terveyskeskusta, erikoissairaanhoitolaissa (1062/89) tarkoitettua sairaalaa ja siitä erillään olevaa sairaanhoidon toimintayksikköä, Helsingin yliopistollisesta keskussairaalaista annetussa laissa (1064/89) tarkoitettuja toimintayksiköitä, yksityisestä terveydenhuollosta annetussa laissa (152/90) tarkoitettua terveydenhuollon palveluja tuottavaa yksikköä, valtion mielisairaaloista annetussa laissa (1292/87) tarkoitettuja valtion mielisairaaloita, terveydenhuollon järjestämisestä puolustusvoimissa annetussa laissa (322/87) tarkoitettuja sairaanhoitolaitoksia ja vankeinhoitolaitoksesta annetussa asetuksessa (134/86) tarkoitettua vankimielisairaalaa ja psykiatriasta osastoa sekä muita laitossairaaloita, sairaosastoja ja vankiloiden poliklinikoita; sekä
- 5) potilasasiakirjoilla potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa käytettäviä, laadittuja tai saapuneita asiakirjoja taikka teknisiä tallenteita, jotka sisältävät hänen terveydentilaansa koskevia tai muita henkilökohtaisia tietoja.

2 luku

Potilaan oikeudet

3 §

Oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun

Jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä. Suomessa tilapäisesti oleskelevien henkilöiden oikeudesta hoitoon on voimassa, mitä siitä erikseen säädetään tai valtioiden välillä vastavuo-

roisesti sovitaan. Kunnan ja valtion velvollisuudesta järjestää terveydenhuollon palveluja on lisäksi voimassa, mitä kansanterveyslaissa, erikoissairaanhoidolaissa, Helsingin yliopistollisesta keskussairaalaan annetussa laissa, tartuntatautilaissa (583/86), mielenterveyslaissa (1116/90), vankeinhoitolaitoksesta annetussa asetuksessa sekä terveydenhuollon järjestämisestä puolustusvoimissa annetussa laissa säädetään.

Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan.

Potilaan äidinkieli, hänen yksilölliset tarpeensa ja kulttuurinsa on mahdollisuuksien mukaan otettava hänen hoidossaan ja kohtelussaan huomioon.

4 §

Pääsy hoitoon

Jos henkilölle ei voida heti antaa terveydenhuollon ammattihenkilön tarpeelliseksi katsomaa hoitoa, hänet on terveydentilasta riippuen joko ohjattava odottamaan hoitoon pääsyä tai ohjattava taikka toimitettava hoitoon muualle, jossa hoitoa voidaan antaa. Jos hän joutuu odottamaan hoitoon pääsyä, hänelle on ilmoitettava viivytyksen syy ja sen arvioitu kesto.

Kiireellisen hoidon tarpeessa olevalle henkilölle annettavasta lääkäriinavusta ja hoitoon ottamisesta on voimassa, mitä niistä kansanterveyslain 14 §:n 1 momentin 2 kohdassa, erikoissairaanhoidolain 30 §:n 2 momentissa, Helsingin yliopistollisesta keskussairaalaan annetun lain 8 §:n 3 momentissa, lääkärin-toimen harjoittamisesta annetun lain (562/78) 9 §:n 4 kohdassa ja hammaslääkärin-toimen harjoittamisesta annetun lain (563/78) 9 §:n 3 kohdassa säädetään.

5 §

Potilaan tiedonsaantioikeus

Potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan. Selvitystä ei kuitenkaan tule antaa vastoin potilaan tahtoa tai silloin, kun on ilmeistä, että selvityksen antamisesta aiheutuisi vakavaa vaaraa potilaan hengelle tai terveydelle.

Terveydenhuollon ammattihenkilön on annettava selvitys siten, että potilas riittävästi ymmärtää sen sisällön. Jos terveydenhuollon ammattihenkilö ei osaa potilaan käyttämää kieltä taikka potilas ei aisti- tai puhevian vuoksi voi tulla ymmärretyksi, on mahdollisuuksien mukaan huolehdittava tulkitsemisesta.

Potilaan oikeudesta tarkastaa häntä itseään koskevat potilasasiakirjoissa olevat tiedot on voimassa, mitä siitä henkilörekisterilaissa (471/87) ja -asetuksessa (476/87) säädetään.

6 §

Potilaan itsemääräämisoikeus

Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy tietystä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla.

Jos täysi-ikäinen potilas ei mielenterveydenhäiriön, kehitysvammaisuuden tai muun syyn vuoksi pysty päättämään hoidostaan, potilaan laillista edustajaa taikka lähiomaista tai muuta läheistä on ennen tärkeän hoitopäätöksen tekemistä kuultava sen selvittämiseksi, millainen hoito parhaiten vastaisi potilaan tahtoa. Jos tästä ei saada selvitystä, potilasta on hoidettava tavalla, jota voidaan pitää hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisena.

Potilaan tahdosta riippumatta annettavasta hoidosta on voimassa, mitä siitä mielenterveyslais-
sa, päihdehuoltolaissa (41/86), tartuntatautilaissa ja kehitysvammaisten erityishuollosta anne-
tussa laissa (519/77) säädetään.

7 §

Alaikäisen potilaan asema

Alaikäisen potilaan mielipide hoitotoimenpiteeseen on selvitettävä silloin, kun se on hänen
ikänsä ja kehitystasoonsa nähden mahdollista. Jos alaikäinen ikänsä ja kehitystasonsa perus-
teella kykenee päättämään hoidostaan, häntä on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kans-
saan.

Jos alaikäinen ei kykene päättämään hoidostaan, häntä on hoidettava yhteisymmärryksessä
hänen huoltajansa tai muun laillisen edustajansa kanssa.

8 §

Kiireellinen hoito

Potilaalle on annettava hänen henkeään tai terveyttään uhkaavan vaaran torjumiseksi tarpeel-
linen hoito, vaikka potilaan tahdosta ei tajuttomuuden tai muun syyn vuoksi voi saada selvi-
tystä. Jos potilas on aikaisemmin vakaasti ja pätevästi ilmaissut hoitoa koskevan tahtonsa,
potilaalle ei kuitenkaan saa antaa sellaista hoitoa, joka on vastoin hänen tahtoaan.

9 §

Tiedonsaantioikeus ja toimivalta

Potilaan laillisella edustajalla taikka lähiomaisella tai muulla läheisellä on 6 §:n 2 momentissa
tarkoitettussa tapauksessa oikeus saada kuulemista varten tarpeelliset tiedot potilaan tervey-
dentilasta.

Jos alaikäinen potilas ikänsä ja kehitystasoonsa nähden kykenee päättämään hoidostaan,
hänellä on oikeus kieltää terveydentilaansa ja hoitoansa koskevien tietojen antaminen huolta-
jalleen tai muulle lailliselle edustajalleen.

Edellä 5 §:n 1 ja 2 momentissa tarkoitettu selvitys on 7 §:n 2 momentissa tarkoitettussa tapa-
uksessa annettava alaikäisen potilaan huoltajalle tai muulle lailliselle edustajalle.

Alaikäisen potilaan huoltajalla tai muulla laillisella edustajalla ei ole oikeutta kieltää potilaan
henkeä tai terveyttä uhkaavan vaaran torjumiseksi annettavaa tarpeellista hoitoa.

3 luku

Muistutus ja potilasasiamies

10 §

Muistutus

Terveyden- ja sairaanhoitoonsa tai siihen liittyvään kohteluunsa tyytymättömällä potilaalla on
oikeus tehdä muistutus terveydenhuollon toimintayksikössä terveydenhuollosta vastaavalle
johtajalle. Muistutukseen on annettava ratkaisu kohtuullisessa ajassa sen tekemisestä.

Muistutuksen tekeminen ei rajoita potilaan oikeutta kannella hoidostaan tai hoitoon liittyvästä
kohtelustaan terveyden- tai sairaanhoitoa valvoville viranomaisille.

Jos muistutusta käsiteltäessä ilmenee, että potilaan hoidosta tai kohtelusta saattaa seurata poti-
lasvahinkolaissa (585/86) tarkoitettu vastuu potilasvahingosta, vahingonkorvauslaissa
(412/74) tarkoitettu vahingonkorvausvastuu, syytteen nostaminen, terveydenhuollon amma-
tinharjoittamislainsäädännössä tarkoitettu ammatinharjoittamisoikeuksien poistaminen, rajoit-

taminen tai kurinpitomenettely taikka muussa laissa säädetty kurinpitomenettely, on potilasta neuvottava, miten asia voidaan panna vireille toimivaltaisessa viranomaisessa tai toimielimessä.

11 §

Potilasasiamies

Terveysthuollon toimintayksikölle on nimettävä potilasasiamies. Kahdella tai useammalla toimintayksiköllä voi myös olla yhteinen potilasasiamies.

Potilasasiamiehen tehtävänä on:

- 1) neuvoo potilaita tämän lain soveltamiseen liittyvissä asioissa;
- 2) avustaa potilasta 10 §:n 1 ja 3 momentissa tarkoitetuissa asioissa;
- 3) tiedottaa potilaan oikeuksista; sekä
- 4) toimia muutenkin potilaan oikeuksien edistämiseksi ja toteuttamiseksi.

4 luku

Potilasasiakirjat

12 §

Potilasasiakirjojen laatiminen ja säilyttäminen

Terveysthuollon ammattihenkilön ja kunkin terveysthuollon toimintayksikön on laadittava ja säilytettävä potilasasiakirjat siten kuin sosiaali- ja terveystministeriö tarkemmin määrää.

13 §

Potilasasiakirjoihin sisältyvien tietojen salassapito

Potilasasiakirjoihin sisältyvät tiedot ovat salassapidettäviä.

Terveysthuollon ammattihenkilö tai muu terveysthuollon toimintayksikössä työskentelevä taikka sen tehtäviä suorittava henkilö ei saa ilman potilaan kirjallista suostumusta antaa sivulliselle potilasasiakirjoihin sisältyviä tietoja. Sivullisella tarkoitetaan tässä laissa muita kuin asianomaisessa toimintayksikössä potilaan hoitoon tai siihen liittyviin tehtäviin osallistuvia henkilöitä. Salassapitovelvollisuus säilyy palvelussuhteen tai tehtävän päättymisen jälkeen.

Sen estämättä, mitä 2 momentissa säädetään, saadaan antaa:

- 1) potilasasiakirjoihin sisältyviä tietoja tuomioistuimelle, muulle viranomaiselle tai yhteisölle, jolla on tiedon saantiin laissa säädetty oikeus;
- 2) potilaan tutkimuksen ja hoidon järjestämiseksi tarpeellisia tietoja toiselle terveysthuollon toimintayksikölle tai terveysthuollon ammattihenkilölle potilaan suullisen suostumuksen tai asiayhteydestä muuten ilmenevän suostumuksen mukaisesti; sekä
- 3) tajuttomuuden tai muun siihen verrattavan syyn vuoksi hoidettavana olevan potilaan lähiomaiselle tai muulle hänen läheiselleen tieto potilaan henkilöstä ja hänen terveystilastaan, jollei ole syytä olettaa, että potilas kieltäisi näin menettelemästä.

Potilasasiakirjoihin sisältyvien tietojen luovuttamisesta tieteelliseen tutkimukseen on voimassa, mitä siitä yleisten asiakirjain julkisuudesta annetussa laissa (83/51), terveysthuollon valtakunnallisista henkilörekistereistä annetussa laissa (556/89) sekä henkilörekisterilaissa ja -asetuksessa säädetään.

5 luku
Erinäisiä säännöksiä

14 §
Salassapitovelvollisuuden rikkominen

Joka rikkoo 13 §:n 2 momentissa säädettyä salassapitovelvollisuutta, on tuomittava, jollei siitä ole muualla laissa säädetty ankarampaa rangaistusta, potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa säädetyn salassapitovelvollisuuden rikkomisesta sakkoon tai vankeuteen enintään kuudeksi kuukaudeksi.

Virallinen syyttäjä ei saa nostaa syytettä salassapitovelvollisuuden rikkomisesta, ellei asianomistaja ilmoita sitä syytteeseen pantavaksi.

15 §
Muutoksenhaku

Päätökseen, jolla 10 §:n 1 momentissa tarkoitettu muistutus on ratkaistu, ei saa hakea muutosta valittamalla.

16 §
Tarkemmat säännökset

Tarkemmat säännökset tämän lain täytäntöönpanosta annetaan tarvittaessa asetuksella.

17 §
Voimaantulo

Tämä laki tulee voimaan 1 päivänä maaliskuuta 1993.

Tällä lailla kumotaan:

- 1) 1 päivänä joulukuuta 1989 annetun erikoissairaanhoidonlain 33 §:n 4 momentti;
- 2) 28 päivänä tammikuuta 1972 annetun kansanterveyslain 18 §; sekä
- 3) yksityisestä terveydenhuollosta 9 päivänä helmikuuta 1990 annetun lain 11 §, sellaisena kuin se on osittain muutettuna 17 päivänä tammikuuta 1991 annetulla lailla (79/91).

Ennen lain voimaantuloa voidaan ryhtyä lain täytäntöönpanon edellyttämiin toimenpiteisiin.
HE 185/91
StVM 15/92

Helsingissä 17 päivänä elokuuta 1992

Tasavallan Presidentti
MAUNO KOIVISTO

Sosiaali- ja terveysministeri
Jorma Huuhtanen

Liite 6

KYSELY SINULLE, JOKA OLET OPIOIDIKORVAUS- TAI YLLÄPITOHOIDOSSA Taustakysymykset

1. **Sukupuoli** 1 Nainen 2 Mies

2. **Ikä**
 - 1 alle 20- vuotias
 - 2 21–30- vuotias
 - 3 31–40- vuotias
 - 4 yli 40- vuotias

3. **Siviilisääty**
 - 1 naimaton
 - 2 avo-/avioliitto, ei lapsia
 - 3 avo-/avioliitto, lapsia
 - 4 eronnut

4. **Korkein suorittamasi koulutus**
 - 1 peruskoulu
 - 2 ammatillinen koulutus/lukio
 - 3 opistotasoinen koulutus
 - 4 ammattikorkeakoulu/ korkeakoulu/ yliopisto

5. **Ovatko opintosi keskeytyneet huumeiden käytön vuoksi**
 - 1 Kyllä
 - 2 Ei
 - 5.1 **Jos vastasit kyllä, niin mikä koulutus**
 - 1 peruskoulu
 - 2 ammatillinen koulutus
 - 3 opistotasoinen koulutus
 - 4 ammattikorkeakoulu/ korkeakoulu/ yliopisto

6. **Kuinka kauan olet käyttänyt opioideja huumausainekäytössä**
 - 1 alle 4 vuotta
 - 2 4-6 vuotta
 - 3 7-10 vuotta
 - 4 yli 10 vuotta

7. **Millä keinoin käytit opioideja huumausainetarkoituksessa**
 - 1 suonensisäisesti
 - 2 nuuskaamalla
 - 3 polttamalla
 - 4 muuten, miten? _____

8. **Oliko käytössäsi muita pähteitä opioidien rinnalla**
 - 1 kyllä
 - 2 ei

Jos vastasit kyllä, niin mitä pääasiassa? _____

9. Oletko aikaisemmin ollut opioidikorvaushoidossa

- 1 kyllä
- 2 ei

Jos vastasit kyllä, vastaa alla oleviin kysymyksiin:

9.1 Mitä lääkeainetta korvaushoidossa käytettiin

9.2 Mikä mielestäsi johti hoidon epäonnistumiseen

10. Mistä syystä hakeuduit tässä elämänvaiheessasi lääkkeelliseen korvaushoittoon

- 1 Lääkkeetön hoito ei ole auttanut
- 2 Kyllästyin päihdeongelmaan
- 3 Perhe/läheiset painostivat hoitoon hakeutumiseen
- 4 Pakosta (viranomaisten painostuksesta)
- 5 Muu syy

10.1. Mitkä ovat omat tavoitteesi tämänhetkisen opioidikorvaus- tai ylläpitohoidon suhteen

11. Missä lääkkeellisessä korvaushoidossa olet tällä hetkellä

- 1 Metadoni
- 2 Buprenorfiini
- 3 Buprenorfiini-naloksoni

Korvaus- ja ylläpitohoito

Ympyröi seuraavista kysymyksistä se vaihtoehto, mikä parhaiten kuvaa kokemustasi kyseisestä asiasta.

12. Halusin ehdottomasti johonkin tiettyyn lääkkeelliseen korvaushoittoon (metadoni/buprenorfiini/ buprenorfiini-naloksoni)

- 1 täysin samaa mieltä
- 2 jokseenkin samaa mieltä
- 3 ei samaa eikä eri mieltä
- 4 jokseenkin eri mieltä
- 5 täysin eri mieltä

12.1. Perustelisitko miksi halusit juuri tiettyyn lääkkeelliseen korvaushoitoon.

13. Minulla oli mahdollisuus vaikuttaa korvaushoidossa käytettävään lääkeaineeseen (metadoni/ buprenorfiini/buprenorfiini- naloksoni).

- 1 täysin samaa mieltä
- 2 jokseenkin samaa mieltä
- 3 ei samaa eikä eri mieltä
- 4 jokseenkin eri mieltä
- 5 täysin eri mieltä

Jos vastasit täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä, niin miten pystyit vaikuttamaan asiaan

14. Olen saanut riittävästi tietoa eri hoitopaikoissa käytettävistä korvaushoitolääkkeistä

- 1 täysin samaa mieltä
- 2 jokseenkin samaa mieltä
- 3 ei samaa eikä eri mieltä
- 4 jokseenkin eri mieltä
- 5 täysin eri mieltä

Jos vastasit täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä, niin mistä sait tiedon

15. Mielestäni korvaushoitoon pääsyn kriteerit ovat liian vaativat

- 1 täysin samaa mieltä
- 2 jokseenkin samaa mieltä
- 3 ei samaa eikä eri mieltä
- 4 jokseenkin eri mieltä
- 5 täysin eri mieltä

Jos vastasit täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä niin miksi?

16. Jos korvaushoitoon pääsyn kriteerit olisivat kevyemmät, se vaikuttaisi hoitomotivaatiooni heikentävästi

- 1 täysin samaa mieltä
- 2 jokseenkin samaa mieltä
- 3 ei samaa eikä eri mieltä

- 4 jokseenkin eri mieltä
- 5 täysin eri mieltä

Jos vastasit täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä, niin miksi?

17. Olen joutunut odottamaan korvaushoitojonossa hoitoon pääsyä liian kauan

- 1 täysi samaa mieltä
- 2 jokseenkin samaa mieltä
- 3 ei samaa eikä eri mieltä
- 4 jokseenkin eri mieltä
- 5 täysin eri mieltä

Jos vastasit täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä, niin kauanko jouduit odottamaan hoitojonossa korvaushoitoon pääsyä?

18. Minulla oli ennakko odotuksia korvaushoidon suhteen

- 1 täysin samaa mieltä
- 2 jokseenkin samaa mieltä
- 3 ei samaa eikä eri mieltä
- 4 jokseenkin eri mieltä
- 5 täysin eri mieltä

Jos vastasit täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä, niin toteutuivatko kyseiset ennakko odotukset?

19. Olin hoidon alussa epäileväinen korvaushoidossani käytettävän lääkeaineen tehosta opioidiriippuvuuteni hoitoon

- 1 täysin samaa mieltä
- 2 jokseenkin samaa mieltä
- 3 ei samaa eikä eri mieltä
- 4 jokseenkin eri mieltä
- 5 täysin eri mieltä

20. Sain korvaushoidon alussa voimakaita sivuoireita käytettävästä korvaushoitolääkeaineesta

- 1 täysin samaa mieltä
- 2 jokseenkin samaa mieltä
- 3 ei samaa eikä eri mieltä
- 4 jokseenkin eri mieltä
- 5 täysin eri mieltä

21. Olin saanut etukäteen riittävästi tietoa käytettävän lääkeaineen mahdollisista sivuoireista

- 1 täysin samaa mieltä
- 2 jokseenkin samaa mieltä
- 3 ei samaa eikä eri mieltä
- 4 jokseenkin eri mieltä
- 5 täysin eri mieltä

22. Etukäteistiedolla korvaushoidossani käytettävän lääkeaineen sivuoireista ei ole merkitystä hoitomotivaatiooni

- 1 täysi samaa mieltä
- 2 jokseenkin samaa mieltä
- 3 ei samaa eikä eri mieltä
- 4 jokseenkin eri mieltä
- 5 täysin eri mieltä

23. Uskon pystyväni irrottautumaan kokonaan opioideista tämän hetkisen lääkkeellisen hoitoni aikana

- 1 täysin samaa mieltä
- 2 jokseenkin samaa mieltä
- 3 ei samaa eikä eri mieltä
- 4 jokseenkin eri mieltä
- 5 täysin eri mieltä

24. Uskon, että korvaushoidossani käytettävä lääkeaine ylläpitää riippuvuuttani opioideihin

- 1 täysin samaa mieltä
- 2 jokseenkin samaa mieltä
- 3 ei samaa eikä eri mieltä
- 4 jokseenkin eri mieltä
- 5 täysin eri mieltä

25. Uskon että korvaushoito auttaa pääsemään eroon kokonaan opioideista

- 1 täysin samaa mieltä
- 2 jokseenkin samaa mieltä
- 3 ei samaa eikä eri mieltä
- 4 jokseenkin eri mieltä
- 5 täysin eri mieltä

26. Uskon, että korvaushoidossani käytettävällä lääkeaineella on merkitystä retkahdusriskiini päästyäni pois laitoshoidojaksolta

- 1 täysin samaa mieltä
- 2 jokseenkin samaa mieltä
- 3 ei samaa eikä eri mieltä
- 4 jokseenkin eri mieltä
- 5 täysin eri mieltä

Jos vastasit täysi samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä, niin miksi kyseisellä lääkeaineella on merkitystä retkahdusriskiini?

27. Hoidossa käytettävän lääkeaineen saatavuus katukaupasta vaikuttaa merkittävästi hoitoni epäonnistumisen riskiin

- 1 täysin samaa mieltä
- 2 jokseenkin samaa mieltä
- 3 ei samaa eikä eri mieltä
- 4 jokseenkin eri mieltä
- 5 täysin eri mieltä

28. Olen ollut tyytyväinen nykyisellä lääkkeellä toteutettuun korvaushoitooni tällä hetkellä

- 1 täysin samaa mieltä
- 2 jokseenkin samaa mieltä
- 3 ei samaa eikä eri mieltä
- 4 jokseenkin eri mieltä
- 5 täysin eri mieltä

29. Onko sinulla kehittämisideoita korvaushoitoa ajatellen?

KIITOS

©Kylmäaho Heli & Matalalampi Sari

Liite 7

Saatekirje korvaushoitopaikan työntekijöille

Kyselylomake, jolla kartoitetaan asiakkaan kokemuksia korvaushoitoprosessin toivuudesta ja käytetystä korvaushoitolääkeaineesta. Tutkimusmateriaali kerätään päättötyötä varten.

Kyselylomake ja siihen kuuluva saatekirje annetaan täytettäväksi poliklinikalla korvaushoidossa oleville asiakkaille. Lomakkeet on jaettu kahteen ryhmään. Puolet kyselylomakkeista on tarkoitettu Buprenorfiini korvaushoidossa olevien täytettäväksi ja puolet Metadoni korvaushoidossa olevien täytettäväksi. Kohderyhmä lukee kirjekuoressa. Osallistuminen on asiakkaalle vapaaehtoinen. Lomake on tarkoitettu täyttää käyntikerällä ja antaa hoitajalle suljetussa kirjekuoressa. Kysely toteutetaan jyvaskylän päihdepalvelusäätiossä sekä Järvenpään sosiaalisairaalassa/arabianrannassa

Vastaisitteko ystävällisesti asiakkaan mahdollisiin kysymyksiin kyselylomakkeesta.

Kiitos avustanne.

Sari Matalalampi/ sari.matalalampi.sho@jamk.fi

Heli Kylmäaho/ heli.kylmaaho.zja@jamk.fi

Liite 8

Saatekirje kyselyyn vastaajille

Hei,

Olemme sairaanhoidon opiskelijoita Jyväskylän Ammattikorkeakoulusta.

Teemme päättötyömme aiheesta:

Buprenorfiini vai Metadoni?

Korvaushoidossa olevien kokemuksia korvaushoitoprosessista

Tähän tarvitsisimme sinun apuasi.

Kysely koostuu kyselylomakkeesta, jossa on monivalintakysymyksiä sekä muutamia avoimia kysymyksiä. Pyytäisimme sinua rengastamaan kunkin kysymyksen kohdalla oikeaksi katsomasi vastausvaihtoehdon. Avoimissa kysymyksissä voit vastata parhaaksi katsomallasi tavalla.

Kyselyyn vastaaminen on sinulle vapaaehtoista eikä vastaamatta jättäminen vaikuta mitenkään saamaasi hoitoon poliklinikalla. Kaikki vastaukset käsitellään luottamuksellisesti, niin että vastaajan henkilöllisyys on mahdotonta tunnistaa. Kyselylomakkeet tuhotaan vastausten analysoinnin jälkeen.

Täytä kyselylomake poliklinikalla ja palauta hoitajalle suljetussa kirjekuoressa.

Kiitos avustasi

Sari Matalalampi

Heli Kylmäaho

Saako avoimia vastauksiasi lainata sanataarkasti kirjalliseen päättötyöhömmme.

Ei

Kyllä

| Halusin ehdottomasti johonkin tiettyyn lääkkeelliseen korvaushoittoon | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--|-------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | täysin samaa mieltä | 13 | 68,4 | 68,4 | 68,4 |
| | jokseenkin samaa mieltä | 5 | 26,3 | 26,3 | 94,7 |
| | jokseenkin eri mieltä | 1 | 5,3 | 5,3 | 100,0 |
| | Total | 19 | 100,0 | 100,0 | |

| Minulla oli mahdollisuus vaikuttaa korvaushoidossa käytettävän lääkeaineen valintaan | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|--------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | täysin samaa mieltä | 4 | 21,1 | 21,1 | 21,1 |
| | jokseenkin samaa mieltä | 5 | 26,3 | 26,3 | 47,4 |
| | ei samaa eikä eri mieltä | 4 | 21,1 | 21,1 | 68,4 |
| | jokseenkin eri mieltä | 1 | 5,3 | 5,3 | 73,7 |
| | täysin eri mieltä | 5 | 26,3 | 26,3 | 100,0 |
| | Total | 19 | 100,0 | 100,0 | |

| Olen saanut riittävästi tietoa eri hoitopaikoissa käytettävistä korvaushoitolääkkeineistä | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--|--------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | täysin samaa mieltä | 5 | 26,3 | 26,3 | 26,3 |
| | jokseenkin samaa mieltä | 6 | 31,6 | 31,6 | 57,9 |
| | ei samaa eikä eri mieltä | 1 | 5,3 | 5,3 | 63,2 |
| | jokseenkin eri mieltä | 2 | 10,5 | 10,5 | 73,7 |
| | täysin eri mieltä | 5 | 26,3 | 26,3 | 100,0 |
| | Total | 19 | 100,0 | 100,0 | |

| Mielestäni korvaushoitoon pääsyn kriteerit ovat liian vaativat | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|--------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | täysin samaa mieltä | 4 | 21,1 | 21,1 | 21,1 |
| | jokseenkin samaa mieltä | 6 | 31,6 | 31,6 | 52,6 |
| | ei samaa eikä eri mieltä | 2 | 10,5 | 10,5 | 63,2 |
| | jokseenkin eri mieltä | 5 | 26,3 | 26,3 | 89,5 |
| | täysin eri mieltä | 2 | 10,5 | 10,5 | 100,0 |
| | Total | 19 | 100,0 | 100,0 | |

| Jos korvaushoitoon pääsyn kriteerit olisivat kevyemmät, se vaikuttaisi hoitomotiivaatiooni heikentävästi | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|--------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | täysin samaa mieltä | 1 | 5,3 | 5,3 | 5,3 |
| | jokseenkin samaa mieltä | 2 | 10,5 | 10,5 | 15,8 |
| | ei samaa eikä eri mieltä | 2 | 10,5 | 10,5 | 26,3 |
| | jokseenkin eri mieltä | 2 | 10,5 | 10,5 | 36,8 |
| | täysin eri mieltä | 11 | 57,9 | 57,9 | 94,7 |
| | ei vastausta | 1 | 5,3 | 5,3 | 100,0 |
| | Total | 19 | 100,0 | 100,0 | |

| Olen joutunut odottamaan korvaushoitojonossa hoitoon pääsyä liian kauan. | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|--------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | täysin samaa mieltä | 8 | 42,1 | 42,1 | 42,1 |
| | jokseenkin samaa mieltä | 2 | 10,5 | 10,5 | 52,6 |
| | ei samaa eikä eri mieltä | 1 | 5,3 | 5,3 | 57,9 |
| | jokseenkin eri mieltä | 5 | 26,3 | 26,3 | 84,2 |
| | täysin eri mieltä | 3 | 15,8 | 15,8 | 100,0 |
| | Total | 19 | 100,0 | 100,0 | |

| Minulla oli ennako-odotuksia korvaushoidon suhteen. | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--|--------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | täysin eri mieltä | 7 | 36,8 | 36,8 | 36,8 |
| | jokseenkin samaa mieltä | 4 | 21,1 | 21,1 | 57,9 |
| | ei samaa eikä eri mieltä | 4 | 21,1 | 21,1 | 78,9 |
| | jokseenkin eri mieltä | 2 | 10,5 | 10,5 | 89,5 |
| | täysin eri mieltä | 2 | 10,5 | 10,5 | 100,0 |
| | Total | 19 | 100,0 | 100,0 | |

| Olin hoidon alussa epäileväinen korvaushoidossani käytettävän lääkeaineen tehosta opioidiriipuvuuteni hoitoon | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--|--------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | täysin samaa mieltä | 3 | 15,8 | 15,8 | 15,8 |
| | jokseenkin samaa mieltä | 4 | 21,1 | 21,1 | 36,8 |
| | ei samaa eikä eri mieltä | 1 | 5,3 | 5,3 | 42,1 |
| | jokseenkin eri mieltä | 2 | 10,5 | 10,5 | 52,6 |
| | täysin eri mieltä | 8 | 42,1 | 42,1 | 94,7 |
| | ei vastausta | 1 | 5,3 | 5,3 | 100,0 |
| | Total | 19 | 100,0 | 100,0 | |

| Sain korvaushoidon alussa voimakkaita sivuoireita käytettävästä korvaushoitolääkeaineesta | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--|--------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | täysin samaa mieltä | 2 | 10,5 | 10,5 | 10,5 |
| | jokseenkin samaa mieltä | 7 | 36,8 | 36,8 | 47,4 |
| | ei samaa eikä eri mieltä | 1 | 5,3 | 5,3 | 52,6 |
| | jokseenkin eri mieltä | 2 | 10,5 | 10,5 | 63,2 |
| | täysin eri mieltä | 6 | 31,6 | 31,6 | 94,7 |
| | ei vastausta | 1 | 5,3 | 5,3 | 100,0 |
| | Total | 19 | 100,0 | 100,0 | |

| Olin saanut etukäteen riittävästi tietoa käytettävän lääkeaineen mahdollisista sivuoireista | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--|-------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | täysin samaa mieltä | 5 | 26,3 | 26,3 | 26,3 |
| | jokseenkin samaa mieltä | 4 | 21,1 | 21,1 | 47,4 |
| | jokseenkin eri mieltä | 2 | 10,5 | 10,5 | 57,9 |
| | täysin eri mieltä | 7 | 36,8 | 36,8 | 94,7 |
| | ei vastausta | 1 | 5,3 | 5,3 | 100,0 |
| | Total | 19 | 100,0 | 100,0 | |

| Etukäteistiedolla korvaushoidossani käytettävän lääkeaineen sivuoireista ei ole merkitystä hoitomotivaatiooni | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--|--------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | täysin samaa mieltä | 8 | 42,1 | 42,1 | 42,1 |
| | jokseenkin samaa mieltä | 3 | 15,8 | 15,8 | 57,9 |
| | ei samaa eikä eri mieltä | 2 | 10,5 | 10,5 | 68,4 |
| | jokseenkin eri mieltä | 4 | 21,1 | 21,1 | 89,5 |
| | täysin eri mieltä | 1 | 5,3 | 5,3 | 94,7 |
| | ei vastausta | 1 | 5,3 | 5,3 | 100,0 |
| | Total | 19 | 100,0 | 100,0 | |

| Uskon pystyväni irtautumaan kokonaan opioideista tämän hetkisen lääkkeellisen hoitoni aikana. | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--|--------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | täysin samaa mieltä | 10 | 52,6 | 52,6 | 52,6 |
| | jokseenkin samaa mieltä | 3 | 15,8 | 15,8 | 68,4 |
| | ei samaa eikä eri mieltä | 2 | 10,5 | 10,5 | 78,9 |
| | jokseenkin eri mieltä | 1 | 5,3 | 5,3 | 84,2 |
| | täysin eri mieltä | 2 | 10,5 | 10,5 | 94,7 |
| | ei vastausta | 1 | 5,3 | 5,3 | 100,0 |
| | Total | 19 | 100,0 | 100,0 | |

| Uskon, että korvaushoidossani käytettävä lääkeaine ylläpitää riippuvuuttani opioideihin | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--|--------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | täysin samaa mieltä | 4 | 21,1 | 21,1 | 21,1 |
| | jokseenkin samaa mieltä | 3 | 15,8 | 15,8 | 36,8 |
| | ei samaa eikä eri mieltä | 2 | 10,5 | 10,5 | 47,4 |
| | jokseenkin eri mieltä | 4 | 21,1 | 21,1 | 68,4 |
| | täysin eri mieltä | 5 | 26,3 | 26,3 | 94,7 |
| | ei vastausta | 1 | 5,3 | 5,3 | 100,0 |
| | Total | 19 | 100,0 | 100,0 | |

| Uskon, että korvaushoito auttaa pääsemään eroon kokonaan opioideista. | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--|--------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | täysin samaa mieltä | 8 | 42,1 | 42,1 | 42,1 |
| | jokseenkin samaa mieltä | 7 | 36,8 | 36,8 | 78,9 |
| | ei samaa eikä eri mieltä | 1 | 5,3 | 5,3 | 84,2 |
| | jokseenkin eri mieltä | 1 | 5,3 | 5,3 | 89,5 |
| | täysin eri mieltä | 1 | 5,3 | 5,3 | 94,7 |
| | ei vastausta | 1 | 5,3 | 5,3 | 100,0 |
| | Total | 19 | 100,0 | 100,0 | |

| Uskon, että korvaushoidossani käytettävällä lääkeaineella on merkitystä retkahdusriskiini korvaushoitoani päättymisen jälkeen. | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|--------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | täysin samaa mieltä | 2 | 10,5 | 10,5 | 10,5 |
| | jokseenkin samaa mieltä | 2 | 10,5 | 10,5 | 21,1 |
| | ei samaa eikä eri mieltä | 7 | 36,8 | 36,8 | 57,9 |
| | jokseenkin eri mieltä | 1 | 5,3 | 5,3 | 63,2 |
| | täysin eri mieltä | 6 | 31,6 | 31,6 | 94,7 |
| | ei vastausta | 1 | 5,3 | 5,3 | 100,0 |
| | Total | 19 | 100,0 | 100,0 | |

| Hoidossa käytettävän lääkeaineen saatavuus katukaupasta vaikuttaa merkittävästi hoitoni epäonnistumisen riskiin. | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|--------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | jokseenkin samaa mieltä | 4 | 21,1 | 21,1 | 21,1 |
| | ei samaa eikä eri mieltä | 2 | 10,5 | 10,5 | 31,6 |
| | jokseenkin eri mieltä | 1 | 5,3 | 5,3 | 36,8 |
| | täysin eri mieltä | 11 | 57,9 | 57,9 | 94,7 |
| | ei vastausta | 1 | 5,3 | 5,3 | 100,0 |
| | Total | 19 | 100,0 | 100,0 | |

| Olen ollut tyytyväinen nykyisellä lääkkeellä toteutettuun korvaushoitooni | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--|--------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | täysin samaa mieltä | 6 | 31,6 | 31,6 | 31,6 |
| | jokseenkin samaa mieltä | 8 | 42,1 | 42,1 | 73,7 |
| | ei samaa eikä eri mieltä | 1 | 5,3 | 5,3 | 78,9 |
| | jokseenkin eri mieltä | 2 | 10,5 | 10,5 | 89,5 |
| | täysin eri mieltä | 1 | 5,3 | 5,3 | 94,7 |
| | ei vastausta | 1 | 5,3 | 5,3 | 100,0 |
| | Total | 19 | 100,0 | 100,0 | |

Metadoni korvaushoitoasiakkaat

| Kuinka kauan olet käyttänyt opioideja huumausainetarkoituksessa * Uskon pystyväni irrottautumaan kokonaan opioideista tämän hetkisen lääkkeellisen hoitoni aikana Crosstabulation | | | Uskon pystyväni irrottautumaan kokonaan opioideista tämän hetkisen lääkkeellisen hoitoni aikana | | | | Total | |
|---|---|---|---|-------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------|-------------------|
| | | | Täysin samaa mieltä | Jokseenkin samaa mieltä | Ei samaa eikä eri mieltä | Jokseenkin eri mieltä | | Täysin eri mieltä |
| Kuinka kauan olet käyttänyt opioideja huumausainetarkoituksessa | 4-6 vuotta | Count % within Uskon pystyväni irrottautumaan kokonaan opioideista tämän hetkisen lääkkeellisen hoitoni aikana | 1 12,5% | 2 100,0% | 0 .0% | 0 .0% | 0 .0% | 3 15,8% |
| | 7-10 vuotta | Count % within Uskon pystyväni irrottautumaan kokonaan opioideista tämän hetkisen lääkkeellisen hoitoni aikana | 3 37,5% | 0 .0% | 0 .0% | 2 66,7% | 1 25,0% | 6 31,6% |
| | yli 10 vuotta | Count % within Uskon pystyväni irrottautumaan kokonaan opioideista tämän hetkisen lääkkeellisen hoitoni aikana | 4 50,0% | 0 .0% | 2 100,0% | 1 33,3% | 3 75,0% | 10 52,6% |
| Total | Count % within Uskon pystyväni irrottautumaan kokonaan opioideista tämän hetkisen lääkkeellisen hoitoni aikana | 8 100,0% | 2 100,0% | 2 100,0% | 3 100,0% | 4 100,0% | 19 100,0% | |

| Halusin ehdottomasti johonkin tiettyyn lääkkeelliseen korvaushoitoon. | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|--------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | täysin samaa mieltä | 13 | 68,4 | 68,4 | 68,4 |
| | jokseenkin samaa mieltä | 4 | 21,1 | 21,1 | 89,5 |
| | ei samaa eikä eri mieltä | 2 | 10,5 | 10,5 | 100,0 |
| | Total | 19 | 100,0 | 100,0 | |

| Minulla oli mahdollisuus vaikuttaa korvaushoidossa käytettävän lääkeaineen valintaan | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|--------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | täysin samaa mieltä | 6 | 31,6 | 31,6 | 31,6 |
| | jokseenkin samaa mieltä | 2 | 10,5 | 10,5 | 42,1 |
| | ei samaa eikä eri mieltä | 2 | 10,5 | 10,5 | 52,6 |
| | jokseenkin eri mieltä | 1 | 5,3 | 5,3 | 57,9 |
| | täysin eri mieltä | 8 | 42,1 | 42,1 | 100,0 |
| | Total | 19 | 100,0 | 100,0 | |

| Olen saanut riittävästi tietoa eri hoitopaikoissa käytettävistä korvaushoitolääkeaineista | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--|--------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | täysin samaa mieltä | 5 | 26,3 | 26,3 | 26,3 |
| | jokseenkin samaa mieltä | 2 | 10,5 | 10,5 | 36,8 |
| | ei samaa eikä eri mieltä | 6 | 31,6 | 31,6 | 68,4 |
| | jokseenkin eri mieltä | 2 | 10,5 | 10,5 | 78,9 |
| | täysin eri mieltä | 4 | 21,1 | 21,1 | 100,0 |
| | Total | 19 | 100,0 | 100,0 | |

| Mielestäni korvaushoitoon pääsyn kriteerit ovat liian vaativat | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|--------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | jokseenkin samaa mieltä | 3 | 15,8 | 15,8 | 15,8 |
| | ei samaa eikä eri mieltä | 6 | 31,6 | 31,6 | 47,4 |
| | jokseenkin eri mieltä | 3 | 15,8 | 15,8 | 63,2 |
| | täysin eri mieltä | 7 | 36,8 | 36,8 | 100,0 |
| | Total | 19 | 100,0 | 100,0 | |

| Jos korvaushoittoon pääsyn kriteerit olisivat kevyemmät, se vaikuttaisi hoitomotivaatiooni heikentävästi. | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--|--------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | täysin samaa mieltä | 7 | 36,8 | 36,8 | 36,8 |
| | jokseenkin samaa mieltä | 2 | 10,5 | 10,5 | 47,4 |
| | ei samaa eikä eri mieltä | 4 | 21,1 | 21,1 | 68,4 |
| | täysin eri mieltä | 6 | 31,6 | 31,6 | 100,0 |
| | Total | 19 | 100,0 | 100,0 | |

| Olen joutunut odottamaan korvaushoitojonossa hoitoon pääsyä liian kauan. | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|--------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | täysin samaa mieltä | 8 | 42,1 | 42,1 | 42,1 |
| | jokseenkin samaa mieltä | 3 | 15,8 | 15,8 | 57,9 |
| | ei samaa eikä eri mieltä | 5 | 26,3 | 26,3 | 84,2 |
| | jokseenkin eri mieltä | 2 | 10,5 | 10,5 | 94,7 |
| | täysin eri mieltä | 1 | 5,3 | 5,3 | 100,0 |
| | Total | 19 | 100,0 | 100,0 | |

| Minulla oli ennako-odotuksia korvaushoidon suhteen | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|--------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | täysin eri mieltä | 4 | 21,1 | 21,1 | 21,1 |
| | jokseenkin samaa mieltä | 5 | 26,3 | 26,3 | 47,4 |
| | ei samaa eikä eri mieltä | 9 | 47,4 | 47,4 | 94,7 |
| | täysin eri mieltä | 1 | 5,3 | 5,3 | 100,0 |
| | Total | 19 | 100,0 | 100,0 | |

| Olin hoidon alussa epäileväinen korvaushoidossani käytettävän lääkeaineen tehosta opioidiriipuvuuteni hoitoon. | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|--------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | jokseenkin samaa mieltä | 4 | 21,1 | 21,1 | 21,1 |
| | ei samaa eikä eri mieltä | 3 | 15,8 | 15,8 | 36,8 |
| | jokseenkin eri mieltä | 6 | 31,6 | 31,6 | 68,4 |
| | täysin eri mieltä | 6 | 31,6 | 31,6 | 100,0 |
| | Total | 19 | 100,0 | 100,0 | |

| Sain korvaushoidon alussa voimakkaita sivuoireita käytettävästä korvaushoitolääkeaineesta. | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|--------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | täysin samaa mieltä | 3 | 15,8 | 15,8 | 15,8 |
| | jokseenkin samaa mieltä | 1 | 5,3 | 5,3 | 21,1 |
| | ei samaa eikä eri mieltä | 4 | 21,1 | 21,1 | 42,1 |
| | jokseenkin eri mieltä | 6 | 31,6 | 31,6 | 73,7 |
| | täysin eri mieltä | 5 | 26,3 | 26,3 | 100,0 |
| | Total | 19 | 100,0 | 100,0 | |

| Olin saanut etukäteen riittävästi tietoa käytettävän lääkeaineen mahdollisista sivuoireista | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--|--------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | täysin samaa mieltä | 5 | 26,3 | 26,3 | 26,3 |
| | jokseenkin samaa mieltä | 4 | 21,1 | 21,1 | 47,4 |
| | ei samaa eikä eri mieltä | 3 | 15,8 | 15,8 | 63,2 |
| | jokseenkin eri mieltä | 5 | 26,3 | 26,3 | 89,5 |
| | täysin eri mieltä | 2 | 10,5 | 10,5 | 100,0 |
| | Total | 19 | 100,0 | 100,0 | |

| Etukäteistiedolla korvaushoidossani käytettävän lääkeaineen sivuoireista ei ole merkitystä hoitomotiivaatiooni | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--|--------------------------|-----------|--------------|---------------|--------------------|
| Valid | täysin samaa mieltä | 9 | 47,4 | 47,4 | 47,4 |
| | jokseenkin samaa mieltä | 3 | 15,8 | 15,8 | 63,2 |
| | ei samaa eikä eri mieltä | 4 | 21,1 | 21,1 | 84,2 |
| | jokseenkin eri mieltä | 2 | 10,5 | 10,5 | 94,7 |
| | täysin eri mieltä | 1 | 5,3 | 5,3 | 100,0 |
| | Total | 19 | 100,0 | 100,0 | |

| Uskon pystyväni irtautumaan kokonaan opioideista tämän hetkisen lääkkeellisen hoitoni aikana. | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|--------------------------|-----------|--------------|---------------|--------------------|
| Valid | täysin samaa mieltä | 8 | 42,1 | 42,1 | 42,1 |
| | jokseenkin samaa mieltä | 2 | 10,5 | 10,5 | 52,6 |
| | ei samaa eikä eri mieltä | 2 | 10,5 | 10,5 | 63,2 |
| | jokseenkin eri mieltä | 3 | 15,8 | 15,8 | 78,9 |
| | täysin eri mieltä | 4 | 21,1 | 21,1 | 100,0 |
| | Total | 19 | 100,0 | 100,0 | |

| Uskon, että korvaushoidossani käytettävä lääkeaine ylläpitää riippuvuuttani opioideihin | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|--------------------------|-----------|--------------|---------------|--------------------|
| Valid | täysin samaa mieltä | 7 | 36,8 | 36,8 | 36,8 |
| | ei samaa eikä eri mieltä | 4 | 21,1 | 21,1 | 57,9 |
| | jokseenkin eri mieltä | 2 | 10,5 | 10,5 | 68,4 |
| | täysin eri mieltä | 5 | 26,3 | 26,3 | 94,7 |
| | ei vastausta | 1 | 5,3 | 5,3 | 100,0 |
| | Total | 19 | 100,0 | 100,0 | |

| Uskon, että korvaushoito auttaa pääsemään eroon kokonaan opioideista | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|--------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | täysin samaa mieltä | 7 | 36,8 | 36,8 | 36,8 |
| | jokseenkin samaa mieltä | 6 | 31,6 | 31,6 | 68,4 |
| | ei samaa eikä eri mieltä | 3 | 15,8 | 15,8 | 84,2 |
| | jokseenkin eri mieltä | 3 | 15,8 | 15,8 | 100,0 |
| | Total | 19 | 100,0 | 100,0 | |

| Uskon, että korvaushoidossani käytettävällä lääkeaineella on merkitystä retkahdusriskiini korvaushoitoni päättymisen jälkeen. | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--|--------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | täysin samaa mieltä | 6 | 31,6 | 31,6 | 31,6 |
| | jokseenkin samaa mieltä | 1 | 5,3 | 5,3 | 36,8 |
| | ei samaa eikä eri mieltä | 6 | 31,6 | 31,6 | 68,4 |
| | jokseenkin eri mieltä | 2 | 10,5 | 10,5 | 78,9 |
| | täysin eri mieltä | 4 | 21,1 | 21,1 | 100,0 |
| | Total | 19 | 100,0 | 100,0 | |

| Hoidossa käytettävän lääkeaineen saatavuus katukaupasta vaikuttaa merkittävästi hoitoni epäonnistumisen riskiin. | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|--------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | täysin samaa mieltä | 1 | 5,3 | 5,3 | 5,3 |
| | jokseenkin samaa mieltä | 2 | 10,5 | 10,5 | 15,8 |
| | ei samaa eikä eri mieltä | 3 | 15,8 | 15,8 | 31,6 |
| | jokseenkin eri mieltä | 5 | 26,3 | 26,3 | 57,9 |
| | täysin eri mieltä | 8 | 42,1 | 42,1 | 100,0 |
| | Total | 19 | 100,0 | 100,0 | |

| | | | | | | | | |
|-------|---|------|-------|-------|-------|-------|------|--------|
| Total | Count | 1 | 6 | 5 | 6 | 19 | 1 | 38 |
| | % within | 2,6% | 15,8% | | | | | |
| | Uskon pystyväni irtautumaan kokonaan opioideista tämän hetkisen lääkkeellisen hoitoni aikana. | | | 13,2% | 15,8% | 50,0% | 2,6% | 100,0% |