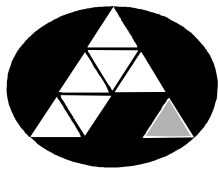


POHJOIS-KARJALAN AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma

Turunen Joonas

OPIOIDIKORVAUSHOIDOT – HOITOHENKILÖKUNNAN KOKEMUKSIA
HOIDOISTA JA KEHITTÄMISMAHDOLLISUUKSISTA

Opinnäytetyö
Joulukuu 2011



POHJOIS-KARJALAN
AMMATTIKORKEAKOULU

OPINNÄYTETYÖ
Joulukuu 2011
Hoitotyön koulutusohjelma

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
p. (013) 260 6600

Tekijä(t)
Joonas Turunen

Nimeke
OPIOIDIKORVAUSHOIDOT – HOITOHENKILÖKUNNAN KOKEMUKSIA HOIDOISTA
JA KEHITTÄMISMAHDOLLISUUKSISTA

Toimeksiantaja

Tiivistelmä

Opioidiriippuvuuden lääkkeellisiä korvaushoitoja on annettu Suomessa jo toistakymmentä vuotta. Asiakkaiden kiinnittyminen hoitoihin on ollut hyvää. Hoidon saatavuus ei kuitenkaan ole vielä riittävää varsinkaan nuorilla huumeriippuvaisilla.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli saada tietoa hoitohenkilökunnan kokemuksista opioidikorvaushoitoasiakkaiden hoidosta sekä tuoda esiin henkilökunnan näkemyksiä hoitojen kehittämismahdollisuuksista.

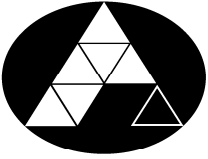
Tutkimus toteutettiin kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän avulla. Aineisto kerättiin teemahaastatteluina opioidikorvaushoitoihin osallistuvilta henkilökunnalta. Aineiston analysoinnissa käytettiin induktiivista sisällönanalyysiä.

Tutkimustuloksissa nousi esiin korvaushoitojen keskeisimmiksi hyödyiksi elämänlaadun paraneminen, päihteiden väärinkäytön väheneminen sekä yhteiskunnalliset hyödyt. Korvaushoitoasiakkaiden ongelma-alueiksi nostettiin vaikeudet elämänhallinnassa, psyykkisessä voinnissa, hoitojen etenemisessä sekä yhteiskuntakelpoisuudessa. Hoitolinjoja tulisi jatkossa kehittää yhtenäisemmiksi. Myös asiakkaan psykososiaalisen tuen järjestämisessä ilmeni suuria puutteita asiakkaan siirtyessä jatkohoitoon.

Kieli
suomi

Sivuja 37
Liitteet 7
Liitesivumäärä 8

Asiasanat
korvaushoito, opioidiriippuvuus, lääkehoitoon sitoutuminen

 <p>NORTH KARELIA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES</p>	<p>THESIS December 2011 Degree Programme in Nursing Tikkarinne 9 FIN 80200 JOENSUU FINLAND Tel. 358-13-260 6600</p>
<p>Author(s) Joona Turunen</p>	
<p>Title OPIOID REPLACEMENT THERAPY – NURSING STAFF’S EXPERIENCES ON TREATMENTS AND VIEWS ON FURTHER DEVELOPMENT OPPORTUNITIES</p>	
<p>Abstract</p> <p>Opioid replacement therapy for treating opioid dependence has been in use for over a decade now in Finland. Patient adherence to treatments has been good. Availability of treatments though is not yet good enough especially for young drug addicts.</p> <p>The purpose of this study was to gather information from the nursing staff about the patients who partake in opioid replacement therapy and also to investigate possible further development opportunities regarding the treatments.</p> <p>The study was qualitative by nature. Data for the study was gathered by interviewing nursing staff members who took part in administering opioid replacement therapy. Interviews were conducted as theme interviews. Analytic induction was used to analyze the gathered data.</p> <p>It was found that opioid replacement therapy improved the patients’ quality of life, reduced the abuse of drugs and had other sociological benefits. Patients had problems with fitting in society, coping, their psychic condition and also in the progress of their treatments. The results suggest a need for a more uniform policy regarding treatments and also that there are great shortcoming in providing the patients proper psychosocial aid when moving on to follow-up care.</p>	
<p>Language Finnish</p>	<p>Pages 37 Appendices 7 Pages of Appendices 8</p>
<p>Keywords opioid replacement therapy, opioid dependence, compliance</p>	

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ ABSTRACT

1	JOHDANTO	5
2	TAUSTAA JA KÄSITTEET	6
2.1	Huumausainepolitiikka Suomessa	7
2.1.1.	Lainsäädäntö Suomessa	8
2.1.2.	Päihdepalvelut	8
2.2	Päihteidenkäyttöön vaikuttavat tekijät	10
3	OPIOIDIRIIPPUUUS JA –HOITO	11
3.1	Opioidiriippuvuus	12
3.2	Opioidikorvaushoito	13
3.2.1.	Metadoni korvaushoitolääkkeenä	14
3.2.2.	Buprenorfiini korvaushoitolääkkeenä	14
3.3	Hoitopolku	15
3.4	Lääkehoitoa tukevat toimet	18
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	19
4.1	Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävät	19
4.2	Tutkimusmenetelmät ja aineistonkeruu	19
4.3	Aineiston analyysi	21
4.4	Aineiston ja tutkimuksen luotettavuus sekä eettisyys	22
5	TUTKIMUKSEN TULOKSET	24
5.1	Korvaushoitoasiakkaiden ongelma-alueet	24
5.2	Korvaushoidolla saavutetut hyödyt	27
5.3	Henkilökunnan mahdollisuudet edesauttaa kuntoutumista	29
5.4	Korvaushoitojen kehittämismahdollisuudet	31
6	POHDINTA	34
	LÄHTEET	37

LIITTEET

Liite 1	Teemahaastattelurunko
Liite 2	Tutkimuskysymykset ja vastaavat luokittelut
Liite 3	Tutkimuslupahakemus
Liite 4	Korvaushoitoasiakkaiden ongelma-alueet
Liite 5	Korvaushoidolla saavutetut hyödyt
Liite 6	Miten hoitohenkilökunta pystyy edesauttamaan kuntoutumista
Liite 7	Kehittämismahdollisuudet

1 JOHDANTO

Opinnäytetyöni tavoitteena on perehtyä opioidikorvaushoitoon ja tuoda esille tietoa ja kokemuksia sitä toteuttavan henkilökunnan näkökulmasta. Opioidiriippuvuuden lääkkeellistä korvaushoitoja on annettu Suomessa jo toista kymmentä vuotta. Korvaushoidot ovat olleet tehokas opioidiriippuvuuden hoitomuoto kuolleisuuden, laittomien opioidien käytön, rikollisuuden ja muiden haittojen vähenemisen sekä elämänlaadun kohenemisen ja kustannushyötyjen mittareilla. (Pirkola, Heikman, Vormo, Turtiainen 2007, 1973)

Päihteidenkäytöstä aiheutuu huomattava osa sairauksista ja ennenaikaisista kuolemista (Salaspuro, Kiiänmaa, Seppä, Ahlström 2003, 42). Koen aiheeni täten olevan hyvinkin merkityksellinen ja toivon esiin nousevien kysymysten ja ajatusten edistävän korvaushoitojen toteutuksen kehitystä. Opinnäytetyötäni varten haastattelin korvaushoitoon osallistuvia työntekijöitä Pohjois-Karjalan keskussairaalan huume- ja lääkeriippuvuuspoliklinikalta. Tutkimus toteutettiin kvalitatiivisena, jolloin mahdollistuu opioidihoitoja toteuttavan henkilökunnan kokemusten kokonaisvaltaisempi tarkastelu. Aineistonkeruu tapahtui teemahaastatteluina.

Vuonna 2009 päihdehuollon yksiköillä oli 3321 asiakasta. Huumaus- tai lääkeaineiden vuoksi päihdehoitoon hakeutuneista 55 %:lla opiaattien käyttö oli ensisijaisena syynä hoitoon hakeutumiseen. (Terveystieteiden tutkimuskeskus, 25–26) Opioidikorvaushoidon piirissä on noin 2000 potilasta. Potilaiden kiinnittyminen hoitoihin on hyvää. (Holopainen 2011)

Hoidon saatavuus ei ole vielä riittävää varsinkaan nuorilla huumeista riippuvaisilla eikä hoitoihin oleva puolen vuoden hoitotakuu ajoittain toteudu. Erityisesti nuorilla onnistunut kuntoutus mahdollistaisi vielä useita kymmeniä työ- ja elinvuosia, joten riittävä hoitojen tarjonta olisi ensisijaista. (Holopainen 2010) Tässä valossa näkisin hoitojen toteutuksen tarkastelun ja kehittämismahdollisuuksien etsimisen olevan perusteltua.

2 TAUSTAA JA KÄSITTEET

Huumeiden käyttöä on esiintynyt useimmissa maailman kulttuureissa läpi historian (Kaukonen & Hakkarainen 2002, 13). Sieniä, oopiumia ja kannabista on luultavasti käytetty jo 45 000–10 000 eKr. osana uskonnollisia rituaaleja ja sodankäyntiä (Holmberg 2010, 11).

Päihdehuoltolaissa (L41/1986) päihteellä tarkoitetaan alkoholijuomaa tai muuta päihtymystarkoituksessa käytettävää ainetta. Suomessa yleisimmät päihdeaineet ovat alkoholi, kannabis, amfetamiini, opiaatit, liuotinaineet sekä keskushermostoon vaikuttavat lääkeaineet (Salaspuro, Kiianmaa, Seppä, Ahlström 2003, 42). Soikkelin (2002, 14) mukaan päihde-termi kattaa aineet, jotka vaikuttavat keskushermostoon ja saavat aikaan päihtymykseksi kutsutun tietoisuuden muuttumisen. Merkittävimmät keskushermostoon vaikuttavat nautintoaineet läntisessä maailmassa ovat alkoholi, nikotiini ja kofeiini. Huumausaineyleissopimuksissa ja Suomen lainsäädännössä edellä mainittuja aineita ei ole määritelty huumausaineiksi vaikka ominaisuuksiltaan kuuluisivat kontrolloitaviin aineisiin. (Sarvanti 1997, 26)

Huumausaineella taas tarkoitetaan huumausainesäädöksissä määriteltyä laitonta ainetta, jota nautitaan omatoimisesti muusta kuin lääkinnällisestä syystä. Tavoiteltu tarkoitus voi olla stimulaatio, sedaatio, euforia tai vieroitusoireiden lievittäminen. Huumausaineista suurin osa on myös nautintoaineita. Nautintoaine on aine, joka tuottaa myönteisen ruumiillisen elämyksen. (Sarvanti 1997, 23–26)

Syksyllä 2010 tehdyn kyselytutkimuksen mukaan 17 prosenttia 15–69-vuotiaista suomalaisista on elämänsä aikana kokeillut jotain laitonta huumetta ainakin kerran. Yleisimmin käytetty aine oli kannabis. Tätä seurasivat amfetamiini, ekstaasi ja kokaiini noin kahden prosentin osuuksilla. Buprenorfiinin esiintyvyys oli vajaa prosentti. (Hakkarainen 2011).

Suomen nykyinen huumeilanne alkoi muodostua 1960-luvulla, jolloin laittomien huumeiden käyttö levisi keskiluokkaisen, valtaväestöön kuuluvan nuorison piirissä ja levisi kaikkialle teollistuneessa länsimaailmassa ja kehitysmaiden suurkaupungeissa (Kaukonen ym. 2002, 13). Huumeiden käytön kehitykselle Suomessa toinen merkittävä ajanjakso oli 1990-luvun alkuun ajoittuva kokeilun ja käytön yleistymisen (Salasuo 2004, 5). Nykyisinkin päihteet voivat olla osa uskonollista rituaalia mutta yleisempää on päihteiden kuuluminen vapaa-ajan viettoon. Lailliset päihteet ovat osa markkinataloutta kulutushyödykkeinä. (Holmberg 2010, 12)

2.1 Huumausainepolitiikka Suomessa

Suomen huumeolitiikkaa ohjaavat kansainväliset yleissopimukset, oma lainsäädäntö ja huumeolitiikan strategiat. Huumausainepolitiikka pohjautuu YK:n vuoden 1961 ja 1971 huumaus- sekä psykotrooppisia aineita koskeviin yleissopimuksiin, joiden avulla on luotu kansainvälinen valvontajärjestelmä rajaamaan aineiden laitonta tuotantoa, kauppaa ja käyttöä, poikkeuksena lääkinnällinen ja tieteellinen tutkimus ja käyttö. Edellä mainitut sopimukset eivät kuitenkaan vielä velvoittaneet käyttöä tai hallussapitoa tehtävän rangaistavaksi. (Piisi 2001, 9-10)

Vuoden 1988 huumaus- ja psykotrooppisia aineita koskeva yleissopimus tiukensi valtioiden velvoitteita kriminalisoida huumekauppaa. Sopimuksen tarkoitus on tehostaa kansainvälistä yhteistyötä laitonta huumeainekauppaa vastaan. (Piisi 2001, 10)

Huumausainepolitiikan tavoitteena on huumausaineiden käytön leviämisen ehkäisy siten, että käytöstä ja torjunnasta aiheutuvat taloudelliset, sosiaaliset ja yksilölliset haitat sekä kustannukset jäävät mahdollisimman pieniksi. On ehkäistävä syrjäytymistä ja tuettava nuorten sijoittumista hyvin taidoin yhteiskuntaan ja perusteluin tulevaisuuden odotuksin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 1997, Salaspuro ym. 2003, 49 mukaan)

2.1.2 Lainsäädäntö Suomessa

Suomen päihdepolitiikkaa säätelevät pääosin huumausainelaki (373/2008), raittiustyölaki (828/1982) sekä päihdehuoltolaki (41/1986). Huumausaineiden käytön ehkäisystä ja huumausaineiden väärinkäyttäjien huollosta säädetään raittiustyölaissa ja päihdehuoltolaissa. Huumausainerikoksista säädetään rikoslaissa (39/1889).

Huumausainelaisissa (373/2008) säädetään huumausainevalvonnan pääperiaatteet. Huumausaineiksi luokiteltavat aineet on määritelty YK:n huumausaineita koskevissa yleissopimuksissa (Piisi 2001, 10–11). Huumausainelakia sovelletaan huumausaineiden ja niiden valmistuksessa käytettävien aineiden valvontaan.

Huumausaineen tuotanto, valmistus, maahantuonti, maastavienti, jakelu, kauppa, hallussapito ja käyttö on kielletty muihin kuin lääkinnällisiin, tieteellisiin taikka huumausainerikosten ehkäisemistä tai tutkintaa edistäviin tarkoituksiin. Lisäksi on kielletty oopiumiunikon, kokapensaana ja hampun viljely käytettäväksi huumausaineena tai sen raaka-aineena. (373/2008)

2.1.2 Päihdepalvelut

Ehkäisevän päihdetyön tavoitteena on hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen (Huoponen, Peltonen, Mustalampi, Koskinen-Ollonqvist 2001, 7-9). Ehkäisevä päihdetyö on konkreettista tukemista ja auttamista. Valistus on myös osa ehkäisevää päihdetyötä mutta ei sen tärkein tehtävä. (Soikkeli 2002, 24) Soikkeli (2002, 27) määrittelee valistuksen olevan ”tietoista pyrkimystä käydä keskustelukumppanin kannalta hyödyllistä keskustelua”.

Päihdehuoltolaki (41/1986) velvoittaa kuntia järjestämään päihdepalveluja niin, että ne vastaavat sisällöltään ja laajuudeltaan kuntalaisten hoidon ja avun tarvetta. Päihdepalvelujen järjestämisvelvollisuus kuuluu kunnille.

Päihdepalveluita tarjoavat terveyskeskukset, työterveyshuolto, koulu- ja opiskelijahuolto sekä mielenterveys- ja sosiaalitoimiston palvelut. Laitosmuotoisia palveluita toteutetaan sairaaloissa ja asumispalveluissa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010, 20)

Avohoitomuotoisia päihdehuollon erityispalveluja tarjoavat A-klinikat, nuorisosemat, päihdepysäkit, terveysneuvontapisteet ja päiväkeskukset. Laitospalveluja saa katkaisuhuoltoasemilta, kuntoutuslaitoksista ja asumispalveluista. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010, 20)

Päihdepalvelut ovat kunnittain räätälöityjä, monimuotoista ja muuttuvia kokonaisuuksia. Päihdepalveluita tarjotaan sosiaali- ja terveydenhuollon yleispalveluissa ja päihdehuollon erityispalveluissa. (Holmberg 2010, 24)

Kuntien päihdehuoltopalveluissa tulisi järjestyä päihteiden käytöstä johtuvien ongelmien tunnistaminen, akuuttihoitotyö, erityispalveluiden käytön tarpeen arviointi, hoitoon ohjaaminen sekä päihdekuntoutukseen osallistuminen. Palvelut voidaan järjestää hyvin eri tavoin ja päihdehuollon erityispalvelut voidaan hankkia myös ostopalveluina muilta kunnilta tai yksityisiltä palveluntuottajilta. On myös perustettu seudullisia säätiöitä tuottamaan päihdepalvelukokonaisuuksia seudulle. (Salaspuro ym. 2003, 25)

Päihdehuollon erityispalveluihin lukeutuu päihdeongelmien ja hoidon tarpeen arviointi, terapeuttinen avohoito, vaativan katkaisuhoidon ja kuntoutuksen toteuttaminen, jälkikuntoutus, asumispalveluiden ja kuntoutuksen toteutus, asiantuntijapalveluiden sekä konsultoitavien palveluiden ylläpitäminen (Salaspuro ym. 2003, 25) Ensimmäinen huumausaineiden käyttäjien pistovälineiden vaihtoon tarkoitettu terveysneuvontapiste perustettiin Suomessa vuonna 1997. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010, 25)

Vuonna 2009 päihdehuollon yksiköillä oli 3321 asiakasta. Huumaus- tai lääkeaineiden vuoksi päihdehoitoon hakeutuneista 55 %:lla opiaattien käyttö oli ensisijaisena syynä hoitoon hakeutumiseen. Buprenorfiinin päihdekäyttö oli ensisijaisena syynä 33 %:lla ja heroinin vuoksi hoitoon hakeu-

tui 2 %. Sekakäyttö oli yleistä; 61 %:lla asiakkaista käytti ainakin kolmea hoitoon hakeutumiseen liittyvää ongelmapäihdettä. Ikäkeskiarvo oli 30 vuotta. Koulutustaso oli asiakkailla matala ja yleensä he ovat syrjäytymisriskin alla tai jo syrjäytyneitä. 65 % oli työttömiä. 74 %:lla suonensisäisesti huumeita käyttävistä olivat C-hepatiittiposiitivisia. HIV-testatuista piikittämällä huumeaineita käyttävillä 1 % oli HIV-positiivisia. (Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos 2010, 25–26)

Huumeepotilaiden hoitoon suhtaudutaan yleensä negatiivisesti ja pessimistisesti vaikka on osoitettu, että hoidolla saadaan yhtä hyviä tuloksia kuin aikuisiän diabeteksen, verenpainetaudin ja astman hoidossa kun tulostavoitteina ovat parantunut työkyky ja oireiden, psykososiaalisten ongelmien tai yhteiskunnalle aiheutuneiden kustannusten väheneminen. (Salaspuro ym. 2003, 482)

2.2 Päihteidenkäyttöön vaikuttavat tekijät

Riippuvuus päihteisiin ilmenee päihdehakuisen käyttäytymisen voimistumisena ja sen muuttumisena pakonomaiseksi. Käytön hallintakyky heikkenee, toleranssi kasvaa ja ilmenee vieroitusoireita lopettamisyritysten yhteydessä. (Piisi 2001, 41)

Holmbergin (2010, 45) mukaan päihderiippuvuuden taustalla on yleensä useampi syy, harvemmin yksittäinen trauma. Päihteiden käyttäjä kokee usein arvottomuuden tunteita ja vastuun ottaminen sekä itsensä kohtaminen on vaikeaa. Päihteillä luodaan harha paremmasta elämästä. Päihteidenkäytöllä joko tavoitellaan tunnetilaa tai pyritään turruttamaan tunteet tai kontrolloida niiden ilmenemistä.

Päihteidenkäytössä esiintyy maakohtaisia eroja. Suomessa korostuu alkoholin käyttö ja päihteiden riskikäyttö on usein liitoksissa mielenterveys- ja taloudellisiin ongelmiin. (Holmberg 2010, 12) Suomessa käytetyin laillinen

päihdeaine on alkoholi ja käytetyin laiton päihde on kannabis (Holmberg 2010, 19).

3 OPIOIDIRIIPPUUUS JA -HOITO

Opioideilla tarkoitetaan kaikkia morfiinin kaltaisesti vaikuttavia yhdisteitä. Opiaatteja ovat oopiumista peräisin olevat yhdisteet sekä synteettiset morfiinin kaltaiset yhdisteet. Kaikki opioidit vaikuttavat opioidireseptorien välityksellä. (Salaspuro ym. 2003, 151) Oopiumi on oopiumiunikon kotaliemen kuivattua maitiaisnestettä (Salaspuro ym. 2003, 468).

Lääkeainetta, joka aktivoi reseptoreja kehon omien viestimolekyylien taivoin, kutsutaan agonistiksi. Viestimolekyylien toimintaa estäviä lääkkeitä kutsutaan antagonistiksi eli reseptorisalpaajiksi. (Koulu & Tuomisto 2007, 27)

Vaikutukseltaan heikkoja tai keskivahvoja opioideja ovat muun muassa tramadoli, kodeiini ja buprenorfiini. Vahvoihin opioideihin kuuluvat metadoni, oksikodoni, fentanyyli sekä morfiini. Opioideista esiintyy haittavaikutuksia, joista yleisimmät ovat ummetus, väsymys sekä pahoinvointi. Opioidien yliannostuksesta voi aiheutua hengityslama. (Vainio 2009) 2000-luvulle asti heroini oli Suomessa eniten huumeena käytetty opioidi mutta nykyään buprenorfiini on lähes kokonaan syrjäyttänyt heroiniin huumeikäytössä (Koulu ym. 2007, 435).

Opioidiriippuvuuden ylläpito- ja korvaushoidot tulivat viralliseksi osaksi päihdepalvelujärjestelmää vuonna 2000. Vuonna 2009 arviolta 1800 henkilöä oli korvaushoidossa. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2010, 25)

3.1 Opioidiriippuvuus

Pakonomainen tarve käyttää opioideja hyvinolontunteen saamiseksi sekä kykenemättömyys lopettamaan käyttöä ovat merkkejä opioidiriippuvuudesta (Vainio 2009).

Riippuvuus eli addiktio on lääkkeen tai huumeen jatkuvaan käyttöön liittyvä tila, jolle on ominaista:

- Himo tai pakonomainen halu käyttää aineita
- elimistön kasvava sietokyky ainetta kohtaan eli toleranssi
- käytön lopettamisesta aiheutuvat fyysiset ja psyykkiset vieroitusoireet
- heikentynyt kyky hallita käytön aloittamista, määrää tai lopettamista
- käytön jatkuminen huolimatta kiistattomista haitoista, kuten fyysisen ja psyykkisen terveyden heikkenemisestä (Koulu ym. 2007, 419)

Tärkein pakonomaista opioidien käyttöä motivoiva tekijä on opioidien aiheuttama voimakas hyvinolontunne. Jatkuvässä käytössä opioideja vastaan kehittyy nopeasti toleranssi. Lisäksi elimistö mukautuu niin, että aineen käytön lopettaminen aiheuttaa vieroitusoireita, jotka voidaan poistaa tarpeeksi suurella opioidiannoksella. Syntyy fyysinen riippuvuus. (Salaspuuro ym. 2003, 154–155)

Opioidiriippuvuuden kehittymisen nopeuteen vaikuttavat yhdiste sekä antotiheys. Riippuvuus alkaa kehittyä jo ensimmäisen käyttökerran jälkeen. (Koulu ym. 2007, 436)

Opioidien vieroitusoireet ilmenevät muun muassa potilaan haukotteluna, hikoiluna, sekä kyynelnesteen ja syljen erityksen lisääntymisenä. Aluksi potilas nukkuu rauhattomasti, sitten ei lähes ollenkaan muutamaan päivään. Myöhemmin voi esiintyä oksentelua ja ripulointia, iho menee kananlihalle ja esiintyy vilun tuntemuksia. Lihaskivut ovat tavallisia. Hengitystiheys lisääntyy, lämpötila ja verenpaine nousevat. Potilas ei syö eikä juo ja paino laskee. Buprenorfiini vieroitusoireet ovat lievempiä kuin vahvojen opioidien ja ne alkavat suurilla annoksilla käytävällä hitaasti 1-3 vuorokauden sisällä ja kestävät 3-4 viikkoa. (Koulu 2007, 436–437)

3.2 Opioidikorvaushoito

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa (33/2008) korvaushoito määritellään tarkoittamaan joko kuntouttavaa ja päihteettömyyteen tähtäävää hoitoa tai haittoja vähentävää ja elämänlaatua parantavaa hoitoa. Korvaushoidossa käytettävät lääkeaineet ovat buprenorfiini ja metadoni. Tutkimustietoa siitä, millaiselle potilaalle buprenorfiini tai metadoni olisi parempi korvaushoitolääke, ei ole (Salaspuro ym. 2003, 481).

Korvaushoidolla tarkoitetaan opiaattiriippuvaisen potilaan pidempiaikaista korvaavan lääkehoidon käyttöä. Korvaushoitoa tulisi harkita jos opiaattiriippuvaisen potilaan vieroitushoito toistuvasti epäonnistuu. Korvaushoitoja voidaan aloittaa yliopistollisissa sairaaloissa, keskussairaaloissa, Järvenpään sosiaalisairaalassa, terveyskeskuksissa sekä kaikissa päihdehuollon yksiköissä, joiden henkilökunta on saanut asiaankuuluvan koulutuksen. (Salaspuro ym. 2003, 472)

Lääkekorvaushoito-ohjelmia alettiin käynnistää Suomessa vuoden 1997 jälkeen ja siitä lähtien alkoivat hitaasti yleistyä. Sosiaali- ja terveysministeriön alun perin tuki voimakkaasti vieroitustavoitetta ja lääkkeettömiä jatkokuntoutusohjelmia. Nopeasti kuitenkin havaittiin, että tavoitteena ollut kolmen kuukauden sisällä tapahtuva vieroittautuminen korvaavista lääkkeistä oli epärealistinen. Vuonna 1998 määrä-aikaa jatkettiin vuoteen ja lopulta vuonna 2000 poistettiin kokonaan. Tällöin myös kaikki yli kuukauden kestäviä hoitoja alettiin kutsua korvaus- tai ylläpitohoidoiksi. (Salaspuro ym. 2003, 478)

Salaspuro ym. (2003, 472) määrittelee ylläpitohoidon tavoitteeksi korvaushoidon tavoin kuntoutuksen mutta tällöin potilaan opioidiriippuvuus on todettu niin vahvaksi, että täydellistä päihteettömyyttä ei voida asettaa tavoitteeksi. Hoidon tavoitteeksi asetettiin tällöin haittojen vähentäminen ja elämänlaadun parantaminen. Sosiaali- ja terveysministeriön vuoden 2008 asetuksen (33/2008) mukaan korvaushoito-termi kattaa nykyään myös aikaisemmin erillisenä määritellyn ylläpitohoidon.

3.2.1 Metadoni korvaushoitolääkkeenä

Metadoni on 1940-luvulla syntetisoitu opioidiantagonisti, joka on verrattavissa morfiiniin. Se aiheuttaa euforiaa, sedaatiota, kivun lievitystä ja riippuvuutta. (Salaspuro ym. 2003, 475)

Metadoni vähentää opiaattivieroitusoireita 12-24 tunnin ajan tehokkaasti ja eikä juuri aiheuta sedaatiota tai tietoisuuden hämärtymistä. Metadonikorvaushoitojen on osoitettu merkittävästi vähentävän HIV- riskikäyttäytymistä ja rikollisuutta. (Salaspuro ym. 2003, 478)

Metadonikorvaushoito aloitetaan hoitoa toteuttavassa yksikössä, jossa ensimmäisten kuukausien aikana annosta nostetaan vähitellen korvaushoitotasolle yksilöllisen toleranssin mukaan. Hoidon aikana muiden huumeiden käyttöä tulisi seurata toistuvilla huumeeseuloilla. Lisäksi hoitoon tulee yhdistää riittävä psykososiaalinen kuntoutus. Hoidon lopullisena tavoitteena on yrittää vieroittaa potilas myös metadonista. (Salaspuro ym. 2003, 478–479)

3.2.2 Buprenorfiini korvaushoitolääkkeenä

Buprenorfiinia alettiin käyttää korvaus- ja ylläpitohoito lääkkeenä ensimmäisenä Ranskassa vuonna 1996. Korvaushoitolääkkeenä sen teho vastaa metadonia. Buprenorfiinikorvaushoidot on hyväksytty virallisiksi hoidoiksi Australiassa ja suurimmassa osassa Eurooppaa. Yhdysvalloissa metadonihoidot ovat valta-asemassa mutta buprenorfiinihoito-ohjelmat ovat yleistymässä. (Salaspuro ym. 2003, 479–480)

Buprenorfiini ei juuri aiheuta euforiaa. Buprenorfiinin eduiksi voidaan lukea alhaisempi toksisuus metadoniin verrattuna sekä mahdollisuus antaa kahden tai kolmen päivän annos yhdellä annostelukerralla. Vieroitusvaiheessa buprenorfiinista aiheutuu myös lievempiä vieroitusoireita. (Salaspuro ym. 2003, 479)

Buprenorfiinin haittapuoliin lukeutuu verrattain kalliimpi hinta riittävinä korvaushoitoannoksina. Lisäksi suurempi farmakologinen hyötysuhde houkuttelee sen injektioikäyttöä ja tämä tekee injektioikäytön poisoppimisvaiheesta vaativan buprenofiinihoidossa. Buprenorfiinin ympärille on myös syntynyt voimakas katukäyttö-kulttuuri Suomessa. Sekakäyttö onkin yksi haittapuoli buprenorfiinikorvaushoidossa. Buprenorfiini voi olla tappava bentso-diatsepiinien ja alkoholin kanssa käytettynä. (Koulu ym. 2007, 438) Vaaditaan erityistaitoja hoito-ohjelmien laatijoilta, jotta katukäyttökulttuuriin haitalliset sivuvaikutukset hoito-ohjelmissa pystyttäisiin minimoimaan (Salaspuro ym. 2003, 479–480).

Suomessa haittavaikutuksia on pystytty vähentämään vuosina 1998–2001 kehittyneissä buprenorfiinihoito-ohjelmissa. Hoitoihin kiinnittyminen on 75 % luokkaa. Ongelmaksi ovat nousseet hoitoihin pääsyn rajallisuus ja vaikeus pitää hoito- ja kuntoutusohjelmia hyvätasoisina kasvavan hoidon tarpeen myötä. (Salaspuro ym. 2003, 480)

3.3 Hoitopolku

Päihderiippuvainen asiakas tulee usein hoitoon reaktiona siihen, että päih-teillä ei enää saavuteta haluttuja tavoitteita. Päih-teillä haetaan turvallisuuden tunnetta ja hoidon alussa motivaatiota päih-teiden käyttöön vielä on. Usein riippuvaisella on toiveena muuttua hoitajan avustuksella kohtuukäyt-täjäksi niin, että päih-teistä ei tarvitsisi luopua. (Holmberg 2010, 112)

Lopettamisajatuksiin liittyy usein väsyminen päih-teidenkäyttäjän elämän-tapaan ja sen lieveilmiöihin. Myös tunne elämänhallinnan menettämisestä ja päih-teidenkäytön hyödyllisyyden kyseenalaistaminen vaikuttavat. Käyttö on muuttunut nautinnon tavoittelusta vieroitusoireiden välttelyksi. Se mitä alun perin päih-teillä paettiin, on muuttunut arkipäiväksi ja ongelmien ja oi-reiden helpottamisen sijaan päih-teidenkäyttö on vain siirtänyt niiden käsit-telyä. (Holmberg 2010, 112)

Korvaushoidon tarpeen arvioi moniammatillinen työryhmä, johon kuuluvat lääkäri, sairaanhoitaja, sosiaalityöntekijä ja tarvittaessa psykologi. Arvioinnin tarkoituksena on varmistaa potilaan opioidiriippuvuusdiagnoosi, selvittää aikaisempi hoitohistoria, diagnosoida potilaan muut päihdeongelmat ja psyykkiset häiriöt. Lisäksi pyritään saamaan käsitys muista mahdollisista hoidon piiriin tulevista ongelma-alueista. (Pirkola ym. 2007, 1974)

Ensimmäinen vastaanottokäynti on kolmen viikon kuluessa lähetteen saapumisesta. Arviointijakson aikana luodaan yksilöllinen hoitosuunnitelma, suositukset korvaushoitoon ja sitä edeltävälle jonotusajalle. Tavoitteena on myös selvittää täyttääkö potilas sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen kriteerit opioidiriippuvaisen hoidosta. Lopuksi muodostetaan kanta hoitopäätökseen. (Pirkola ym. 2007, 1974)

Hoidon kaikissa vaiheissa on tärkeää kiinnittää huomiota potilaan samanaikaisiin häiriöihin sekä niiden vaikutusta hoidon kulkuun ja miettiä onko esimerkiksi psykiatrisiin oireisiin syynä päihteiden käyttö vai päihteestä riippumaton samanaikainen mielenterveyden häiriö. Tutkimuksen aikana tulee muodostua käsitys potilaan koko sairaushistoriasta. (Pirkola ym. 2007, 1975)

Arviointijakson päättyessä tehdään päätös potilaan asettamisesta korvaushoitajajonoon, jossa hän odottaa kotikuntansa järjestämää hoitopaikkaa. Jonotusaikana pyritään aloittamalla muista päihteistä kuin opiaateista vieroittautuminen, kuten bentsodiatsepiineista ja amfetamiinista. Muita tavoitteita voivat olla asumisjärjestelyjen selvittäminen ja psykiatrisen hoidon käynnistäminen. (Pirkola ym. 2007, 1975)

Kun korvaushoitopaikka on järjestynyt, sovitaan päivityskäynti poliklinikalle, jolloin arvioidaan uudelleen muiden päihteiden oheiskäyttöä, tuleva korvaushoitolääke sekä muut hoitotapahtumat. Potilaan kanssa tehdään hoitosopimus, jonka sisältämällä säännöillä luodaan jatkuvuutta ja yhdenmukaisuutta hoitoon. Sopimuksen sisältä käydään läpi potilaan kanssa. (Pirkola ym. 2007, 1976)

Hoidon aloitus tapahtuu yleensä osasto-olosuhteissa, tämä kestää yleensä noin kolme viikkoa. Tämän jälkeen hoito jatkuu varsinaisessa hoitopaikassa. Aloitusvaihe kestää 1-3 kuukautta. Tavoitteena on tukea potilaan osallistumista ja sitoutumista hoitoon. Korvaushoitolääkityksellä kiinnitetään potilas hoitoon, vähennetään opioidihimoa, poistetaan vieroitusoireita, salvataan muiden opioidien vaikutus ja mahdollistetaan kuntoutus. (Pirkola ym. 2007, 1977)

Opiattiiriippuvaisten yhtenä merkittävänä ongelmana pidetään kykyä huoletta oman lääkehoitonsa turvallisuudesta. Tämän vuoksi korvaushoitolääkkeen annostelu tapahtuu valvotusti. (Salaspuro ym. 2003, 478)

Aloitusvaiheen jälkeen tavoitteena on motivoida potilasta hoitamaan itseään sekä ottamaan vastuuta terveydestään ja pyritään vaikuttamaan terveyteen ja elämäntapoihin. Tämä vaihe kestää noin vuoteen aloituksesta. Työskentely perheen ja verkoston kanssa sekä päihteettömyyden tukeminen ja retkahdusten käsittely kuuluvat tähän vaiheeseen. (Pirkola ym. 2007, 1978)

Onnistuneen hoidon tuloksena potilas kokee itsensä hoitamisen tärkeäksi ja hoidon merkitykselliseksi. Päihteiden oheiskäyttö on vähentynyt ja muu suonensisäinen käyttö loppunut. Tässä vaiheessa korvaushoito lääkeannos on vakiintunut. Tämä työskentelyn vaihe kestää 1-3 vuotta, jolloin ylläpidetään hoitomotivaatiota ja suunnataan potilaan kiinnostus hänen miinutensa uusiin puoliin ja riippuvuuden tiedostamiseen. Tässä vaiheessa psykososiaalinen kuntoutus on keskeistä. (Pirkola ym. 2007, 1978)

Päihdeongelman todellinen asiantuntija on siitä akuutisti kärsivä ihminen itse. Hoitajan tehtävänä on avustaa päihderiippuvaista terveen ja eheämman arjen hallinnassa sekä tarjota tietoa erilaisista hoito- ja lääkevaihtoehdoista. Työn painopiste on auttaa elämänhallinnan palauttamisessa, ei niinkään päihteidenkäyttökokemusten jakamisessa. Päihteidenkäytön lopettaminen ja hoitoon hakeutuminen vaatii käyttäjältä nöyrytmistä teke-

miensä valintojen edessä, itselleen valehtelun ja totuuden kaunistelun lopettamista sekä rohkeutta kohdata käyttäytymisensä seuraukset. (Holmberg 2010, 112–113)

Ammattilaisen ensisijainen tehtävä on antaa jokaiselle mahdollisuus toimimiseen tilanteesta tai käytetyistä päihteistä huolimatta. Ammattilaisella on vastuu puuttua tilanteeseen ja tarjota eri vaihtoehtoja. Tämän jälkeen vastuu siirtyy päihteitä käyttävälle ihmiselle itselleen. Hoitajan tehtävänä on kuulla potilasta. Pelkkä kuuntelu ei riitä vaan tulee antautua potilaan kanssa avoimeen dialogiin, jossa hänen puheen merkitys tulee ymmärretyksi. Tämä dialoginen vuorovaikutus mahdollistaa yhteisen tilanteen määrittämisen, tasavertaisen argumentoinnin ja oppimisen. (Holmberg 2010, 113)

3.4 Lääkehoitoa tukevat toimet

Hoidon aikana tulee seurata päihteidenkäyttöä huumesuoloissa. Lisäksi hoitoon tulee yhdistää psykososiaalinen kuntoutusohjelma, jolla tarkoitetaan tukea antavaa hoitoa ja aktiivista toimintaa potilaan irrottamiseksi narkomaaniyhteisöstä. Potilaalla tulee olla riittävän vahva päihteettömyyttä tukeva sosiaalinen ympäristö, joka ehkäisisi retkahdusta. (Salaspuro ym. 2003, 481)

Lyhyet 2-3 viikon vieroitushoidot, joissa käytetään oireenmukaista lääkitystä tai joita annetaan ilman lääkitystä, ovat osoittautuneet tehottomiksi. Korvaushoito on osoitettu huomattavan tehokkaammaksi kuin psykososiaalisella hoidolla tehostettu vieroitushoito. Korvaushoitoa saavilla dynaaminen psykoterapia ja tiedollinen käyttäytymisterapia ovat osoittautuneet paremmiksi kuin keskustelu ja lumehoito. (Salaspuro ym. 2003, 482)

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

4.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävät

Tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa opioidikorvaushoitoon osallistuvien hoitohenkilökunnan jäsenten kokemuksia hoidoista ja esiin nousevia kehittämismahdollisuuksia liittyen hoidon toteutukseen. Haluan tuottaa korvaushoidoista tietoa, jota voidaan käyttää hyödyksi korvaushoito-ohjelmien suunnittelussa ja yksikkökohtaisessa toteutuksessa.

Tutkimuskysymykseni ovat:

- 1) Millaisia kokemuksia opioidikorvaushoito-asiakkaiden hoitojen toteutuksesta henkilökunnalla on?
- 2) Miten hoitohenkilökunta pystyy edesauttamaan kuntoutumista ja miten toimintaa vastaanottotilanteissa voitaisiin kehittää?

4.2 Tutkimusmenetelmä ja aineistonkeruu

Tutkimusmenetelmäksi valitsin kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän, jotta opioidihoitoja toteuttavan henkilökunnan kokemusten kokonaisvaltainen tarkastelu mahdollistuu. Kvalitatiivisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen ja sen moninaisuuden huomioonottaminen. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2009, 161). On mielestäni perusteltua käyttää kvalitatiivista tutkimusmenetelmää käsiteltäessä päihteiden käyttöä elämäntapana sekä opioidiriippuvuutta ilmiönä, joka on moniulotteinen eikä yksiselitteistä kaavaa sen synnylle ole vaan ongelmakäytön takana on monimuotoinen joukko tekijöitä (Holmberg 2010, 41,45). Kvalitatiivisen tutkimuksen pyrkimyksenä onkin kuvata tutkimuksen kohdetta kokonaisvaltaisesti (Hirsjärvi ym. 2009, 161).

Aineiston kerääminen tapahtui teemahaastatteluin. Opinnäytetyötäni varten haastattelin korvaushoitoon osallistuvia työntekijöitä Pohjois-Karjalan keskussairaalan huume- ja lääkeriippuvuuspoliklinikalta. Poliklinikalla hoidetaan sekä buprenorfiini- että metadonikorvaushoidossa olevia asiakkaita. Perustelut haastattelujen käyttämiseen aineiston keräämiseen ovat aiheen sanelemia. Jotta merkityksellistä tietoa saadaan, koin haastattelun erityisen hyvänä keinona asioiden syvempään tarkasteluun. Holmbergin (2010, 113) mukaan opioidihoidoissa korostuu potilaan ja hoitajan välinen dialoginen vuorovaikutus. Näin ollen koin haastattelun aineistonkeruun menetelmänä soveltuvan hyvin hoitajan ja hoitajan potilailta saadun kokemuksen tarkasteluun. Teemahaastattelussa oleellisinta on haastattelun eteneminen keskeisten teemojen varassa, yksityiskohtaisten kysymysten sijaan, tuoden näin tutkittavien äänen kuuluviin sekä osittain vapauttaen haastattelun tutkijan näkökulmasta (Hirsjärvi & Hurme 2000, 48).

Teemahaastatteluiden kysymysten teema-alueita olivat opioidikorvaushoitoasiakkaan lähtökohdat, tarpeet ja vaatimukset; korvaushoidon toteutus ja vaatimukset, hoitajan keinot ja mahdollisuudet auttaa asiakasta sekä opioidikorvaushoitosten kehittämismahdollisuudet. Ennen haastattelujen toteuttamista kävin edellä mainituista teema-alueista keskustelua hoitohenkilökunnan kanssa mutta varsinaista haastattelun esitestausta en toteuttanut. Haastattelujen lopussa haastateltaville annettiin mahdollisuus keskustella asioista, joita teemahaastattelun rungon puitteissa ei välttämättä ollut käsitelty.

Teemahaastatteluja toteutin kolme kappaletta 27.9.–4.10. välisenä aikana. Haastattelut kestivät 55–75 minuuttia. Haastattelut toteutettiin haastateltavien työyksikössä. Haastattelujen aikana paikalla olivat ainoastaan haastattelija sekä haastateltava. Haastattelut sovittiin puhelimitse noin viikkoa ennen haastatteluajankohtaa. Yhtään kieltäytymistä haastattelusta ei tullut. Jokaiselta haastateltavalta saatiin henkilökohtaisesti lupa haastattelujen nauhoittamiseen. Jokaisessa tutkimukseen osallistuneen haastattelussa käytiin läpi kaikki teemahaastattelurunгон (liite 1) määrittämät teema-alueet. Haastattelut nauhoitettiin digitaalista sanelukonetta hyväksikäyttä-

en ja nauhoitettu aineisto litteroitiin sanatarkasti. Litteroitua aineistoa kertyi 30 sivua.

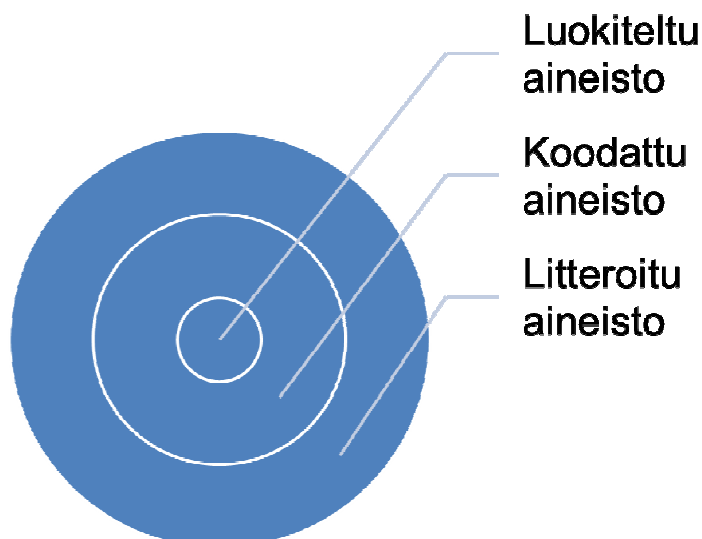
4.3 Aineiston analyysi

Litteroidun aineiston analyysiä ohjaa asetettu tutkimusongelma (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Litteroidun aineiston analyysin aloitin aineiston koodauksella aluksi alleviivaten tutkimuskysymyksille merkityksellisiä tekstin osia sekä myöhemmin tekstinkäsittelyohjelmaa hyväksikäyttäen koodaten litteroitua tekstiä. Koodausyksikkönä toimi yksittäinen lause. Koodauksen tarkoituksena on pyrkiä selkiinnyttämään aineiston sisältöä merkitsemällä tutkimustehtäville merkityksellisiä asioita (Saaranen-Kauppinen ym. 2006).

Tämän jälkeen etenin koodauksesta koodatun aineiston luokitteluun. Tutkimuskysymysten pohjalta rakennettuun teemahaastattelurunkoon nojaten löysin mielekkäitä alaluokkia, joiden alle koodatussa aineistossa esiintyvät samankaltaisuudet pystyi luokittelemaan. Luokat nimesin niitä hyvin kuvaavilla käsitteillä. Näistä alaluokista pyrin edelleen löytämään yhteneväisyyksiä. Näiden yhteneväisyyksien pohjalta pystyin edelleen luomaan samantyyppisille alaluokille yläluokat.

Aineiston luokittelulla luodaan pohja, jonka avulla haastatteluaineisto voidaan tiivistää ja tulkita sekä jäsentää tutkittavaa ilmiötä. Luokittelulla tutkittavaa ilmiötä jäsennellään vertailemalla aineiston eri osia toisiinsa. (Hirsjärvi ym. 2000, 147).

Aineiston käsittely tapahtui siis induktiivisesti eli tutkimuksen pääpaino on aineistossa. Tällöin aineiston käsittelyssä edetään yksittäisistä havainnoista yleisimpiin väitteisiin (kuvio 1). (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006) Induktiivisessa päättelyssä keskeisintä on siis aineistolähtöisyys (Hirsjärvi ym. 2000, 136).



Kuvio 1. Aineiston analyysiprosessi.

Kun aineisto oli koodattu, koodauksen perusteella luotu alaluokat, joista edelleen luotu yläluokat, oli mielekästä jäsenellä tutkimuskysymysten alle niihin vastaavat yläluokat (liite 2). Näiden pohjalta muodostuivat tutkimustulokset.

4.4 Aineiston ja tutkimuksen luotettavuus sekä eettisyys

Hirsjärvi ym. (2000, 184) toteavat hyvän haastattelurungon edesauttavan laadukkuuden tavoittelussa. Haastatteluaineiston luotettavuus taas riippuu sen laadusta (Hirsjärvi ym. 2000, 185). Pyrin näin ollen omalla panoksellani luomaan mahdollisimman laadukkaan haastattelurungon, jotta saisin mahdollisimman paljon tutkimuskysymyksilleni relevanttia tietoa.

Haastattelujen kokonaisuudessaan, mielekkäällä tavalla mahdollisimman sanatarkka litterointi lisäsi aineiston laatua. Litterointi myös tapahtui päivien sisällä litteroitavan haastattelun toteutuksesta. Tämä parantaa haastattelun laatua (Hirsjärvi ym. 2000, 185). Litterointi tapahtui samalla tarkkuudella ja samoja sääntöjä noudattaen jokaisen haastattelun kohdalla alusta loppuun. Tutkimuksen luotettavuutta pyrin lisäämään kuvailemalla aineiston analyysiprosessia mahdollisimman läpinäkyvästi opinnäytetyöni aineis-

ton analyysiosiossa sekä löytämään pätevät perustelut toiminnalleni tutkimuksen toteutuksessa.

Haastateltavista jokaisella oli monen vuoden työkokemus hoitosuhteista päihdeasiakkaisiin ja myös korvaushoitoasiakkaisiin. Haastatteluihin osallistuminen oli vapaaehtoista. Haastatteluaineiston käsittely tapahtui luottamuksellisesti ja haastateltaville taattiin anonymiteetti ja se, että haastatteluaineiston perusteella haastateltavia ei voitaisi tunnistaa. Koen myös, että henkilökohtainen luottamus haasteltavien ja haastattelijan välillä oli hyvä aikaisempien kokemusten perusteella, näin parantaen haastatteluiden avoimuutta ja näin aineiston luotettavuutta. Lisäksi luottamus ja vaihtolovelvollisuus tukevat tutkimuksen eettisyyttä.

Toisaalta minun piti olla tietoinen omien aikaisempien kokemusten ja tuttavuussuhteiden haastateltaviin vaikutuksesta haastattelurungon kehittämiseen ja haastattelujen etenemiseen, jotta en omilla ennakkokäsityksilläni ohjaisi vastauksia haluamaani suuntaan. Tässä koen onnistuneeni tyydyttävästi.

Tutkimuksen eettisyydestä huolehdin litteroidun aineiston asianmukaisella hävittämällä aineiston analyysin jälkeen. Haastattelumateriaaliin en edes litterointivaiheessa merkinnyt haastateltavien nimiä tai haastatteluissa esiin nousseita henkilötietoja vaan lisäsin korvaavat merkinnät esimerkiksi nimien tilalle. Haastatteluihin osallistuminen oli vapaaehtoista ja jokaiselta haastateltavalta kysyttiin lupa haastattelujen nauhoittamiseen.

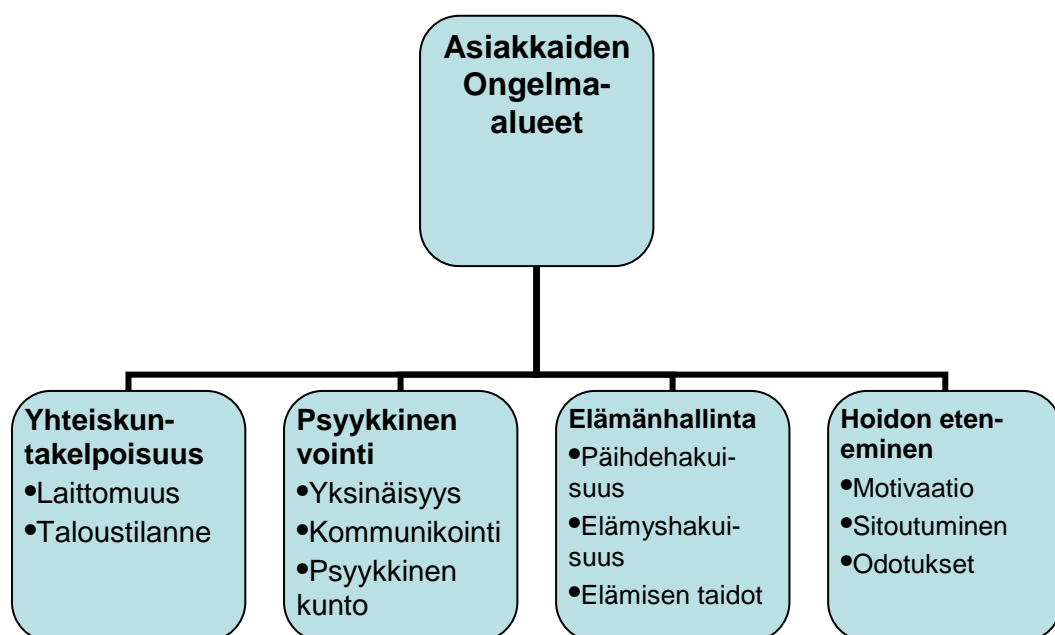
Tutkimusta varten anoin asianmukaisen tutkimusluvan (liite 3), joka minulle myös myönnettiin. Sain myös luvan henkilökunnalta sekä yksikön esimieheltä tutkimuksen toteuttamiseen ja informoin heitä asianmukaisesti tutkimuksen tarkoituksesta sekä toteutuksesta. Hyvän tutkimuskäytännön edellytys onkin, että tutkittavilta saadaan tutkimukseen osallistumisestaan asiaan perehtyneesti annettu suostumus (Saaranen-Kauppinen ym. 2006)

5 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tutkimuksen tulokset vastaavat opinnäytetyössä esitettyihin tutkimuskysymyksiin. Henkilökunnan kokemukset opioidikorvaushoitoasiakkaiden hoitojen onnistumisesta jakaantuvat kahteen käsiteltävään osioon: **korvaushoidossa huomioitaviin asiakkaiden ongelmiin** (liite 4) sekä näihin ongelmiin **korvaushoidolla saatuihin hyötyihin** (liite 5). Toinen tutkimuskysymys käsittelee **henkilökunnan mahdollisuuksia edesauttaa kuntoutumista** (liite 6) ja **korvaushoitojen kehittämismahdollisuuksia** (liite 7). Näitä koskevat tutkimustulokset esitetään vastaavissa osioissa.

5.1 Korvaushoitoasiakkaiden ongelma-alueet

Ongelma-alueet jakaantuivat kahteentoista eri luokkaan (kuvio 2). Nämä alaluokat jakaantuivat edelleen neljään yläluokkaan: **yhteiskuntakelpoisuus**, **psykkinen vointi**, **elämänhallinta** sekä **hoidon etenemiseen** liittyvät ongelmat (liite 4).



Kuvio 2. Asiakkaiden ongelma-alueet.

Korvaushoidossa olevilla opiaattiriippuvaisilla havaittiin usein olevan kytköksiä *rikollisuuteen* ja syyllistyvän itsekkin rikollisuuteen. Omaisuusrikokset koettiin olevan tyypillisiä korvaushoitolaisille. Lisäksi väkivaltarikoksia esiintyy. Eräs hoidossa huomioitava tarve onkin rikosasioiden setviminen. Lisäksi *taloustilanne* ja taloudenhallintataidot havaittiin olevan heikkoja. Usein asiakkaalla velkoja on paljon eikä tilannetta helpota virallisten asioiden hoitamista kohtaan koettu vastenmielisyys.

Elämähallinta on asiakkailla usein heikkoa. Tavallisen arjen sietäminen ylä- ja alamäkineen osoittautuu usein haasteelliseksi. Arkipäivästä selviäminen ja asuminen ovat hankalaa. Heidän elämänsä koettiin olevan sekaisin, tasapaino häilyvä ja päihderiippuvuuden sotkevan kyvyn ja jopa kiinnostuksen elää tavallista elämää.

”Ne ei tiedä mitä on tavallinen elämä ku sitä ei välttämättä oo silloin lapsuusperheessäkään koettu[...].”

Elämähallinnan taidoissa puutteita esiintyy erityisesti asiakkaalla, jonka perhetausta ja kasvuympäristö sekä -vuodet ovat olleet päihteiden sävyttämää. Myös *päihdehakuisuus* nousee ongelmaksi jo pelkästään hoitoon pääsemisessä:

”Kyllä se jonkinlaista kuntoakin vaatii, et ei nyt suoraan kentältä voi tuolla...[---]... vaatii myös sen katkasun. ja jonkinlaisen peruskunnon, että voidaan lähteä tätä toteuttamaan.”

Elämyshakuisuus tuo oman haasteensa niin sanottuun normaaliin elämään kiinnittymisessä. Päihteillä haettiin elämyksiä ja niiden puuttuessa elämä koettiin tylsänä. Päihteidenkäytöllä usein myös itselääkittiin ahdistusta. Ylipäättään elämän pyöriessä päihteiden ympärillä tämän tutun itsehoitokeinon viettäessä pois, nousee esiin suuri määrä ongelmia, joiden selvittäminen samanaikaisesti koettiin suurena haasteena asiakkaalle hoitohenkilökunnan näkökulmasta.

Psyykkisen vointiin liittyvät ongelmat jakaantuvat niin ikään omaksi alueekseen. *Yksinäisyyden* ongelma nousee esiin tilanteissa, joissa sosiaalinen piiri koostuu lähinnä muista päihdeiden väärinkäyttäjistä. Uusien kontaktien luominen saattaa olla haasteellista huonolla itsetunnolla ja epävarmuudella varustetulle päihdeasiakkaalle. *Itsensä ilmaiseminen vaikeus* on tyypillistä ja asiakkaalla on usein epävarmuutta siitä ymmärtääkö muut häntä ja hänen tarkoituksensa. Asiat on totuttu hoitamaan hyvin aggressiivisen kannan kautta.

Toisaalta korvaushoitoasiakkaiden koettiin hahmottavan hyvin konkreettista kun kyse vuorovaikutuksesta ja esimerkiksi asetetuista tavoitteista. Erään näkemyksen mukaan asiakkaiden toiminta ja ajatusmaailma on hyvinkin pinnallista, jolloin konkreettisten tavoitteiden kautta vaikuttaminen on varsinkin alkuvaiheessa hyvä keino pyrkiä vaikuttamaan asiakkaan kuntoutukseen.

Odotukset hoidosta, sitoutuminen ja motivaatio hoito kohtaan luovat hoidon etenemiselle usein esteitä. Korvaushoito koettelee asiakkaan motivaatio hyvin monessa vaiheessa ja koettiin haasteellisena ylläpitää motivaatiota asiakkaalla hoidon aikana. Motivaation taso eri asiakkaille voi olla hyvinkin erilainen. Asiakkailta, jotka ovat päässeet hoidossaan eteenpäin, on todettu olleen todellinen pyrkimys, jos ei suoranaisesti päihdeettömyyteen, niin ainakin saamaan elämänsä tasapainoon.

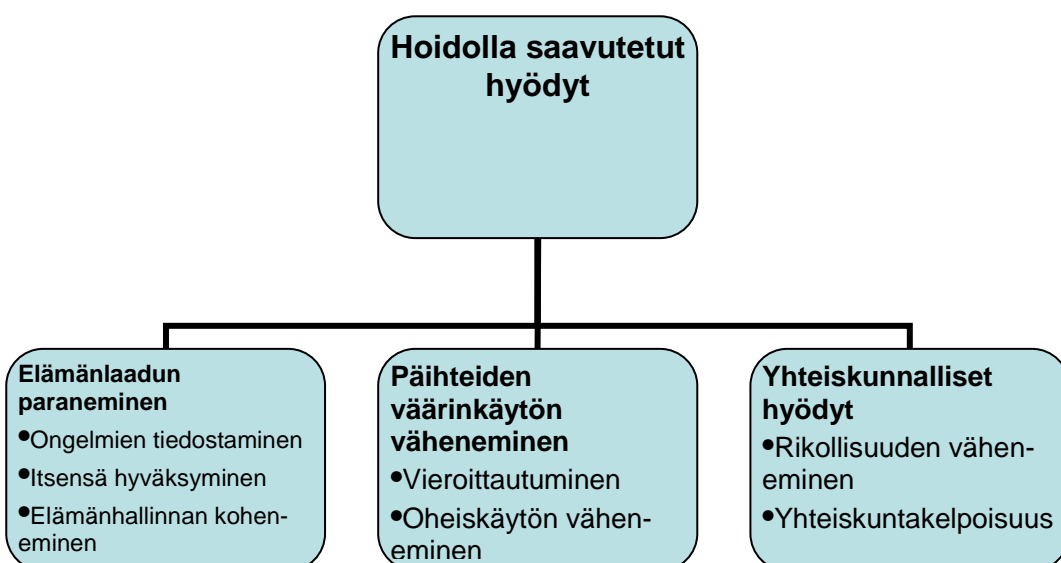
Hoitoihin sitoutumisen taso koettiin hyväksi. Keskeyttäneiden määrä on yllättävän vähäinen hoitajien odotuksiin nähden, vaikkakin hoito vaatii asiakkaalta vahvaa sitoutumista. Hoidot otetaan tosissaan ja asiakkaat usein arvostavat hoidossa oloaan. Yksi syy hyvään sitoutumiseen on säännöllisen lääkkeensaannin luoma turva.

"[---]tänne tullaan sillä ajatuksella et kun hoito alkaa niin huomenna elämä on kaikki kunnossa"

Haasteltavat korostivat myös asiakkaan omaa vastuuta asiassa; sitoutumisen taso on loppujen lopuksi kiinni asiakkaasta itsestään. Lisäksi hoidon edetessä asiakkaiden käsitykset sekä odotukset hoidoista muuttuvat. Monella odotukset ovat suuret hoitoon tullessa. Korvaushoitojen odotetaan ratkaisevan ongelmat hyvinkin nopeasti kun hoitoon pääsee. Tulevaisuuden hahmottaminen saattaa olla puutteellista ja alun valmiudet panostaa hoitoihin heikohkot. Toisaalta osalla havaittiin olevan hoidon alusta alkaen realistisempi kuva hoitojen vaativuudesta sekä selkeämpi visio tulevaisuudesta. Heidän kohdallaan hoitojen eteneminen on suoraviivaisempaa. Ylipäätään hoitajien näkökulmasta korvaushoito koettiin asiakkaalle hyvin vaativana.

5.2 Korvaushoidolla saavutetut hyödyt

Korvaushoitojen myötä asiakkaiden **elämänlaatu paranee** ja **päihteiden väärinkäyttö vähenee**. Lisäksi nousi esiin **yhteiskunnallisia hyötyjä**, jotka saavutettiin asiakkaan onnistuneella sitoutumisella korvaushoitoon (kuvio 3). Haastattelujen pohjalta rakentui hyödyille seitsemän alaluokkaa, jotka pystyin edelleen kategorisoimaan yllä mainittuihin kolmeen yläluokkaan (liite 5).



Kuvio 3. Hoidolla saavutetut hyödyt.

Asiakkaiden *elämänhallinnan taidot* kohenevat. Korvaushoitoon sitoutumalla asiakkaalle annetaan mahdollisuus toisenlaiseen elämään. Hoitojen myötä opetellaan elämänhallinnallisia taitoja ja sietämään omaa arkeaan. Säännöllinen korvaushoitolääkkeen saanti tuo myös turvaa.

"[---]ei tarvii aamulla miettiä huonokuntosena, mistä mie saan nyt ja minkä verran mie saan ainetta kun vaan huolehti sen, että on sen kuntonen ja on ajallaan paikalla, niin sen lääkkeen saa."

Hoitojen myötä asiakkaiden kykenevät *hyväksymään itsensä* ja ongelmansa paremmin. Toivo paremmasta elämästä ja halu muutokseen saattaa kasvaa hoidon edetessä. Korvaushoidon myötä tapahtunut irtaantuminen aikaisemmasta päihteiden väärinkäytön sävyttämästä elämästä antaa asiakkaille tilaisuuden *reflektoida aikaisempaa elämäntyyliään*.

"[---]moni on sanonu, että ilman tätä korvaushoitolääkettä tuolla katuojassa ois."

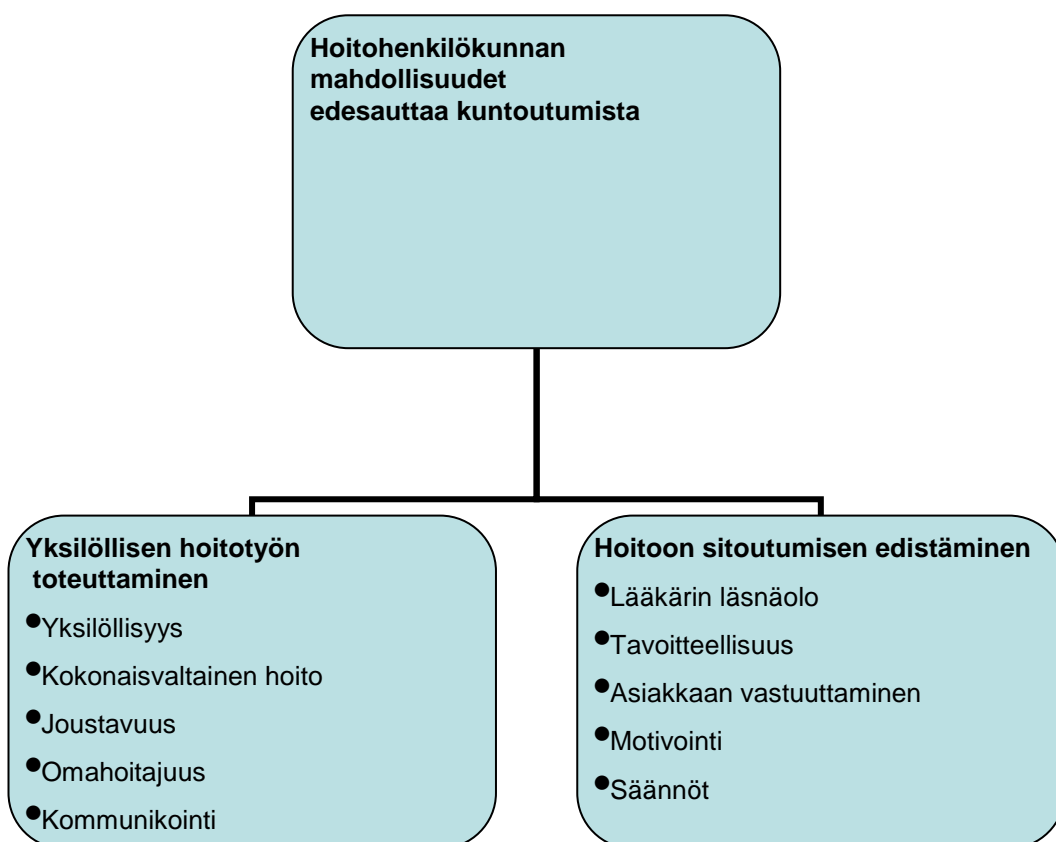
Yksi korvaushoitojen alkuperäisistä tavoitteista oli asiakkaiden vieroittautuminen lopulta myös korvaushoitolääkkeestä. Haastateltavat näkivät tämän tavoitteen epärealistisena. Tiedossa oli vain yksittäisiä tapauksia asiakkaista, jotka olisivat lopulta vieroittautuneet kokonaan opioideista. Asiakkailla itsellään tämän kaltaisia tavoitteita havaittiin olevan. Siltikin kokonaisuudessaan *päihteidenkäyttö saattaa vähetä*. Hoitojen aikana muun muassa pyritään bentsodiatsepiini-lääkityksen vähentämiseen. Lisäksi asiakkaat ovat velvollisia antamaan huumeuseulan käyntinsä yhteydessä hoitajan sitä halutessa.

"Nää ihmiset tulee yhteiskunnalle hirveen halvaksi kun ajattelee kun aikaisemmin kun eivät olleet hoidossa niin rikoksilla rahottivat huumeiden käytön, sairastivat kaikennäköstä ohessa, kuormittivat terveydenhuoltoo sitä kautta ihan älyttömästi...[---]"

Henkilökunnan näkemyksen mukaan *rikollinen toiminta vähenee* korvaushoidon myötä. Toisaalta täysin tätä ongelmaa ei saada ratkaistua vain sitouttamalla korvaushoitoon. Hoitojen avulla osa potilaista alkaa *integroitua takaisin yhteiskuntaan* aloittamalla opintoja ja on jopa olemassa tapauksia, joissa asiakas on kykenevä siirtymään palkkatöihin. Mahdollisuus kiinnittyä niin sanottuun tavalliseen elämään helpottuu. Aikaisempi katuelämä on mahdollisesti voitu saada päättymään ja kyky hoitaa vastuitaan kasvaa.

5.3 Henkilökunnan mahdollisuudet edesauttaa kuntoutumista

Yksilöllisen hoitotyön toteuttaminen ja hoitoon sitoutumisen edistäminen muodostivat kaksi kategoriaa, joiden alle jakaantui yhteensä yksitoista alaluokkaa (kuvio 4). Nämä alaluokat rakentuivat aineiston pohjalta löydettyihin yhteneväisyyksiin mahdollisista vaikuttimista asiakkaiden kuntoutukseen (liite 6).



Kuvio 4. Hoitohenkilökunnan mahdollisuudet edesauttaa kuntoutumista.

Asiakkaan *yksilöllisyys* tulee ottaa huomioon. Asiakkaat tulisi hyväksyä sellaisena kuin he ovat ja pyrkiä tätä kautta rakentamaan luottamusta heitä kohtaan. Hoidon *kokonaisvaltaisuudesta* tulee pitää huolta eivätkä käynnit saisi jäädä pelkästään lääkkeen ottoon. Tässä hoitajan omalla asenteella koettiin olevan suuri merkitys. Käyntien tulisi suuntautua pääsääntöisesti samalla hoitajalle, jotta toimivan hoitosuhteen luominen ja luottamuksen rakentuminen mahdollistuu.

Hoitajalta vaaditaan kärsivällisyyttä ja *joustavuutta* hoitojen toteuttamisessa. Hoitojen etenemistä ei nähty suoraviivaisena vaan takapakkivaiheita oli hoidoissa säännöllisesti, mikä koettiin työssä jaksamiselle jonkin verran ongelmallisena. Toisaalta hyvin edennyt hoitosuhde toimi voimavarana.

"[---]mitä pitemmälle pääsee sen potilaan kanssa näihin, niiku siihen keskusteluun [---] niin sitä hedelmällisempää tää työ on."

Vuorovaikutus ja hyvä *kommunikointi* asiakkaan kanssa ovat edellytyksiä toimivalle kuntoutukselle ja kokonaisvaltaiselle hoidolle. Asiakkaiden kommunikointihalukkuuden välillä esiintyy yksilöllisiä eroja. Toimivan, vuorovaikutuksellisen kommunikoinnin ja asioiden käsittelyn avulla pyritään tukemaan asiakkaan kuntoutuspäätöstä. *Oikeudenmukaisella* kohtelulla ja avoimuudella tavoitellaan luottamuksellista hoitosuhdetta.

Hoitoon sitoutuminen nousi eräänä edellytyksenä korvaushoidon onnistumiselle. Näin ollen sitoutumista edistävä toiminta hoitajan taholta on tärkeää. Asiakkaat ovat tyytyväisiä siitä, että työyksikössä on läsnä lääkäri. Vaikka yksikön lääkäri ei pääsääntöisesti osallistu vastaanottotyöhön, luo hänen läsnäolonsa asiakkaille turvaa ja varmuutta heitä koskevien asioiden etenemiseen. Hoitohenkilökunnan näkökulmasta *lääkärin läsnäolo* on myös merkittävä tekijä hoitojen järjestymiselle.

Yhtenä merkittävänä auttamismenetelmänä mainittiin asiakkaan *motivointi*. Asiakkaita tarvittaessa muistutetaan sovituista tapaamisista ja veloit-

teista. Tietynlainen eteenpäin auttaminen ja kannustaminen saattaa auttaa asiakasta ryhdistäytymään.

”Toivo on hyvää, sitä täytyy ylläpitää”

Yksikössä on määritelty säännöt, joiden puitteissa korvaushoitotoimintaa pyöritetään. Asiakas itse on vastuussa noudattaako hän sovittuja sääntöjä. Asiakkaita kannustetaan pitämään sovituista asioista mahdollisimman itsenäisesti huolta. *Vastuullisuutta* omista asioistaan pyritään korostamaan. *”[---] pallo heille, me ollaan vaan apuväline jotka toteutamme sitä[---]”*

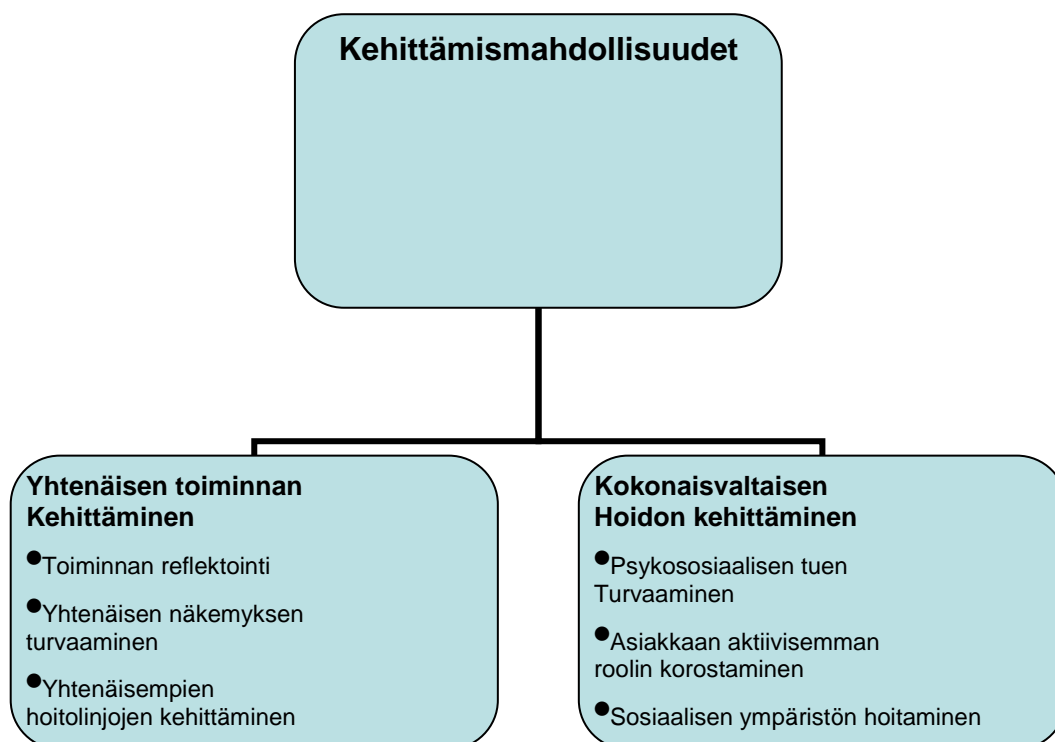
Hyvin rakennetut säännöt tukevat asiakkaan sitoutumista hoitoon. Hoitojen koettiin olevan *oikeudenmukaisia* sääntöjen ollessa kaikille samat. Asiakkaan kanssa rajoista keskusteleminen on tärkeää. Jokainen asiakas hoitoa aloittaessaan sitoutuukin noudattamaan ennalta asetettuja sääntöjä.

Myös hyvin asetetut tavoitteet auttavat kuntoutumisprosessissa. Tavoitteiden tulee olla konkreettisia, pieniä, lyhyen aikavälin tavoitteita. Jokaisen asiakkaan kohdalla hoidon tulee olla *tavoitteellista*. On myös tärkeää pohdita, mikä tavoite kunkin asiakkaan kohdalla olisi riittävä.

”osaan paremmin miettii et mikä on riittävän hyvä [---] että elämä ei oo kelvään täydellistä mut se, että mikä on riittävän hyvä.”

5.4 Korvaushoitojen kehittämismahdollisuudet

Aineistosta nousi esille kehittämiskohteita viiteen eri alaluokkaan jaettuna (kuvio 5). Nämä alaluokat jakaantuivat **yhtenäisen toiminnan** sekä **konaisvaltaisen hoidon kehittämiseen** (liite 7). Haastatteluista kävi ilmi, että hoitohenkilökunta koki heillä olevan vaikutusmahdollisuuksia hoitoihin ja niiden kehittämiseen ja että ideoita otetaan vastaan.



Kuvio 5. Kehittämismahdollisuudet.

Yhtenä tulevaisuuden haasteena nousi esiin toiminnan kehittäminen eteenpäin, *käytäntöjen reflektointi* ja toimimattomien käytäntöjen tunnistaminen, jotta kehitystä tapahtuu. Myös yhtenäistä toimintaa tulisi aktiivisesti kehittää. Tähän sisältyy *yhtenäisempien hoitolinjojen etsiminen*. Toivomuksena olisikin yhtenäisemmät maata kattavat linjaukset korvaushoidon toteuttamisessa niin, että asiakkaat hoito olisi oikeudenmukaisempaa ja laadukkaampaa.

”Toivois ehkä, et tulis vähän suuremmat linjat koko maata kattavasti... Että nyt se tuntuu, et on aika villi laki.”

Yhtenäisempi näkemys asiakkaasta ohjaisi hoitohenkilökuntaa toiminnassaan. Tämä saavutettaisiin kehittämällä hoitosuunnitelmapalaveritoimintaa ja aktiivisemmalla tietojen jakamisella työntekijöiden välillä. Toisaalta haastateltavat toivat esiin tyytyväisyytensä tiedon kulkuun pienen työyhteisön mahdollistaessa melko esteettömän ajatusten jakamisen. Hoidon onnistumisen kannalta olisi tärkeää kasvattaa tulevaisuudessa keskinäistä raportointia asiakkaiden tilanteen edistymisestä ja ajatusten avoimempaa

julki tuomista. Jokaiselle muodostuu oma käsityksensä asiakkaasta omasta näkökulmastaan. Tämän tiedon jakaminen auttaisi hahmottamaan asiakkaan tilanteen kokonaisvaltaisemmin. Varsinkin alkuvaiheessa asiakkaan tilanteen läpikäyminen tiimipalavereissa tiheämmin koettiin tärkeänä kehittämiskohteena

Kokonaisvaltaisen hoidon kehittämiseksi tulisi asiakkaalle tarjota *aktiivisempaa roolia* ja auttaa häntä hahmottamaan hänen omaa osuuttaan hoidossa. Tähän apukeinona tarjottiin jälleen yhteisiä palavereita hoitohenkilökunnan ja asiakkaan välillä. Toisaalta tulisi jatkossakin turvata hoitajan ja asiakkaan välisen hoitosuhteen riittävä autonomia.

Asiakkaan *psykososiaalisen tuen järjestämisessä* on suuria puutteita. Haastateltavien kokemusten pohjalta voidaan todeta yksiköstä jatkohoitoon siirtyneen asiakkaan hoidon painottuvan liiaksi pelkästään lääkehoitoon. Psykososiaalinen tuki saattaa olla lähes olematonta tai sitä ei tarjota lainkaan. Tärkeää olisikin saada riittävät resurssit myös jatkohoitopaikkaan, jotta asiakkaan ongelmakohtiin pystyttäisiin kokonaisvaltaisemmin tarjoamaan apukeinoja.

Asiakkaan *sosiaalisen ympäristö* tulisi ottaa huomioon. Tämä vaatisi enemmän resursseja korvaushoitotyöhön. Asiakkaan lähipiiri saattaa voida itsekkin pahoin. Hoidon kannalta lähipiirin mukaan ottaminen hoitoon voisi tarjota laajempaa mahdollisuutta vaikuttaa kuntoutumiseen. Mahdollisuuksien mukaan verkostoituminen lähiomaisten kanssa saattaisi olla palkitsevaa.

POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa kokemuksia korvaushoitojen toteutuksesta sekä hoitojen kehittämismahdollisuuksista niitä toteuttavalta henkilökunnalta. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa korvaushoidoista tietoa, jota voitaisiin käyttää hyödyksi korvaushoito-ohjelmien suunnittelussa sekä yksikkökohtaisessa toiminnassa ja sen kehittämisessä. Hoitohenkilökunnan näkemys pyrittiin tuomaan kokonaisvaltaisesti esiin toteuttamalla tutkimusaineiston keruu teemahaastatteluin. Aineiston analysointi induktiivisen sisällönanalyysimetodin avulla loi tutkimukselle uskottavuutta ja lisäsi tutkimuksen tulosten luotettavuutta.

Tutkimuksessa kartoitettiin korvaushoitoasiakkaan moniongelmaisuuuden eri ulottuvuuksia ja tuloksissa esitettiin esille nousseita ongelmakohtia, joihin hoitohenkilökunta törmäsi hoidon toteutuksen eri vaiheissa ja jotka vaikuttivat tavoitteiden suunnittelussa ja saavuttamisessa. Korvaushoidot nähtiin hyvin yleisluontoisesti elämän laatua parantavina ja asiakkaan kokonaisvaltainen hoito korostui tutkimuksen tuloksista. Henkilökunnan näkökanta hoitojen toteuttamisesta oli hyvin yhtenäinen tässä asiassa. Liian usein korvaushoito koetaan hoitoja vähemmän tuntevien näkökannalta turhaksi ja jopa verovarojen tuhlaukseksi. Asenteellisia näkökulmia korvaushoitoja kohtaan esiintyy joskus niin terveydenhuollon ammattilaisten kuin myös toipuvien narkomaanien kohdalla, heillä jotka päihteistä ovat päässeet eroon ilman pitkäaikaisia lääkkeellisiä tukitoimia. Tämä asettelu tekee korvaushoitojen oikeudenmukaisesta ja yksilön kokonaisvaltaisesta kohtaamisesta entistä tärkeämpää. Korvaushoitoihin osallistuvilla asiakkailla hoidot saattoivat olla mahdollisuus tulla kohdatuksi ilman narkomaani-statusen aiheuttamaa häpeää ja monesti epäoikeudenmukaista kohtelua.

Korvaushoitojen alkuperäinen tavoite korvaushoitolääkkeestä vieroittautumisesta on osoittautunut aivan liian optimiseksi. Tämä ei kuitenkaan tarkoita hoitojen olevan tehotonta. Opinnäytetyössä esiin nostetut hyödyt se-

kä hoitoon osallistuvalla yksilöllä, että yhteiskunnalle osoittavat hyvin hoitojen olevan tarkoituksenmukaisia. Jos vaihtoehtona korvaushoitoon kiinnittymiselle on rikollisen elämäntavan jatkuminen lieveilmiöineen, eikä realistista opioideista vieroittautumisen mahdollisuutta ole nähtävissä, on loogista todeta hoidoista olevan hyötyä koko yhteiskunnalle. Myös tutkittavien näkökulma hoidoista on muokkautunut vuosien kokemuksen aikana tämän mukaiseksi.

Asiakkaiden moniongelmaisuus luo painetta hoitojen eteenpäin kehittämiseksi. Tulevaisuudessa voisikin olla mielekästä lisätä verkostoitumista lähipiiriin, jotta päihteiden käytön syihin pystyttäisiin entistä tehokkaammin puuttumaan ja mahdollisesti pahoinvoiva ympäristö saisi tukea. Tähän on osittain pyrittykin mutta esteeksi nousee resurssien vähäisyys muun muassa henkilöstön suhteen. Lisäksi hoidon jatkuvuuden parempi turvaaminen olisi tärkeää. Liian usein korvaushoito tyypistyy pelkästään lääkkeillä käyntiin kun asiakas etenee erikoissairaanhoidosta jatkohoitopaikkaan. Tarpeellisten resurssien ja voimavarojen kasvattaminen korvaushoitoasiakkaan psykososiaalisen kuntoutumisen tukemiseen olisi ensisijaista jatkohoitopaikoissa.

Tutkimuksen tulokset pohjautuvat tekemiini teemahaastatteluihin. Saatu tutkimustieto oli kattava siinä mielessä, että aineistosta löytyi tutkimuskysymyksille merkityksellistä tietoa validien tutkimustulosten esittämiseksi. Toisaalta laajempi katsaus esimerkiksi toisen työyhteisön toimintatapoihin ja ajatuksiin olisi tuonut tutkimukselle laajempaa näkökantaa ja tutkimuksesta johdetut tulokset olisivat voineet olla hedelmällisemmät. Tutkimusta tehdessäni haastattelujen tarkka analyysiprosessi osoittautui tärkeäksi.

Eettisyyden kannalta anonymiteetin turvaaminen haastateltaville on tärkeää. Tämä asia oli erityisen ongelmallinen, koska otanta oli pieni ja keskittyi yhteen pieneen työyhteisöön. Tuloksia auki kirjoittaessani minun piti tasapainotella tekstini kanssa niin, että tutkimustuloksistani ei ilmenisi tunnistamisen mahdollistavia tietoja. Huolellinen koodaus ja koodattujen lauseiden luokittelu yleispätevämpiin väittämiin auttoi tässä tehtävässä. Kun ky-

seessä on pieni työyhteisö, on silti jokseenkin väistämätöntä haastateltujen yhdistävän joitakin lainauksia toisiinsa.

Opinnäytetyöprosessini oli melko katkonainen. Pääosin työni toteutin syys- ja marraskuun 2011 välisenä aikana. Tässä ajassa viimeistelin suunnitelmani ja opinnäytetyöni toteutuksen ja tulokset. Tämän opinnäytetyön aloitus tapahtui kuitenkin jo vuoden 2010 syyskuussa. Prosessin helpottamiseksi olisi ollut kaikin puolin järkevämpää noudattaa säännöllisempää aikataulutusta. En voi kuitenkaan olla kuin tyytyväinen tämän projektin saavutettuaan, joskus jopa epätoivoisen kaukaiselta tuntuneen, päätöksensä. Toivon tutkimuksen myös lisäävän ennakkoluulottomuutta korvaushoitoja kohtaan sekä herättävän ajatuksia päihdepalveluiden nykytilasta ja niiden mielekkyydestä.

Korvaushoitojen historia Suomessa on vielä varsin lyhyt. Tulevaisuudessa aihe on varmasti entistäkin ajankohtaisempi ja uusille tutkimuksille uskoi- sin olevan tilausta. Korvaushoitoasiakkaiden hoitolinjauksissa eri yksikköjen välillä voi esiintyä huomattaviakin eroja ja eräänä tärkeänä kehitys- ja tutkimuskohteena näen sen, miten hoitojen laatu ja oikeudenmukaisuus mahdollistettaisiin tänään ja tulevaisuudessa vielä paremmin.

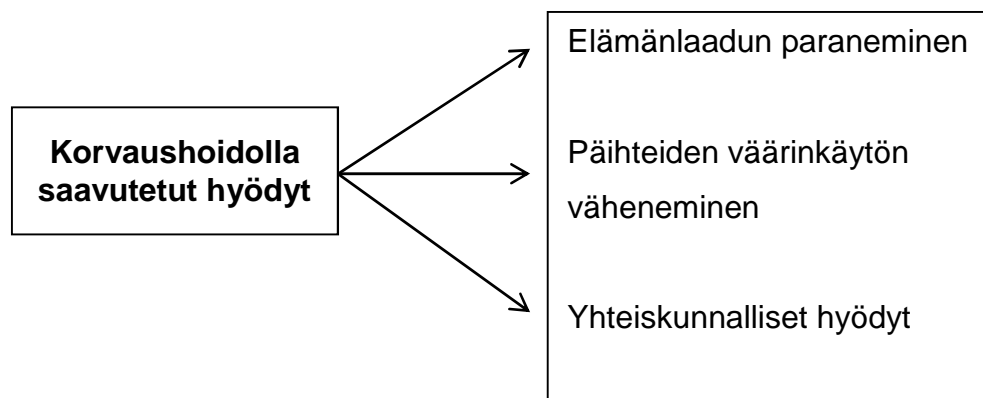
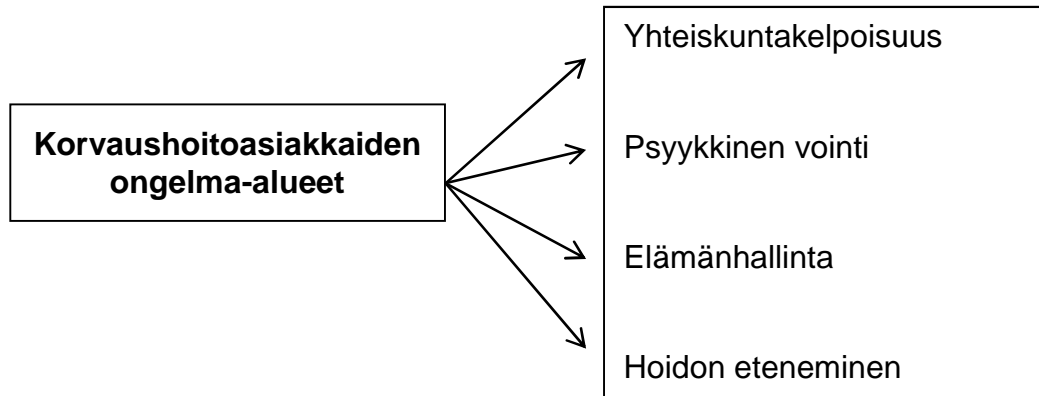
LÄHTEET

- Hakkarainen P. 2011. Huumeidenkäyttö Suomessa. A-klinikkasäätiö.
<http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/112-huumeiden-kaytto-suomessa>.
- Hirsjärvi S. & Hurme H. 2000. Tutkimushaastattelu – Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino. Helsinki.
- Hirsjärvi S., Remes P. & Sajavaara P. 2009 Tutki ja kirjoita. Tammi. Helsinki.
- Holmberg J. 2010. Päihderiippuvuudesta elämänhallintaan. Edita. Helsinki
- Holopainen Antti. 2011. Huumeriippuvuuden korvaushoito tuloksellista. Lääketieteellinen Aikauskirja Duodecim.
http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=duo99309.
 7.9.2011.
- Huoponen K., Peltonen H., Mustalampi S. & Koskinen-Ollonqvist P. 2001. Päihteidenkäytön ehkäisy. Opetushallitus.
 Huumausainelaki 373/2008.
- Irti Huumeista ry, Keskusrikospoliisi, Opetushallitus, Suomen Vakuutusyhtiöiden Keskusliitto, Stakes. 2001. Suomi ja huumeet. Tietopaketti huumeista. Kirjapaino West Point Oy.
- Kaukonen O. & Hakkarainen P. 2002. Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa. Gaudeamus Kirja.
- Koulu M. & Tuomisto J. 2007. Farmakologia ja toksikologia. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä. Kustannusosakeyhtiö Medicina, Kuopio.
- Piisi R. 2001. Huumetyö. Tammi Oppimateriaalit
- Pirkola S., Heikman P., Vormaa H. & Turtiainen S. 2007. Opioidikorvaushoito päihdepsykiatriassa. Duodecim.
 Päihdehuoltolaki 41/1986.
 Raittiustyölaki 828/1982.
 Rikoslaki 39/1889.
- Saaranen-Kauppinen A. & Puusniekka A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto Tampere : Yhteiskuntatieteellinen tietoarasto. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>. 24.11.2011
- Salasuo M. 2004 Huumeet ajankuvana – Huumeiden viihdekäytön kulttuurillinen ilmeneminen Suomessa. Stakes. Helsinki
- Salaspuro, M., Kiianmaa, K. Seppä K. & Ahlström S. 2003. Päihdelääketiede. Kustannus oy Duodecim. Helsinki.
- Sarvanti T. 1997. Huumepolitiikka ja oikeudenmukaisuus. Stakes.
- Soikkeli M. 2002. Miten puhua huumeista. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Gummerus Kirjapaino Oy.
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus 33/2008.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2010. Päihdetilastollinen vuosikirja 2010 – alkoholi ja huumeet. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/85338d3b-c126-4914-9384-d5847d59d598>.
- Vainio Anneli. 2009. Opioidit. Kustannus Oy Duodecim.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00061. 23.9.2011.

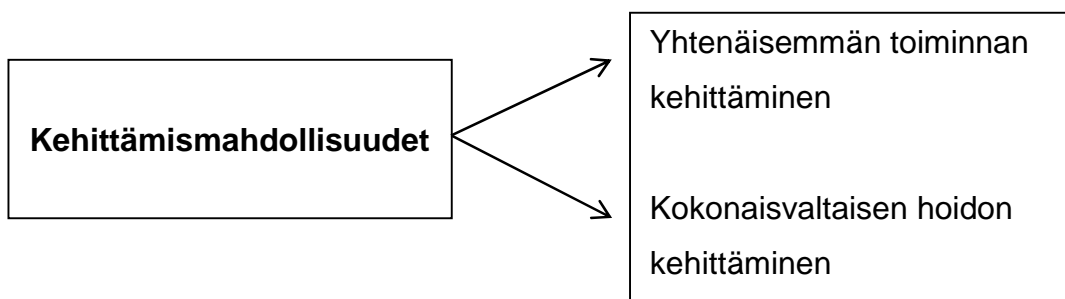
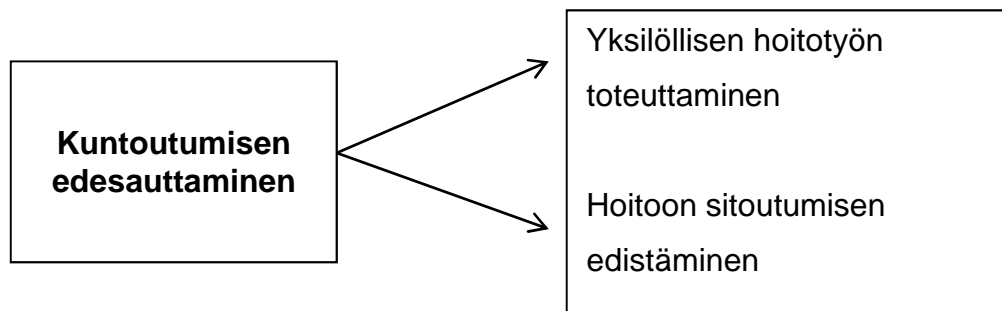
Teemahaastattelurunko

- 1) Opioidikorvaushoitoasiakkaan lähtökohdat, tarpeet ja vaatimukset
 - a. Asiakkaiden monimuotoisuus
 - b. Vaatimukset asiakkaalta hoitoon pääsemiseen
 - c. Vaatimukset asiakkaalta onnistuneeseen kuntoutukseen
 - d. Asiakkaiden sitoutuminen ja sen edistäminen
- 2) Korvaushoidon toteutus ja vaatimukset
 - a. Asetettujen tavoitteiden toteutuminen
 - b. Resurssien määrä ja laatu
 - c. Hoitojen tehokkuus
- 3) Hoitajan keinot ja mahdollisuudet auttaa asiakasta
 - a. Hoitajan vaatimukset itsestään
 - b. Keinoja vaikuttaa asiakkaan kuntoutumiseen
- 4) Opioidikorvaushoitojen kehittämismahdollisuudet
 - a. Oma vaikutuskyky työhön ja sen kehittämiseen
 - b. Kehitysideoita
 - c. Hoitoa hankaloittavat tekijät
 - d. Hoitoa edesauttavat tekijät

1) Millaisia kokemuksia opioidikorvaushoito-asiakkaiden hoitojen toteutuksesta henkilökunnalla on?



2) Miten hoitohenkilökunta pystyy edesauttamaan kuntoutumista ja miten toimintaa vastaanottotilanteissa voitaisiin kehittää?



Tutkimuslupahakemus



POHJOIS-KARJALAN SAIRAANHOITO-
JA SOSIAALIPALVELUJEN KUNTAYHTYMÄ

saapumispv 21/9 2011

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS (esim. hoitotyö, fysioterapia, toimintaterapia, bioanalytiikka, radiografia)

Tutkimuksen nimi:

Opioidikorvaushoidot – Hoitajien kokemuksia opioidikorvaushoidoista ja niiden kehittämismahdollisuuksista

Tutkimuksen suorittaja:

nimi: Joonas Turunen	nimi:
osoite: [redacted]	osoite:
puhelin: [redacted]	puhelin:
s-posti: [redacted]	s-posti:
Opiskelu- tai työpaikka: PKAMK, Hoitotyön ko	Opiskelu- tai työpaikka:

Tutkimus:

- amk opinnäytetyö
 yamk opinnäytetyö
 pro gradu
 lisensiaattityö
 väitöskirja
 muu, mikä _____

Suoritettava tutkinto (jos opinnäytetyö): Sairaanhoidaja AMK

Tutkimuksen kohde PKSSK:ssa

- henkilöstö (ammattiryhmä /-t): [redacted]
 potilaat
 potilaspaperit
 joku muu, mikä _____

Missä yksikössä/yksiköissä tutkimus tehdään: Huume- ja lääkeriippuvuus poliklinikka

Miten yhteydenotto tutkittaviin yksiköihin ja/tai tutkittaviin tapahtuu: Puhelimitse / Käynti

Tiedonkeruumuoto kysely haastattelu joku muu, mikä _____

Miten eettiset kysymykset on huomioitu tutkimuksessa (esim. tietoon perustuva suostumus, oikeus yksityisyyteen, nimettömyyden säilyttäminen, tutkittavien kunnioittaminen ja haittojen välttäminen):

Tutkimuksen kokonaisaika: _____, josta P-KSSK:ssa _____

Tutkimuslupahakemus

Liite 3 (2/2)

Tutkimustyön ohjaajat:

nimi: Tiina Halonen	nimi:
puhelin: [redacted]	puhelin:
s-posti: [redacted]	s-posti:

Allekirjoitukset:

Tutkijat sitoutuvat allekirjoituksellaan noudattamaan vaitiolovelvollisuutta ja tutkimuksen kohteena olevan yksikön esimiesten antamia ohjeita. Tutkimuksen aikana syntyvä aineisto tulee hävittää asianmukaisesti välittömästi tutkimuksen jälkeen. Valmis tutkimusraportti toimitetaan opetuskoordinaattorille sähköpostitse tai osoitteeseen talo 8/2, Tikkamäentie 16, 80210 JOENSUU

päiväys ja allekirjoitus (nimen selvennys viivan alapuolelle)

15.9.11 [Signature] tutkija _____ tutkija
 Jenna Tuomi
 20.9.11 [Signature] ohjaaja _____ ohjaaja
 Tiina Halonen

Puollan tutkimusluvan myöntämistä
 Puollan seuraavin edellytyksin

Puollan tutkimusluvan myöntämistä
 Puollan seuraavin edellytyksin

päiväys ja allekirjoitus (nimen selvennys viivan alapuolelle)

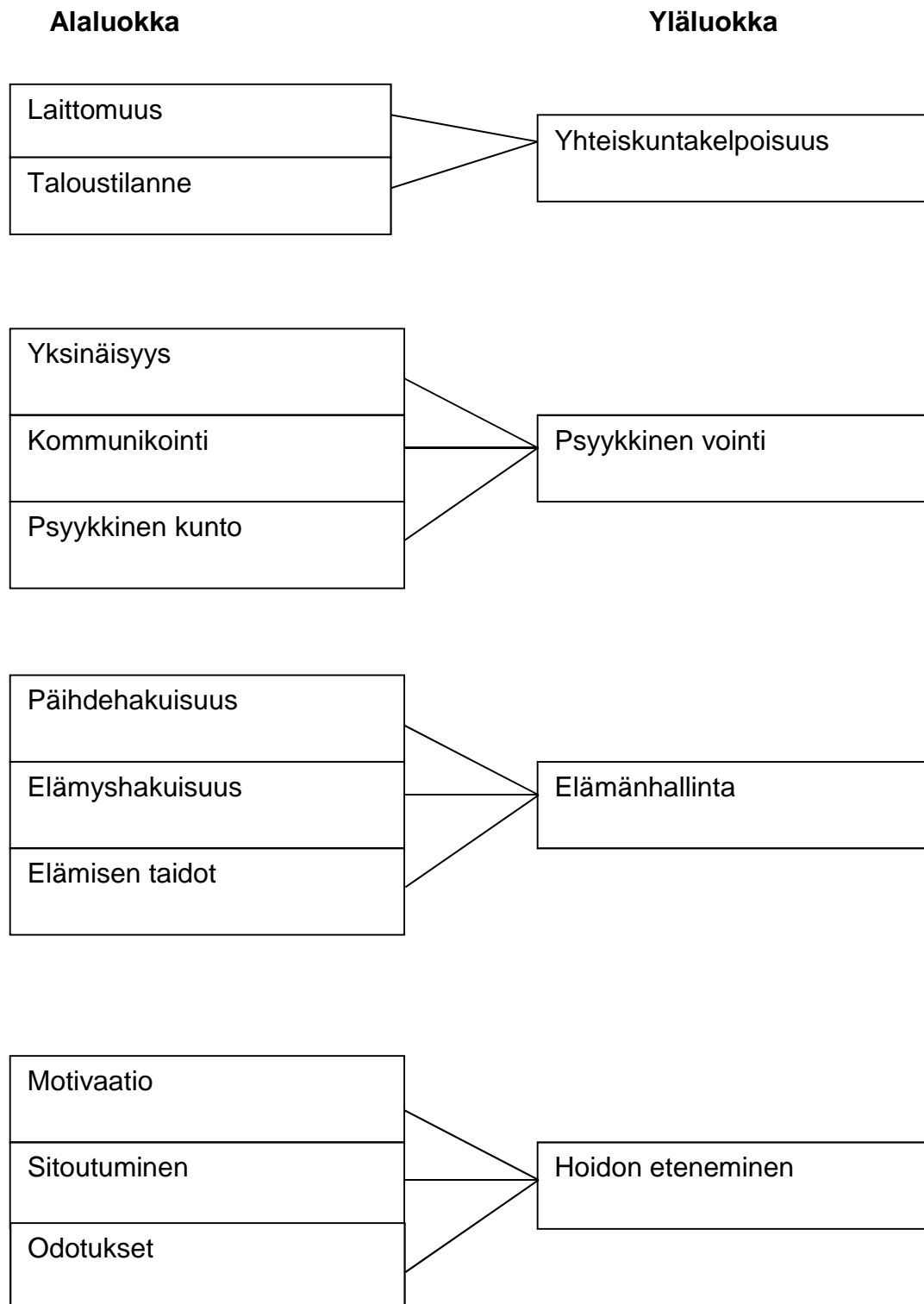
osasto: huone- ja lääkintäosasto osasto: _____
 21/9/2011 [Signature] _____ osastonhoitaja
 Sari Leinonen

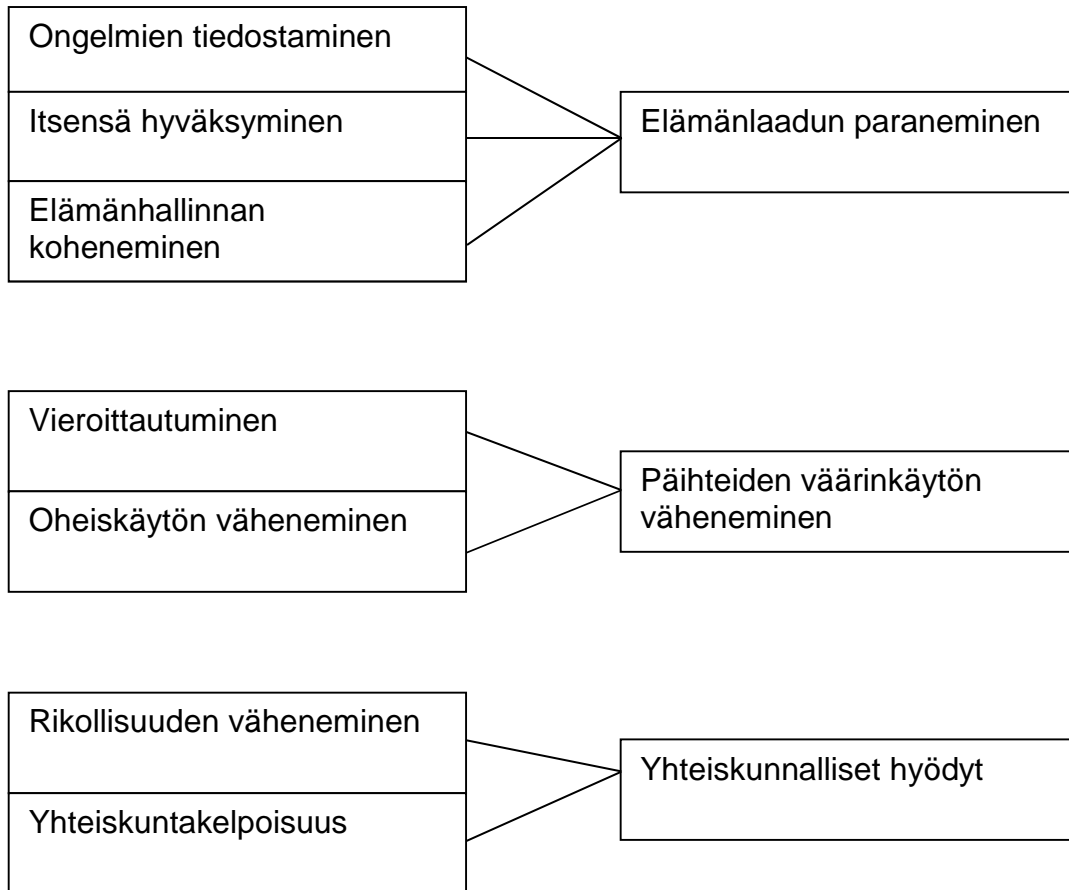
yhteyshenkilö osastolla

nimi Sari Leinonen
 email [redacted]
 puh. [redacted]

yhteyshenkilö osastolla

nimi _____
 email _____
 puh. _____

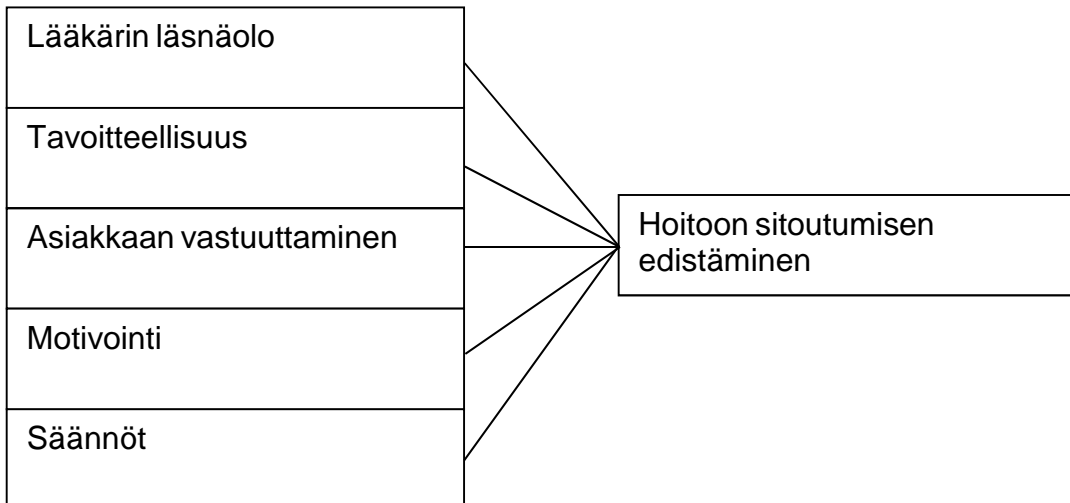
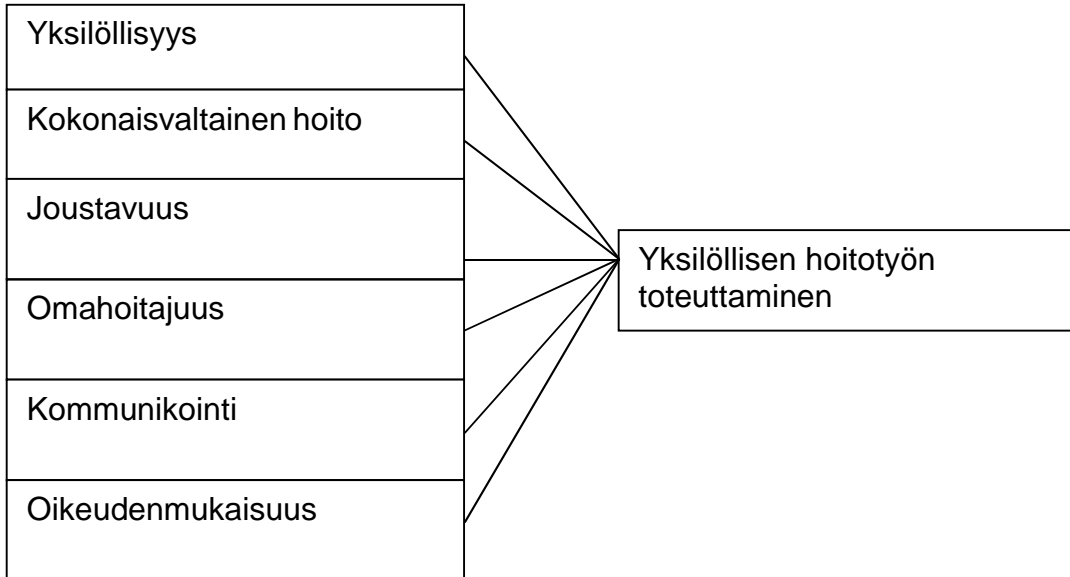
Korvaushoitoasiakkaiden ongelma-alueet

Korvaushoidolla saavutetut hyödyt**Alaluokka****Yläluokka**

Miten hoitohenkilökunta pystyy edesauttamaan kuntoutumista

Alaluokka

Yläluokka



Kehittämismahdollisuudet

Alaluokka

Yläluokka

