



LAUREA

"Se pelasti mun elämän"
– asiakkaiden kokemuksia opiaattikorvaushoidosta



Honkala, Mirka

Laurea-Ammattikorkeakoulu
Laurea Tikkurila

"Se pelasti mun elämän"
– asiakkaiden kokemuksia opiaattikorvaushoidosta

Mirka Honkala
Sosiaalialan koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Elokuu, 2009

Mirka Honkala

”Se pelasti mun elämän” – asiakkaiden kokemuksia opiaattikorvaushoidosta

Vuosi 2009 Sivumäärä 51

Opinnäytetyöni olen tehnyt aiheesta asiakkaiden kokemuksia opioidikorvaushoidosta. Opinnäytetyöni tarkoituksena oli tutkia, mitä mieltä korvaushoidon asiakkaat ovat saamastaan hoidosta, ja toteutuuko asiakaslähtöisyys opioidikorvaushoidossa. Opinnäytetyöni on laadullinen tutkimus. Työni lähdemateriaalin hain internetistä A-klinikkasäätiön ylläpitämältä päihdelinkki-keskustelupalstalta ja päihdeasiamiehen yhteydenottotilastoista koskien korvaushoitoa. Päihdelinkki-keskustelupalstalta hain 120 yksittäistä kommenttia koskien korvaushoitoa vuosilta 2007- 2009.

Opinnäytetyöni teoreettisessa osuudessa käsittelen huumausaineita, huumausaineriippuvuutta, huumeidenkäytön eri muotoja, erityisesti ongelmakäyttöä, huumausainepolitiikkaa ja korvaushoidon syntyä Suomessa. Lisäksi esittelen muita korvaushoidosta tehtyjä tutkimuksia.

Tutkimusaineiston perusteella voidaan todeta, että asiakkaat eivät ole pääsääntöisesti tyytyväisiä saamaansa hoitoon. Tulokset todistavat, että asiakaslähtöisyys ei toteudu tämän päivän korvaushoidossa. Asiakkaat kokevat, että heitä ja heidän omia tavoitteitaan ei kuulla hoidossa. Korvaushoitopaikan ja asiakkaan omat tavoitteet eivät kohtaa. Myös psykososiaalisen kuntoutuksen puute näkyi tuloksissa. Asiakkaille ei ole tehty lain edellyttämiä kuntoutus/hoitosuunnitelmia. Asiakkaat kaipaavat myös enemmän keskustelua ja neuvontaa, koska heidän mukaansa aika hoidossa menee vain lääkkeen jakoon. Tulokset kertovat myös, että osa asiakkaista on tyytyväisiä saamaansa hoitoon, mutta nämä asiakkaat eivät tuo mielipiteitään julki. Monelle korvaushoito on elämän pelastava kokemus.

Asiasanat: huumausaineongelma, opiaattiriippuvuus, opioidikorvaushoito

Mirka Honkala

"It saved my life" – Client experiences in opiate replacement therapy

Year	2009	Pages	51
------	------	-------	----

The purpose of this thesis was to study the experiences of clients on opiate replacement therapy (ORT) and to do research on how the clients of replacement therapy felt about the treatment they had received, and whether the client-oriented approach was realised in ORT in general. The research material of this qualitative thesis was collected from Päihdelinkki discussion forum on the internet, administrated by the A-Clinic Foundation, and from the narcotic representatives contact statistics regarding replacement therapy. From Päihdelinkki forum, 120 separate comments on replacement therapy from the year 2007 to 2009 were collected.

The following topics are discussed in the theory section of the thesis: narcotic substances, substance addiction, different forms of using narcotics, especially substance abuse, the politics on narcotics and the establishment of replacement therapy in Finland. Also, other research studies on replacement therapy are introduced.

Based on the research material, it can be established that, in most cases, the clients were not satisfied with the treatment they had received. The findings show that in present-day replacement therapy the client-oriented approach is not realised. The clients feel that they, or their own aspirations, are not listened to or properly paid attention to during treatment. The goals of the client and the service provider do not meet in replacement therapy. Also the lack of psychosocial rehabilitation services becomes evident in the study results. The clients have not been offered a rehabilitation/treatment plan required by law. The clients also long for more interaction and consultation, and according to them, there's no time during treatment for anything else than distributing medication. However, the study results also show that a part of the clientele is satisfied with the treatment received, but these clients do not come forward in public with their opinions. For many, replacement therapy is a life-saving experience.

Keywords: narcotic substance abuse, opiate addiction, opiate replacement therapy

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	TAUSTAA JA KÄSITTEET	2
2.1	Huumausainepolitiikka ja huumeidenkäyttäjät Suomessa	2
2.2	Huumeet	4
2.3	Opiaattiriippuvuus	5
2.4	Huumeidenkäytön eri muodot.....	6
2.5	Ongelmakäyttö.....	6
2.6	Korvaushoidon läpimurto Suomessa.....	8
2.7	Korvaushoito	9
2.8	Korvaushoito ja vastakkainasettelu mediassa	12
3	AIEMMAT TUTKIMUKSET AIHEESTA	15
3.1	Internetin käyttö tutkimuksessa.....	18
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	19
4.1	Tutkimukseni tarkoitus ja tutkimuskysymykset.....	19
4.2	Laadullinen tutkimus	20
4.3	Aineiston keruu	20
4.4	Päihdelinkki ja keskustelupalstat.....	21
5	TUTKIMUSTULOKSET	24
5.1	Yleisen tason kommentit.....	25
5.2	Negatiiviset kokemukset	26
5.3	Hyvät kokemukset.....	30
5.4	Päihdeasiamiehen tilastot	32
6	TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELUA.....	33
6.1	Eettisyys	36
6.2	Luotettavuus	36
6.3	Jatkotutkimusaiheet	37
7	OPINNÄYTETYÖPROSESSIN KUVAUS, ARVIOINTI JA POHDINTA.....	37
7.1	Pohdinta	40
	LÄHTEET	41
	KUVIOT	44
	LIITE 1 HAASTATTELUKYSYMYKSET.....	45
	LIITE 2 TUTKIMUSLUPA	46

1 JOHDANTO

Valitsin opinnäytetyöni aiheeksi opioidiriippuvaisten korvaushoidon ja asiakkaiden käsitykset siitä. Olen itse suuntautunut opinnoissa päihdetyöhön, koska se on se sosiaalialan alue, joka haastavuutensa vuoksi kiinnostaa minua eniten. Samalla saan syvennettyä omaa osaamistani ja tietoja päihdetyön saralla. Opinnäytetyöni on tutkielmatyyppinen laadullinen tutkimus.

Päihdetyön työharjoitteluissa ja sosiaalialan työpaikoissa olen huomionnut asiakkaiden ja työntekijöiden kertomana, ja myös lukien rivien välistä, että nykyisessä korvaushoidossa on paljon puutteita eikä se toimi idean alkuperäisessä muodossa. Korvaushoitoon on myös useiden kuukausien jonot, mikä rikkoo hoitotakuun määräyksiä (Repo 2008). Korvaushoitojonojen pituutta koskevaa kantelua käsittelee eduskunnan oikeusasiamies Riitta-Leena Paunio (Paunio 2008). Haluan myös saada selville, onko korvaushoito muutakin, kuin väitettyä lääkkeen jakoa (Salaspuro 3-4/2003).

Korvaushoidosta on Suomessa tehty vain muutamia tutkimuksia, jotka ovat kaikki olleet Järvenpään sosiaalisairaalan tutkimuksia, ja täten halusin itse tutkia, miten asian laita todellisuudessa on. Teen yhteistyötä opinnäytetyössäni Helsingin Läntisen A-klinikan korvaushoitoyksikön kanssa. He arvioivat valmiin opinnäytetyön työelämän näkökulmasta.

Työni tarkoituksena on tuoda asiakkaiden ääni kuuluviin suhteessa palveluihin, koska kokemukseni mukaan palveluissa asiakaslähtöisyys ei tänä päivänä toteudu. Toivon, että saamillani tuloksilla voisin innostaa päättäjiä ottamaan päihdepalveluiden suunnittelussa asiakkaan toiveet ja näkemykset enemmän huomioon.

Keskeiset käsitteet, joita olen työssäni käyttänyt, liittyvät huumausaineriippuvuuteen, huumausainepolitiikkaan ja opioidikorvaushoitoon Suomessa. Opinnäytetyön aineisto on kerätty keskusteluista vuosilta 2007-2009 Päihdelinkin Sauna ja Kuivaushuone-keskustelupalstoilta ja päihdeasiamiehen tilastoista.

2 TAUSTAA JA KÄSITTEET

2.1 Huumausainepolitiikka ja huumeidenkäyttäjät Suomessa

Huumausaineiden yhteiskunnalliset ja kulttuuriset koordinaatit määräytyvät pitkälti siitä, millaiseksi yhteiskunnalliseksi ongelma-asiaksi huumausaineiden käyttö yhteisössämme määritetään. Onko huumeiden käyttö kansalaisten yksityisasia vai onko se yhteisön toimenpiteitä vaativa yhteiskunnan sosiaalinen ongelma? Se, millaisia kontrollitoimenpiteitä valitaan, määrittää huumausaineiden käytön merkitystä. Kun käyttö määritellään kielletyksi, leimataan käyttäjät poikkeaviksi, mikä taas vaikuttaa käyttäjien toimintaan ja reaktioihin. (Hakkarainen 1992.)

Vaikka länsimaisessa yhteiskunnassa väestön valtaosa suhtautuu huumeiden käyttöön kielteisesti, niin huumeiden käytöstä on valitettavasti tullut pysyvä yhteiskunnallinen ilmiö. Avaimet tällaisiin tarkasteluihin tarjoavat nykyisen kulutusyhteiskunnan ja elämysyhteiskunnan käsitteet. Ajan hengen yleisten vallitsevien arvojen mukaan on sallittua rentoutua ja nauttia elämästä vapaa-aikoina, vastapainona kiireiselle työelämälle. Mahdollisuus valita vapaasti ja vahvistaa yksilöllisyyttään kulutuksen avulla, on eräs kulutusyhteiskunnan keskeisistä arvoista. Juuri näistä arvoista on kyse, kun nuoriso käyttää esimerkiksi muotihuumeita osana viikonloppun huveja, tai aikuinen rentoutuu viikonloppuisin polttamalla kannabista. Huumeet ovat tehokkaita irtautumisen ja rentoutumisen välineitä. (Partanen 2002.)

Suomessa huumeiden historia on aika lyhyt verrattuna muihin maihin. 1920-1930-luvuilla Suomessa kulutettiin laillista morfiinia muihin Euroopan maihin verrattuna melko paljon. Suomi saikin huomautuksen kansainväliseltä oopiumkontrollivaliokunnalta. Suomen sotien aikana oopiumin, erityisesti heroiinin käyttö lisääntyi, kun sitä käytettiin haavoittuneiden kipujen lievittämiseen ja vilustumissairauksiin. Osalle sotilaista jäi ongelmia aineesta sotien loppumisen jälkeen. (Onnela 2001: 31.) 1940-luvun loppupuolella Helsingissä arveltiin olevan 400-500 heroinistia, jotka olivat pääasiassa työväestöön ja osittain rikolliseen alakulttuuriin kuuluvia miehiä (Partanen 2002: 22).

1960-luvulle tultaessa huumausainetilanne Suomessa muuttui. Nuorison mukana tulivat esille useat huumeet, kuten kannabis ja LSD. Huumeet yleistyivät aluksi underground-muusikkojen ja opiskelijoiden piirissä, mutta vähitellen ne levisivät muun nuorison piiriin. Nuorille tärkeintä olivat aineiden tuottamat elämykset. Päihdekokemuksia haettiin lukuisista aineista. (Partanen 2002: 22.)

Suomen ensimmäiseksi kutsutulle huumeaallolle olivat ominaista suuret keskusryhmät ja avoimet toiminta-areenat. Nyt Suomessakin tuli huumeekysymyksen yhteiskunnallinen määrittely muutokselle pakolliseksi. Huumetilanne oli julkisesti paljon mediassa ja viranomaistenkin puheissa esillä. Huumeiden käyttö määritettiin vuonna 1966 rikolliseksi. Samalla poliisivoimiin perustettiin huumeisiin erikoistuneita yksiköitä. Vuonna 1972 säädettiin huumausainelaki. (Hakkarainen 2000: 23.)

1960-luvulle saakka huumausaineiden käyttö ja siihen liittyvät vähäiset ongelmat nähtiin lähinnä lääketieteellisenä ilmiönä, joista terveyspalveluiden ja lääkevalvonnan pitäisi huolehtia. Huumeekysymyksen tarkempi määrittelyvaihe alkoi 1960-luvulla, ja kliimaksi oli 1972 säädetty huumausainelaki, joka nosti huumeekysymyksen rikosoikeudellisen kontrollin piiriin. Syntyi kokonaiskieltopolitiikka, jossa huumausaineiden myynnin, salakuljetuksen ja välittämisen lisäksi myös käyttö ja hallussapito tulivat rangaistavaksi. (Tammi 2002: 252.)

1970 ja -80 luvuilla laittomien huumausaineiden käyttö väheni, käyttäjäryhmät pienenivät ja käyttäjien toiminta-areenat sulkeutuivat ja siirtyivät julkisuudelta piiloon. 1980-luvulla yleisty myös lääkkeiden väärinkäyttö ja imppaaminen. (Partanen 2002.)

Toinen huumeaalto alkoi Suomessa 1990-luvulla. Huumeidenkäyttö selvästi lisääntyi. Eri aineita oli aiempaa enemmän liikkeellä ja huumekauppa alkoi olla entistä organisoidumpaa. Koko huumeidenkäyttökulttuuri muuttui ja sitä myötä erilaiset huumehaitat lisääntyivät. (Partanen 2002: 23.)

Muutos huumausainepolitiikassa tapahtui 1990-luvun alussa, kun rikosoikeudellinen määrittely muuttui laadulliseksi. Tämä muutos ilmeni erityisesti vuoden 1994 huumausaineita koskevassa lakiuudistuksessa, jossa huumausainekysymystä käsiteltiin yhteydessä järjestäytyneeseen rikollisuuteen. Uudistuksen myötä huumausainerikollisuuden merkitys kriminaalipolitiikan kentällä kasvoi. Samalla uudistuksella otettiin ensimmäiset askeleet kohti haittoja vähentävää työskentelyä. (Tammi 2002: 252-253.)

1960-luvun ja 1990-luvun huumeaalloilla oli samankaltaisia piirteitä. Kummassakin aallossa esimerkiksi kansainväliset muotivirtaukset, eritoten musiikissa, olivat merkittäviä tekijöitä. Huumeidenkäyttö oli laajentunut underground- ja avantgardepiireistä muun nuorison keskuuteen. 1960-luvulla hipit yleisesti käyttivät huumeita ja samoin 1990-luvulla tekno ja rave-kulttuureihin kuuluvat nuoret. 1990-luvun aalto ei kuitenkaan niin sanotusti mennyt ohi niin nopeasti kuin 1960-luvun aalto. 1990-luvulla aalto oli laajempi ja siihen sisältyi monia eri huumeita, joiden tarjonnasta vastasi järjestäytynyt rikollisuus. (Partanen 2002: 24-25.)

1990-luvun huumeidenkäyttöä leimasi monien normaalia elämää viettävien ja yhteiskunnan vallitseviin arvoihin sitoutuneiden nuorien aikuisten tarve ja halu rentoutua ravintoloissa, yökerhoissa, teknoraveissa, vapaa-aikana ja viikonloppuisin, vaativan opiskelun tai työelämän vastapainoksi. Samaan aikaan lisääntyi myös koulutuksesta ja työelämästä syrjäytyvien nuorten oma-ehtoinen hakeutuminen raskaiden huumeiden käyttäjäksi. (Partanen 2002: 25.)

1990-luvulle asti Suomen huumausainepolitiikka oli kontrollipainotteista, mutta tiukan kontrollipolitiikan keinojen todettiin olevan riittämättömiä kasvavaa huumeidenkäyttöä kohtaan. Tuolloin alettiin kiinnittää huomiota huumeongelmaisten hoitoon ja haittojen vähentämisen näkökulmaan. Haittojen vähentämisellä tarkoitetaan huumeiden käytöstä aiheutuvien haittojen, kuten terveyshaittojen ja riskien vähentämistä. (Tammi 2002: 256.)

Yleisesti ottaen, pohjoismaissa on harjoitettu tiukkaa ja rajoittavaa linjaa huumeita ja huumeidenkäyttäjiä kohtaan. Vertailuna Suomen huumausainepolitiikkaan, Ruotsi ja Tanska edustavat jossain määrin ääripäitä. Ruotsin huumausainepolitiikka perustuu huumeettoman yhteiskunnan ideaaliin. Tanskassa taas tavoite on myös huumeeton yhteiskunta, mutta käytännössä niin kontrolli- kuin hoitopolitiikassakin on siirrytty haittojen minimointiajatteluun. Ruotsissa kontrolli ja ehkäisevä työ ovat pääosassa huumeepolitiikassa. Tanskassa huumeita jaotellaan mietoihin ja koviin, ja vuonna 2008 siellä aloitettiin hoitokokeilu, jossa suurkuluttajat saivat heroiinia ilmaiseksi reseptillä. (Juurinen 2008, Siurala 1998: 287; & HS 2008.)

2.2 Huumeet

Päihteet ovat kuuluneet erilaisten ihmisten muodostamiin yhteisöihin ja niiden tapakulttuurisiin ainoihin (Salasuo 2004:13). Huumeidenkäyttö mielletään lähes aina kulttuurisidonnaiseksi. Eri maiden kulttuureissa on omat tapansa käyttää huumeita (Päihdelinkki tietoisuus 2009). Päihteitä on käytetty nautinnollisessa ja viihteellisessä tarkoituksessa, koska ne antavat ihmiselle mahdollisuuden saada sosiaalista helpotusta ja mahdollisuuden rentoutua (Salasuo 2004: 13).

Termillä huume tarkoitetaan Suomessa yleisesti laittomia, tajuntaan vaikuttavia aineita. (Onnela 200: 20). Huumeet voivat olla piristäviä, rauhoittavia tai hallusinogeenia. Rauhoittavia huumeita ovat opiaatit kuten heroiini ja piristäviä ovat kokaiini, crack ja amfetamiini. Hallusinogeenia ovat LSD, marihuana ja ekstaasi. (THL 2008.)

Piristävät huumeet, kuten muun muassa amfetamiini ja sen johdannaiset, vaikuttavat keskushermostoa kiihottavasti. Piristeitä käytettäessä olo tuntuu energiseltä ja käyttäjä saattaa tuntea itsensä ylivertaiseksi ja voimakkaaksi. Piristeiden käyttäjät voivat olla arvaamattomia

ja aggressiivisia. Piristeitä käytettäessä ruokahalu vähenee, hengitys ja sydämen lyöntitiheys nopeutuu, verenpaine nousee ja pupillit laajenevat. Piristeet aiheuttavat voimakkaan psyykkisen ja vähäisen fyysisen riippuvuuden. Rauhoittavat huumeet, kuten heroini ja buprenorfiini vaikuttavat lamaannuttavasti keskushermostoon, jolloin hengitys, puhe ja refleksit hidastuvat. Aineen ottaminen aiheuttaa käyttäjälle välittömästi voimakkaan hyvänolon tunteen. Rauhoittavilla aineilla on voimakkaat vieroitusoireet. Hallusinogeenit aiheuttavat käyttäjälle aistiharhoja, ahdistusta, pelkoja, paniikkia ja masennusta. Hallusinogeenien fyysisiä vaikutuksia ovat verenpaineen kohoaminen, sydämen lyöntitiheyden nopeutuminen ja pupillien laajeneminen. Hallusinogeenien ei tiedetä aiheuttavan fyysisiä vieroitusoireita. (THL 2008.)

Huumeita voidaan käyttää polttaen, pureskellen, hengittäen, nuuskaten tai suonensisäisesti. Aiemmin suurin osa huumeista saatiin erilaisista huumekasveista, kuten marihuana kannabiskasvista, kokaiini kokapensaasta ja heroini unikon kukista. Nykyään on käytössä myös paljon synteettisesti valmistettavia huumeita, kuten ekstaasi ja LSD. (THL 2008.)

2.3 Opiattiriippuvuus

Opiaatit ovat huumeita tai lääkeaineita, joita saadaan oopiumunikon siemenkodasta. Oopiumia on käytetty jo kauan eri muodoissa, niin nautintoaineena kuin lääkkeenäkin. Oopiumista saadaan eri tavoin valmistamalla morfiinia, kodeiinia ja paraveriinia. Jalostamalla morfiinia saadaan heroiniä, metadonia ja buprenorfiinia. (Havio ym. 2008: 88- 89.)

Opiatteihin, erityisesti heroiniin, voi syntyä riippuvuus nopeammin kuin mihinkään muuhun huumeeseen. Opiattiriippuvuutta pidetään biolääketieteellisesti aivojen sairautena. Opiattien pitkäaikainen käyttö aiheuttaa aivoissa neurokemiallisia muutoksia, jotka tiedollisten toimintojen kanssa ylläpitävät huumeriippuvuutta ja laukaisevat toistuvan retkahtamisen. (Fabritius, Seppänen-leiman, Ahokas & Kanerva 2002: 5.)

Opiaatit saavat aikaan hyvänolon tunteen. Fyysiset tarpeet, kuten nälkä, jano ja seksuaalinen halu katoavat. Päihtyneet opiaatinkäyttäjät ovat sekavia, tokkuraisia ja väsyneen oloisia. Opiattien välittömiä vaikutuksia ovat hyvänolon tunne, euforia, sekavuus, pulssin hidastuminen ja hengityskeskusten lamaantuminen. Pitkäaikainen käyttö voi aiheuttaa hengitystietulehduksia, sydän- ja verisuonivaurioita ja ruoansulatusvaivoja. Vieroitusoireita opiaattien käyttäjillä ovat hikoilu, vapina ja ripuli. (Havio ym. 2008: 88-89.)

Opiatteja käytetään yleisimmin pistämällä ja sen seurauksena voi olla erilaisia vaikeita ihotulehduksia, A ja B-hepatiitit ja HIV, jotka leviävät ruiskujen yhteiskäytössä käyttäjien kes-

kuudessa. Yliannostuksen riski opiaatteja käyttäessä on suuri. Vaarana on yliannostuksen aiheuttama hengityslama, sydämen pysähdys ja sitä kautta äkkikuolema. (Toiviainen 2006.)

2.4 Huumeidenkäytön eri muodot

Huumeiden käyttö voidaan jakaa eri käyttökulttuurien ja -tapojen perusteella kolmeen kategoriaan: kokeiluun, viihdekäyttöön ja ongelmakäyttöön. Kaikkiin ryhmiin kuuluu riskejä, mutta riskit ovat luonteeltaan erilaisia. Käyttäjärühmät eivät ole pysyviä. Käyttäjät saattavat muuttaa käyttötapaansa, eli siirtyä luokasta toiseen, tai lopettaa huumeiden käytön kokonaan. (Salasuo & Rantala 2004: 150.)

Tutkimusten mukaan suurin osa käytöstä on kokeilua, jossa käyttökerrat jäävät alle kymmenen. Yleisemmin kokeillaan kannabista. Huumekokeilujen syyksi kokeilijat kertovat uteliaisuuden, pyrkimyksen päihtymykseen, ystävien kertomukset aineen miellyttävistä vaikutuksista sekä aineen yleisen käytön ystäväpiirissä. Yleinen suhtautuminen huumausaineisiin yhteiskunnassa vaikuttaa huumekokeilujen määrään. (Salasuo & Rantala 2004: 150-151.)

Kuinka sitten tullaan huumeiden käyttäjäksi? Vain pieni osa huumekokeilijoista jatkaa käyttöä satunnaiskäyttäjiksi tai vakiintuneiksi huumeiden käyttäjiksi. Mikko Salasuo ja Kati Rantala (2004:151.) esittelevät artikkelissa ruotsalaisen tutkimuksen, joka nimeää kaksi päätapaa (syrjäytymismalli ja nuorisokulttuurinen malli) tulla huumeiden käyttäjäksi.

Syrjäytymismallin mukaan huumeiden käyttäjäksi päätyminen on yhteydessä jo aikaisemmin alkaneeseen deprivivaan tilanteeseen suhteessa kotiin, kouluun ja harrasteisiin. Päihteiden käytön nähdään liittyvän ystäviltä ja tutuilta opittuun malliin toimia. Päihteiden avulla pyritään rentoutumaan, pakenemaan arkea tai ratkaisemaan epäkohtia. Aiempien ongelmien lisäksi tulee uusia ongelmia huumeiden käytön johdosta. Erityisesti tähän malliin liittyy kovien huumausaineiden käyttöä ja rikollisuutta. (Salasuo & Rantala 2004: 151; Salasuo 2008: 12.)

Nuorisokulttuurisessa mallissa keskeinen vaikutin huumeidenkäytön kokeilussa on uusien kokemusten hankinta. Huumeidenkäyttöön ohjaa nuoriso- ja juhlimiskulttuurit. Nuorisokulttuurinen malli viittaa erityisesti viihdekäyttöön, joka on tietoista huumeiden avulla hyvän olon maksimoimista. (Salasuo & Rantala 2004: 151 - 152; Rantala 2006.)

2.5 Ongelmakäyttö

EMCDDA eli Euroopan unionin huumeiden tietokeskus määrittelee vuonna 2005 julkaistussa raportissa huumeiden ongelmakäytön pääosin suonensisäisenä, tai opiaattien, kokaiinin ja/tai

amfetamiinin pitkäaikaisena tai säännöllisenä käyttönä. Huumeiden ongelmakäyttö voidaan jakaa useisiin alaryhmiin, kuten heroiinin, amfetamiinin ja lääkkeiden väärinkäyttajiin. (EMCDDA 2005.)

Ongelmakäyttö liittyy usein syrjäytymiseen, mutta syrjäytyminen ei välttämättä ala huumeidenkäytöstä, vaan pikemminkin käyttö on osa laajempaa ongelmaa. Nämä "syrjäytyneet" ongelmakäyttäjät ovat niitä, jotka näkyvät selvemmin viranomaistahoille. Tähän ryhmään kuuluu usein työttömiä, asunnottomia, kouluttamattomia, sosiaalisesti eristyneitä ja vähävaraisia. (Salasuo & Rantala 2004: 152.)

Fyysisen ja psyykkisten haittojen lisäksi ongelmakäytön keskeinen piirre on huumeiden aiheuttama riippuvuus. Käyttäjän elämän keskeisemmäksi tavoitteeksi nousee aineen saannin turvaaminen ja sitä kautta vieroitusoireiden välttäminen. (Salasuo & Rantala 2004: 152.) Riippuvuus voi olla fyysistä, psyykkistä tai sosiaalista sekä kaikkia näitä eri yhdistelminä tai yhdessä (Havio, Inkinen & Partanen 2008: 42).

Tutkijat määrittävät, että huumeriippuvuus on krooninen, usein etenevä, välillä oireettomastakin vaiheessa oleva, mutta helposti uudelleen retkahduksia aiheuttava aivojen sairaus. Riippuvuus syntyy, kun aineiden sietokyky alkaa kasvaa, eli aineen odotettu vaikutus, mielihyväkokemus vaimenee. Tällöin käyttäjä reagoi tähän vaimenemiseen lisäämällä annosta. Näin päihderiippuvuuteen aina liittyvä sietokyky eli toleranssi alkaa kehittyä. (Holopainen 2007: 10.)

Riippuvuussairaus kehittyy ainealtistuksen seurauksena. Yksilöllisiä, ihmisestä riippuvaisia eroja päihderiippuvuuden kehittymisriskeissä on olemassa. Erot johtuvat sekä geneettisistä että psykososiaalisista tekijöistä. Nykyisen käsityksen mukaan perimässämme eli geeneissämme on tekijöitä, jotka altistavat riippuvuudelle. Myös suuri merkitys on psykologisilla tekijöillä, esimerkiksi kaveripiirillä ja muilla mallioppimista ylläpitävillä tekijöillä. (Holopainen 2007: 10.)

Vuonna 2008 julkaistussa raportissa huumeiden ongelmakäyttäjistä arvioitiin olevan Suomessa 14 500 - 19 000, eli koko maan osalta 0,6 - 0,7 % kaikista 15-54-vuotiaista. Miesten osuus tästä oli noin 80 %. Eniten ongelmakäyttöä oli 25 -34-vuotiaiden ryhmässä. Lähes neljä viidestä ongelmakäyttäjistä käyttää amfetamiinia. (Huumetilanne Suomessa 2008.)

Huumeiden ongelmakäytössä keskeinen riippuvuus syntyy eri huumausaineista eri tavalla ja siksi ongelmakäyttöön liittyvät tietyt aineet. Suomessa ongelmakäyttäjät käyttävät yleisemmin amfetamiinia. (Salasuo & Rantala 2004.) Raportissa Suomen huumausainetilanteesta selvisi, että opiaattien, erityisesti buprenorfiinin ongelmakäyttö on lisääntynyt Suomessa. Vuo-

desta 2000 vuoteen 2007 buprenorfiinin ongelmakäyttö väestössä on melkein nelinkertaistunut. (Huumetilanne Suomessa 2008.) Vuonna 2006 kansalaisille teetetyin huumekyselyn mukaan buprenorfiini on syrjäyttänyt heroinin Suomen huumemarkkinoilla (Hakkarainen & Metso 2006).

Vuonna 2007 huumehoitotietojärjestelmän mukaan päihdehuollon asiakkaiksi hakeutuneet ongelmakäyttäjät ilmoittivat hoitoon tullessaan päihteikseen opiaatit (46 %), stimulantit (19 %), kannabiksen (10 %) ja lääkkeet (7 %). Opiaatteihin kuuluva buprenorfiini oli ensisijaisena päihteenä 33 %:lla asiakaskunnasta. (Huumausainetilanne Suomessa 2008.)

Tyypillistä huumeiden ongelmakäytössä Suomessa on suhteellisen nuori ikä (Huumausainetilanne Suomessa). Suomessa on muuhun Eurooppaan verrattaessa kohtalaisen vähän huumeiden ongelmakäyttöä. Helsingissä on muihin Euroopan pääkaupunkeihin verrattuna esimerkiksi opiaattien käyttäjiä kohtalaisen vähän. (Salasuo & Rantala 2004:152.)

2.6 Korvaushoidon läpimurto Suomessa

Politiikan huomiolla 1990-luvulla oli siis huumerikollisuuden kontrolli. Tämän johdosta ei kiinnitetty paljoa huomiota huumeongelmaisten terveyspalveluiden kehittämiseen. Ajateltiin, että huumeongelmaisia voitaisiin auttaa parhaiten tarjoamalla heille apua yleisten sosiaali- ja terveyspalveluiden rajoissa. Erityistason apua huumeongelmallisille tarjottiin alkoholiongelmallisille suunnatuissa päihdepalveluissa. Omia päihdepalveluita ei katsottu tarpeelliseksi huumeiden käyttäjille. (Hakkarainen & Tigerstedt 2005: 143.)

Vuonna 1997 asetettiin Suomessa huumausainestrategia, joka määrittä Suomen huumausainepolitiikkaa kolmeen suuntaan. Huumehaittojen vähentäminen oli yksi suunta. Huumausainepoliittinen toimikunta määrittä, että huumeiden käytöstä johtuvat epidemiat täytyy torjua varsinkin, kun käyttö jatkuu toimenpiteistä huolimatta. He ehdottivat, että tällaisia toimia olisivat esimerkiksi tartuntatautien ehkäisemiseksi neuvonta, seksuaalivalistus sekä huumeiden käyttövälineiden vaihtaminen steriileihin. (Tammi 2002: 257 -258.)

Vuonna 1997 sosiaali- ja terveysministeriö antoi määräyksen, jossa ensimmäistä kertaa hyväksyttiin korvaushoito osaksi Suomen huumepolitiikkaa. Korvaushoitokysymyksen esiinnousun kannalta ratkaisevaa oli, että hoidon potentiaalinen asiakaskunta laajeni heroinin käytön yleistymisen myötä. Heroinin saatavuutta lisäsi Neuvostoliiton hajoaminen ja sitä kautta tarjonnan lisääntyminen ja hintojen lasku. Aikaisemmin oli muun muassa Tervalammen kuntoutuskeskuksella annettu vähin äänin kokeilevaa korvaushoitoa. Ensimmäiset uuden määräyksen

mukaiset vieroitushoitokokeilut käynnistettiin avohoitona Kettutien A-poliklinikalla ja laitoshoidona Järvenpään sosiaalisairaalassa. (Hakkarainen & Tigerstedt 2005: 143.)

Noina aikoina lisääntyivät huumeiden käytöstä johtuvat yhteiskunnalliset haitat, kuten huumeisiin liittyvä oheisrikollisuus, huume-ehdotin sairastavuus ja huumekuolemat. Nämä tilastot kertoivat erityisesti heroiinin käytön lisääntymisestä. Myös suonensisäiseen käyttöön liittyvät tartuntataudit alkoivat levitä huomattavasti. Suurta huolta aiheutti HIV-epidemia huumeidenkäyttäjien keskuudessa kesällä 1998. (Hakkarainen & Tigerstedt 2005: 145.)

Huumeongelman luonne oli tuolloin muuttunut Suomessa vakavampaan suuntaan. Suomalaisessa kulttuurissa outona ja vieraana pidetystä ilmiöstä tuli julkisen ja yksityisen elämän vakiohuolenaihe. Tämä huolenaihe pakotti viranomaiset, poliitikot ja muut yhteiskunnalliset toimijat arvioimaan huume politiikkaa ja sen toimintastrategioita uudella tavalla. (Hakkarainen & Tigerstedt 2005: 145.)

Vuoden 1999 valtioneuvoston periaatepäätösten myötä huumeidenkäyttäjien hoito alettiin nähdä selkeänä osana huumeainepolitiikkaa, käytön ehkäisyn ja valvonnan rinnalle. Korvaushoidon nopean läpimenon yhtenä edellytyksenä oli se, että asian valmistelu tapahtui asialle omistautuneessa ministeriössä, eli sosiaali- ja terveysministeriössä. 2000-luvulle tultaessa Suomen huumeainepolitiikka oli jakautunut kahtia. Toinen osapuoli oli poliisivoimat, jotka huolehtivat rikosoikeudellisesta kentästä laajenevin valtuuksin, ja toinen osapuoli sosiaali- ja terveyssektori ja sen ammattilaiset, jotka mobilisoituivat ja ryhtyivät merkittäviksi huumeepoliittisiksi toimijoiksi ja osallistuivat tehokkaasti uuden hoito- ja ehkäisykentän luomiseen. (Hakkarainen & Tigerstedt 2005: 150.)

2.7 Korvaushoito

Suomessa on annettu lääkkeellistä vieroitus- ja korvaushoitoa opioidiriippuvuuteen nyt jo toistakymmentä vuotta. Opioidiriippuvuuden vieroitus- ja korvaushoito on tehokas ja vaikuttava hoitomuoto, kun tulostavina käytetään kuolleisuuden, laittomien opiaattien käytön, rikollisuuden ja muiden haittojen vähenemistä, elämänlaadun paranemista ja kustannushyötyjä. Vieroitushoito on vieroitusoireiden helpottamiseksi tarkoitettua lääkehoitoa. Korvaushoito on huumeettomaan elämään tähtäävää kuntouttavaa hoitoa. Opioidiriippuvuuden lääkkeellistä korvaushoitoa säätelee sosiaali- ja terveydenministeriön asetus vuodelta 2002. (Holopainen 2006; Pirkola, Heikman, Vormo & Turtiainen 2007: 1973.) Viimeisin asetusmuutos on tehty vuonna 2008 (STM 2009).

Opioidiriippuvuuden korvaushoidon aloittamiseksi edellytetään opioidiriippuvuuden diagnoosia eli ICD-10 diagnostisten kriteerien täyttymistä koodilla F 11.2. Tämän diagnoosin tekeminen on helppoa, kun haastatellaan potilasta, havainnoidaan hänen käyttäytymistään ja oirekuvaansa ja kun kerätään kliiniset taustatiedot aikaisemmasta hoidosta. Lisäksi hoidon aloittamiseen vaaditaan, että potilas ei ole vieroittautunut opioideista muita tieteellisesti perusteltuja ja yleisesti hyväksytyjä hoitotapoja tai menettelytapoja noudattamalla. (STM asetus 2008.)

Opioidiriippuvaisten kuntoutuksen virallisena tavoitteena on normaali elämä ja sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen mukainen integroituminen yhteiskuntaan. Tavoitteena on myös rikollisuuden vähentäminen, syrjäytymisen ehkäiseminen ja muiden päihteiden käytön estäminen. Korvaushoidolla mahdollistetaan fyysinen ja psyykkinen kuntoutuminen, ja sitä kautta työllistyminen tai opiskelu. Korvaushoidon pyrkimyksenä on myös ehkäistä ruiskujen ja neulojen välityksellä leviävät HIV ja C-hepatiitti. (Pirkola ym. 2007: 1974.) Oikein toteutettu korvaushoito vähentää julkisen terveydenhuollon kustannuksia ja myös rikosoikeudellisia kustannuksia (Fabritius ym. 2005).

Kunta vastaa korvaushoidon järjestämisestä. Vieroitus- ja korvaushoitoa voidaan antaa terveyskeskuksissa, aluesairaaloissa, päihdehuollon yksiköissä, vankeinhoitolaitoksen terveydenhuollon yksiköissä, yliopistollisissa keskussairaaloissa ja Järvenpään sosiaalisairaalassa. (Hakkarainen & Tigerstedt 2005.) Korvaushoidon arviointi ja aloitus tulee suorittaa sairaanhoitopiirin kuntayhtymän toimintapaikassa, Järvenpään sosiaalisairaalassa tai valtion mielisairaalassa. Jatkohoitoa varten voidaan siirtyä muihin toimintayksiköihin. (STM 2008.)

Uusin asetus korvaushoidosta vuodelta 2008 (STM:n 33/2008) määritteli korvaushoidon käsitteet uudelleen. Ennen osana korvaushoitoa oli myös ylläpitohoito, joka tähtäsi huumeiden suonensisäisen käytön lopettamiseen, päihderiippuvuuden haittojen vähentämiseen ja potilaan elämänlaadun parantamiseen. Nyt ylläpitoahoidosta ja korvaushoidosta käytetään vain yhteistä nimitystä korvaushoito. Asetuksen muutokset mahdollistivat myös, että osa korvaushoidon asiakkaista voi hakea oman lääkityksensä apteekista, kun tekee niin sanotun apteekki-sopimuksen.

Korvaushoidossa käytetään lääkityksenä buprenorfiinia, metadonia tai buprenorfiinin ja naloksonin yhdistelmää. Buprenorfiini, kauppanimeltään Subutex tai Temgesic, on synteettisesti valmistettu niin sanottu osittaisagonisti, eli sitä on turvallista käyttää. Buprenorfiini ei aiheuta hengenvaarallisia haittoja kuten yliannostuksia. Buprenorfiini lievittää vieroitusoireita, vaimentaa aineen himoa ja eliminoi esimerkiksi heroinin vaikutuksen. Buprenorfiinilla on hyviä farmakologisia vaikutuksia, joita käytetään korvaushoidossa hyväksi. Buprenorfiinilla on alhainen huippuvaikutus, minkä vuoksi sitä on turvallista käyttää. Sillä on pitkä puoliintumis-

aika, minkä takia se aiheuttaa vain lieviä vieroitusoireita ja buprenorfiinia voidaan antaa harvemmin kuin kerran päivässä. (Baas & Seppänen-Leiman 2002: 24.) Metadon on puolestaan vaarallisempi korvaushoitolääke. Sen käytössä on pahemmat vieroitusoireet ja yliannostuksen riski on korkea. Metadon on halvempi kuin muut korvaushoitolääkkeet. (Fabritius ym. 2005: 8.) Kolmas vaihtoehtolääke on naloksonin ja buprenorfiinin yhdistelmä, kauppanimeltään Suboxone, joka on uusi tulokas korvaushoitolääkkeissä. Lääkkeen sisältämä naloksoni ehkäisee lääkkeen väärinkäytön mahdollisuuksia aiheuttamalla suonensisäisesti käytettynä voimakkaita vieroitusoireita. (Aho & Paakkari 2008.)

Korvaushoidon polikliininen arviointi tapahtuu moniammatillisen työryhmän johdolla. Arviointiin osallistuu lääkäri, sairaanhoitaja, sosiaalityöntekijä ja tarvittaessa psykologi. Arvioinnin tarkoituksena on varmistaa potilaan opioidiriippuvuusdiagnosi, kartoittaa aikaisempi hoitohistoria, diagnosoida muut päihdeongelmat ja psykiatriset häiriöt ja saada käsitys muista potilaan ongelma-alueista, jotka vaikuttavat hoitoon. (Pirkola ym. 2007:1974.)

Arvioprosessin aikana jokaiselle asiakkaalle tehdään yksilöllinen hoitosuunnitelma ja suositukset korvaushoittoon. Arviointiprosessin tärkeimmät tavoitteet ovat aikainen arvio siitä, tuleeko potilas täyttämään sosiaali- ja terveysministeriön asettamat kriteerit opioidiriippuvuuden hoidosta, ja hoitopäätös korvaushoidosta. Selvityksellä kriteerien täyttymisestä on tarkoitus estää potilaan tarpeeton kuormittuminen arviointitoimenpiteillä, jos kriteerit eivät täyty. (Pirkola ym. 2007: 1974.)

Arviointijakson aikana sairaanhoitaja käy haastatteluissaan läpi potilaan elämänvaiheita ja päihdehistoriaa, ja kertoo potilaalle asetukseen liittyvistä seikoista. Sairaanhoitaja käyttää apunaan tiedonkeruussa muun muassa seuraavia strukturoituja välineitä: AUDIT, SDS, EuropASI ja Pompidou-lomakkeita. Lääkärin keskeinen tehtävä on tehdä diagnostinen arvio potilaasta. Sosiaalityöntekijä käy läpi potilaan työ- ja opiskeluhistorian ja sosiaalisen tilanteen sillä hetkellä. (Pirkola ym. 2007: 1975.)

Arviointijakson päätyttyä tehdään päätös korvaushoitajajonoon siirtymisestä tai ehdotus muusta hoitosuunnitelmasta. Jonossa potilas odottaa kotikuntansa järjestämää hoitopaikkaa. Hoitotakuun mukaan potilaalle pitäisi puolen vuoden sisällä järjestyä hoitopaikka. Hoitopaikan järjestyessä potilaalle varataan aika vielä lääkärille, joka kertoo potilaalle käytetystä korvaushoitolääkkeestä ja käy läpi potilaan kanssa yhdessä tulevat hoitotapahtumat. (Pirkola ym. 2007: 1975.)

Hoitopaikassa ensimmäisenä asiakas allekirjoittaa hoitosopimuksen. Hoitosopimus sisältää hoitopaikan säännöt, jotka vaihtelevat paikasta riippuen. Korvaushoito aloitetaan yleensä osasto-olosuhteissa. Osastoaloitus kestää noin kolme viikkoa, jonka jälkeen hoito jatkuu lo-

pullisessa hoitopaikassa. Osastoaloituksella halutaan turvata potilaan terveys ja ehkäistä muiden päihteiden samanaikainen käyttö. (Pirkola ym. 2007: 1977.)

Hoitopaikkaan siirryttäessä hoidon aloitusvaihe kestää noin yhdestä kolmeen kuukauteen. Aloitusvaiheen hoito on tiivistä "holding"-painotteista. Aloitusvaiheen tavoitteena on tukea potilasta osallistumaan ja myöhemmin sitoutumaan omaan hoitoonsa. Ensimmäisten kolmen kuukauden jälkeinen hoitoaika on vuoteen asti vaihe, jonka tarkoituksena on saada potilas motivoitumaan siihen, että hoitaa itseään ja ottaa vastuuta itsestään ja terveydestään. (Pirkola ym. 200: 1977-1978.)

Korvaushoidossa työskennellään elämäntapojen ja terveyden parantamiseksi. Keskeinen osa on päihteistä ja päihdekulttuurista irtautuminen. Perhe ja verkosto ovat osana työskentelyä. Pidemmälle edenneessä korvaushoidossa työskennellään tietoisemmin hoitomotivaation ylläpitämisen suhteen, potilaan kiinnostuksen suuntaamisessa minuutensa uusiin ulottuvuuksiin ja riippuvuuden tiedostamiseen. (Pirkola ym. 2007:1978.) Hoidon edetessä lääkeannosta tarkistetaan tietyin väliajoin. Hoidon loppuvaiheessa vähintään vuoden, ja monissa tapauksissa useiden vuosien jälkeen aletaan tarkastella potilaan mahdollisuuksia korvaushoitolääkkeestä irtautumiseen tai vaihtoehtoisesti hoidon jatkamiseen niin sanottuna ylläpitohoitona. Hoidon tässä vaiheessa on tavoitteena pidättäytymisen ylläpito, päihteettömyyden tukeminen ja selviytyminen arjesta hoitosuunnitelman mukaisesti. Hoidon päättyessä hoitojakso arvioidaan ja tehdään jatkohoitopaikan arvio. (Fabritius ym. 2005.)

2.8 Korvaushoito ja vastakkainasettelu mediassa

Opiiaattiriippuvuuden korvaushoito on herättänyt keskustelua ja vastakkainasettelua jo 1990-luvulta lähtien aina tähän päivään saakka. 90-luvulla korvaushoidon laillisen tuleminen myötä käytiin keskusteluja puolesta ja vastaan voimakkaasti muun muassa Suomen lääkirilehdessä. Vuosina 1997-2001 lehdessä julkaistiin yli toistakymmentä korvaushoitoa käsittelevää artikkelia. (Hakkarainen & Tigerstedt 2005: 149.) 1990-luvulla Helsingin Sanomissa erilaiset päihdeasiantuntijat kirjoittelivat korvaushoitoa puolustelevia puheenvuoroja siitä, kuinka korvaushoito on oikeutettua ja hoitopaikkoja pitäisi lisätä.

Korvaushoitokysymys oli yleisesti median käsittelyssä 1990-luvun lopulta vuoteen 2003 asti, liittyen tapaukseen, jossa yksityislääkäri Pentti Karvonen oli määrännyt omalla vastaanotollaan buprenorfiinia asiakkailleen huumeriippuvuuden hoitoon. Karvosen yksityispraktiikalla kävi jopa sata herooininkäyttäjää hakemassa apua ongelmiinsa. Karvonen itse ja hänen potilaansa kävivät hakemassa buprenorfiinilääkitystä muun muassa Thaimaasta ja Ranskasta. Lääkintäviranomaiset puuttuivat Karvosen toimintaan ja kyseenalaistivat hänen toimintansa.

Viraston mukaan Karvonen ei kyennyt riittävästi kontrolloimaan määräämänsä lääkkeen käyttöä. Viranomaisten mukaan Karvosen määräämistä lääkkeistä osa joutui katukauppaan. Karvonen tuomittiin ehdolliseen vankeusrangaistukseen huumausainerikoksista ja Terveystieteiden tutkimuskeskus vei Karvosen oikeudet harjoittaa lääkärin ammattia. (Hakkarainen & Tigerstedt 2005: 146-147.)

Pentti Karvosen toimintaa kritisoi voimakkaasti muun muassa sosiaalilääketieteen ja päihdelaitos Syväpuron perustaja Mauri Poikeljärvi, jonka mielestä subutexhoito ei auta narkomaaneja, vaan hänen mielestään huumeidenkäytön lopettaminen tarkoittaa käytön lopettamista kokonaan. Poikeljärven mielestä valtio tänäkin päivänä on jatkanut Karvosen laitonta toimintaa jakamalla Subutexia. (Koivunen 2005.)

Jopa päihdehuollon ammattilaisten piirissä buprenorfiini-korvaushoito jakaa mielipiteitä. Ne, jotka kannattavat korvaushoitoa, ovat sitä mieltä, että korvaushoidon avulla narkomaanit pääsevät paremmin kiinni normaaliin elämään ja elämän vakiintumisen avulla pääsevät sitten jossain vaiheessa lopullisesti irti lääkityksestä. Korvaushoidon vastustajat, ovat taassit mieltä, että korvaushoito on vain laillisen huumeen jakamista. (Koivunen 2005.)

2000-luvulle tultaessa korvaushoitoon liittyvät puheenvuorot mediassa ovat koskeneet sen hyödyllisyyttä ja tehokkuutta. Muun muassa päihdelääketieteen professori Mikko Salaspuro on voimakkaasti tuonut esille korvaushoidon tehokkuutta ja hyötyjä A-klinikkasäätiön omassa julkaisussa Tiimi-lehdessä. Vuonna 2001 hän kirjoittaa Tiimi-lehdessä, että näyttöön perustuvaa tutkimustietoa on opioidiriippuvuuden korvaushoidosta ja sen hyödyllisyydestä, mutta Suomessa ei tätä tietoa osata käyttää hyödyksi, eikä Suomessa noudateta tätä lääketieteen antamaa tieteellistä informaatiota hoidon toteutuksesta, eikä hoidon saantia koskevassa päätöksenteossa. Salaspuron mukaan Suomessa negatiiviset asenteet, uskomukset ja tiedon hankinta epäluotettavista lähteistä ohjaavat monella tasolla hoitoon pääsyä ja hoidon toteutusta. (Salaspuro 2001.)

Vuonna 2003 Vesa Knuuttila, Pekka Saarnio ja Kari Siekkinen Tiimi-lehdessä kirjoittivat, että Salaspuron esittämät väitteet koskien korvaushoitoa eivät pidä paikkaansa. Heidän mukaansa korvaushoito on mahdollistanut uuden huumeen eli buprenorfiinin syntymisen huumeidenkäyttäjien keskuudessa. Ongelmaksi muodostuu se, että sellaiset huumeidenkäyttäjät, jotka eivät ole koskaan käyttäneet heroiniä, kokeilevat nyt ensihuumeenaan buprenorfiinia ja jäävät koukkuun korvaushoitohuumeeseen katukaupassa. Kirjoittajat arvostelevat myös kovalla kädellä korvaushoidossa käytettävän psykososiaalisen hoidon vähyyttä. Heidän mukaansa nykyinen korvaushoito on liian lääkekeskeinen. (Knuuttila, Saarnio & Siekkinen 2003.)

Kyseenalaistava linja jatkui saman lehden samassa numerossa, jossa kaksi päihdehuollon työntekijää lähestyi korvaushoitoaihetta sen hintavuuden kannalta. Heidän mukaansa korvaushoitoon pääsevien kriteerejä tulisi tiukentaa ja keskittyä enemmän lääkkeettömään hoitoon korvaushoidon sijasta, jotta kunnat selviäisivät tulevasta taloudellisesta investoinnista korvaushoitoon. (Forssen & Tainio 2003.)

Salaspuro vastasi edellä esitettyihin kirjoituksiin seuraavassa Tiimi-lehdessä. Hänen mukaansa tulisi muuttaa yleinen harhakäsitys siitä, että korvaushoito olisi vain huumeen korvaamista toisella huumeella. Salaspuro selventää kirjoituksessaan myös korvaushoidon hyötyjä, mitä ovat muun muassa käyttäjän mahdollisuus elää tervettä ja laillista elämää ilman laittomia huumeita. Salaspuro myös valottaa artikkelissaan korvaushoidon kustannushyötyjä, joita syntyy kun huumeidenkäyttäjä ei korvaushoidossa ollessaan joudu käyttämään terveystalvuita, eikä osallistu rikolliseen toimintaan ja siten työllistä oikeuslaitosta. Salaspuron mukaan pelkkä tupakointi aiheuttaa yhteiskunnalle enemmän kustannuksia kuin huumeidenkäyttö. Hänen mukaansa on kansallinen häpeä, että Suomi ei hoida vaikeasti sairaita ja syrjäytyneitä huumeidenkäyttäjiä kansallisten suositusten mukaisesti. (Salaspuro 2003.)

Myös Suomessa erilaiset päihdejärjestöt osallistuvat korvaushoitoa koskeviin keskusteluihin vaihtelevin mielipitein. Suomen Youth Against Drugs-järjestön toiminnanjohtaja Rosita Juurinen on ottanut kantaa asiaan muun muassa Tiimi-lehdessä ja Irti huumeista-järjestön omassa lehdessä. Juurinen on sitä mieltä, että nykyään keskitytään liikaa korvaushoitoon, ja korvaushoidon arvostelijoita kohtaan hyökätään jyrkästi. Hän kritisoi korvaushoitoa perusteluinaan, että korvaushoito ei ole vähentänyt opioidiriippuvaisten määrää, vaan se on pikemminkin lisännyt niitä. Juurisen mukaan myöskään korvaushoidon tuloksellisuutta ei voida vahvistaa luotettavasti. Korvaushoitoa tarjotaan liiankin helposti ja siten yhteiskunta ja järjestelmä pääsevät helpolla. Hän kyseenalaistaakin, kumman ehdoilla järjestelmässä toimitaan, asiakkaan vain rahan. (Juurinen 2008: 26-27.)

Viimeisimmät kirjoitukset mediassa ovat koskeneet opiaattiriippuvaisten korvaushoidon jonojen pituutta ja korvaushoitopaikkojen vähyyttä. Viimeisin kirjoitus aiheesta oli 28.4.2009 Helsingin Sanomien kaupunki-osastolla. Kirjoittajat Samuli Leivonniemi ja Päivi Punkka-Hänninen kertovat, kuinka eduskunnan oikeusasiamies Riitta-Leena Paunio on ottanut kantaa Helsingin kaupungin korvaushoitojonojen pituuteen. Hänen mukaansa Helsingin kaupunki on laiminlyönyt menneinä vuosina korvaushoidon, kun jonoajat ovat venyneet yli 11 kuukauden. Tekstin mukaan Helsingin kaupunki on tilanteen parantamiseksi lisännyt korvaushoitopaikkoja 55:llä ja tällä hetkellä hoitotakuu täyttyy Helsingissä, jossa keskimäärin jonossa ollaan viisi kuukautta. Kirjoittajat kertovat myös, että Helsingin kaupunki varautuu siihen, että korvaushoidon tarve lisääntyy jatkossa. (Leivonniemi & Punkka-Hänninen 2009.)

3 AIEMMAT TUTKIMUKSET AIHEESTA

Korvaushoitoa on tutkittu monelta eri näkökulmasta, mutta itse korvaushoidon toteutumista on käsitellyt Outi Harju-Koskelin tutkimuksessaan "Kuntoutuuko korvaushoidossa?" Tutkimus on Ohjat-projektin seurantatutkimus, julkaistu Järvenpään sosiaalisairaalan julkaisusarjassa vuonna 2007. Projektin tavoitteena on ollut tutkia ja kehittää opiaattiriippuvaisten korvaushoitajien hoitojatkumoa ja psykososiaalista kuntoutusta. Tutkimuksessa seurattiin asiakkaiden hoitoa ja psykososiaalista kuntoutumista. (Harju-Koskelin 2007.)

Projektissa haastateltiin EuropAsi-lomakkeella eli päihderiippuvuuden vaikeusasteen arviointilomakkeella 60 pääkaupunkiseudulla korvaushoidossa olevaa asiakasta, puolen vuoden kuluttua hoidon alkamisesta ja yhden - kahden vuoden kuluttua ensimmäisestä haastattelusta. Haastatteluja analysoitiin muun muassa psykososiaalisen kuntoutumisen, ihmissuhteiden, psyykkisen terveyden ja päihteiden käytön näkökulmasta. (Järvenpään sosiaalisairaala 2007.)

Tutkimuksessa tutkittiin, miten asiakkaiden asuinolot, koulutus, työolosuhteet ovat muuttuneet, miten toimeentulo ja velkatilanne on muuttunut, mitä muutoksia ihmissuhteissa on tapahtunut, millä tasolla päihteiden käyttö on, millainen on psyykinen terveys ja ovatko rikokset ja tuomiot vähentyneet. Tutkimuksen aikana asiakkaiden tilanne koskien asuinoloja, koulutusta, työtä tai toimeentuloa ei muuttunut merkittävästi. Muutokset olivat hitaita ja näennäisiä näillä elämänosa-alueilla. Tutkittavilla ihmisillä ei liiemmin korvaushoidon psykososiaalinen kuntoutuminen ollut vaikuttanut näihin osa-alueisiin. Velkojen määrä tutkimukseen osallistuneilla ihmisillä kuitenkin kasvoi. Velkaa näillä tutkittavilla kasvatti aikaisempien rikosten aiheuttamat sakko- ja vahingonkorvaustuomiot. (Harju-Koskelin 2007:92.)

Tutkimuksen keskivaiheessa asiakkaiden päihteidenkäyttö ja rikokset näyttivät hiukan lisääntyneen verrattuna alkuvaiheen haastatteluihin ja psyykinen terveys parani. Viimeisen vaiheen haastatteluissa nämä edelliset näyttivät kuitenkin vähentyneen. Keskivaiheen lisääntynyttä päihteidenkäyttöä, rikollisuutta ja heikkoa psyykkistä terveydentilaa selittää asiakkaiden alun jälkeen ilmennyt uskon puute muutoksiin, koska ne tapahtuivat niin hitaasti. Asiakkaat kokivat turhautumista, joka johti päihteidenkäyttöön ja lisääntyneeseen rikolliseen toimintaan. (Harju-Koskelin 2007: 92.)

Korvaushoidon päätavoitteen mukaan korvaushoidossa on tarkoituksena tuottaa päihteettömiä ja lääkkeettömiä asiakkaita, jotka eivät tee rikoksia ja integroituvat yhteiskuntaan. Tämä tavoite ei kuitenkaan näyttänyt toteutuvan useimpien asiakkaiden kohdalla. Monella muiden aineiden väärinkäyttö jatkui korvaushoidosta huolimatta. Käyttö väheni kuitenkin vuosien

kuluessa hoidon aikana. Tutkija pohtiikin sitä, riittääkö korvaushoidon tavoitteeksi päihteiden oheiskäytön ja rikollisuuden väheneminen. Tutkijan mukaan asiakkaat kokivat hoidossa ollessaan, että heidän tavoitteitaan ja motiivejaan hoidon suhteen ei kuunneltu. Esimerkiksi, monella oli tavoitteena vain saada opiaattien käyttö loppumaan, mutta kokonaan päihteiden käytön lopettaminen ei ollut useallakaan tavoitteena. Tutkijan mielestä korvaushoidon yleinen tavoite on ristiriidassa asiakkaiden omien tavoitteiden kanssa. (Harju-Koskelin 2007: 93-94.)

Tutkimustulokset osoittavat, että psykososiaalisen kuntoutuksen osalta korvaushoidossa on puutteita. Tutkimus myös nosti esiin kysymyksen korvaushoidon henkilökuntarakenteesta, joka koostuu 90-100% terveydenhuollon henkilöstöstä. Tutkijan mukaan terveydenhuollon henkilökunnan koulutustausta tukee ongelmakeskeistä työskentelymallia. Hän ehdottaakin, että korvaushoidon psykososiaaliseen kuntoutukseen tulisi osallistua eri ammattiryhmien edustajista koostuva moniammatillinen työryhmä. (Harju-Koskelin 2007: 96.)

Toinen raportti samasta hankkeesta korvaushoitoon liittyen on julkaistu vuonna 2007. Mia-Veera Koivisto on julkaissut tutkimuksen "Mihin opiaattiriippuvaisten korvaushoidolla pyritään? Opiaattiriippuvaisten korvaushoidon tarkastelua suomalaisen huumepolitiikan, käytännön työntekijöiden ja potilaiden näkökulmasta". Raportti on Ohjat-projektin loppuraportti, johon on kerätty tietoa pääkaupunkiseudun korvaushoitoyksiköiden työntekijöiltä ja asiakkailta. Raportissa kuvataan suomalaisen korvaushoitajärjestelmän syntyä, hoitoyksiköiden työntekijöiden ajatuksia potilaiden psykososiaalisesta kuntoutuksesta ja tehdään ehdotuksia psykososiaalisen kuntoutuksen kehittämiseksi. (Koivisto 2007.)

Projektissa tutkittiin eri korvaushoitoyhteisöjen työryhmiä ja siitä, miten he ymmärtävät psykososiaalisen kuntoutuksen käsitteet ja miten konkreettisesti psykososiaalista kuntoutusta toteutetaan. Tutkimuksesta selvisi, että eri hoitomuotojen käsitteet ymmärretään korvaushoitopaikoissa hyvin eri tavoin. Tämä vaikeuttaa yhteistyötä asiakkaan, hoitoon lähettäjän, maksajan ja työyksiköiden kesken. Hoitotahot kaipasivatkin selvennystä käsitteisiin sekä niihin liittyviin tavoitteisiin. Työryhmät näkivät tarvitsevansa suurempien linjausten käsitteellistä selvennystä, jonka pohjalta eri yksiköt voisivat sitten itse muotoilla toimintaansa. (Koivisto 2007: 33-35.)

Työryhmiä tutkittaessa selvisi, että paikkojen välillä on myös paljon eroavaisuuksia, mitä tulee hoitokäytäntöihin. Esimerkiksi virtsan huumeseuvoja otettiin kaikissa hoitopaikoissa, mutta käytännöt seulojen ottamisen suhteen ja niiden tulosten vaikutusten suhteen vaihtelivat. Jossakin paikassa positiivinen huumeseuula tulkittiin niin, että asetusten mukainen hoito-myöntyvyys ei toteudu ja asiakkaalta vietiin mahdollisuus kotilääkkeisiin. Toisessa paikassa positiivinen seulatulos ei vaikuttanut kotilääkkeiden saamiseen, eikä aiheuttanut mitään mui-

takaan sanktioita. Sama erilaisuus tutkimuksessa ilmeni myös seulan antamatta jättämiseen. Toisessa paikassa se tulkittiin positiivisena seulatuloksena, minkä johdosta kotilääkkeitä ei enää annettu ja toisessa paikassa asia tulkittiin inhimillisenä erehdyksenä, jolla ei ollut mitään seuraamuksia. (Koivisto 2007: 37 -38.)

Tutkijan mukaan tutkimuksesta ilmeni, että hoidon tavoitteiden ja käsitteiden tulkinnanvaraisuus vaikeuttaa ainakin jossain määrin yhteistyötä sekä eri yhteistyötahojen kesken, että työyhteisöjen sisällä. Epäselvyys perustehtävän toteuttamisesta heijastuu henkilökunnan ja asiakkaiden välisiin vuorovaikutustilanteisiin, lisäten konflikteja ja vähentäen luottamusta. (Koivisto 2007: 44.)

Tutkittaessa potilaiden kokemuksia kuntoutumisesta selvisi, että hoitopaikan hoidolle asettamat tavoitteet ja potilaan omat tavoitteet eivät kohtaa toisiaan. Hoitopaikoissa ei ollut tehty selkeitä, kuntoutumista tukevia toimeenpanosuunnitelmia eli kuntoutussuunnitelmaa, ja jos oli tehty, niin niitä ei oltu tehty yhteistyössä potilaan kanssa. Tutkimustulokset myös vahvistivat sen, että korvaushoidossa ei jää aikaa hoitosuhteen luomiseen tai tavoitteelliseen hoitotyöhön, koska asiakkaiden ja työntekijöiden voimavarat menevät usein tavoitteiden ja käytäntöjen epäselvyyksistä johtuvien ongelmien ratkaisuun. Osa asiakkaista koki, että kontrolloivat hoitokäytännöt hankaloittivat vuorovaikutusta ja luottamuksen syntymistä hoitosuhteesta, osalle asiakkaista kontrolloivat hoitokäytännöt olivat apuna kuntoutumisessa. Tutkijan mukaan tulevaisuudessa tulisi selventää hoitokäytäntöjä, jotta vuorovaikutussuhde toimisi asiakkaan ja hoitohenkilökunnan välillä ja näin kuntoutuminen mahdollistuisi. (Koivisto 2007: 70 -73.)

Alkoholitutkimussäätiön julkaisu ”Valta ja merkitysten tuottaminen korvaushoidossa, etnografinen tutkimus huumelaitoksesta”, vuodelta 2006, havainnoi miten huumeidenkäyttäjät ja heitä hoitavat henkilöt puhuvat huumeista, hoidosta ja elämästä. Tarkastelun kohteena ovat työntekijöiden ja asiakkaiden tavat luoda merkityssuhteita korvaushoidolle ja hankkia tässä yhteydessä vaikutusvaltaa hoitolaitoksessa. Tutkimuksen on tehnyt Antti Weckroth. Tämä raportti kuvaa opioidien väärinkäyttäjien ja henkilökunnan kohtaamisia suljetussa hoitolaitoksessa. Tutkimus on toteutettu havainnoimalla ja haastatteluilla. (STAKES 2006.)

Järvenpään sosiaalisairaalassa psykoterapeuttina toiminut Nils Holmberg on tutkinut korvaushoitopotilaan kognitiivista perheterapiaa, julkaisussa ”Huumeongelmaisen korvaushoitopotilaan kognitiivinen perheterapia”, vuodelta 2002. Julkaisussa kerrotaan tapausesimerkkien avulla kognitiivisen perheterapian hoitoprosessista. (A-klinikkasäätiö 2002.)

Opinnäytetöitä aiheesta ovat tehneet myös Laurea-ammattikorkeakoulun terveydenhuollon opiskelijat, aiheesta ”Perheosastolla korvaushoidossa olevien potilaiden kokemuksia, mikä

hoidossa auttaa” kirjoittanut Sinikka Tahvanainen. Opinnäytetyössä etsitään vastauksia siihen, mitkä hoitomuodot perheosastolla auttavat kuntoutumisessa, minkälaisia voimavaroja potilaat löytävät hoidosta ja miten kuva itsestä ja omista mahdollisuuksista on muuttunut hoidon aikana. Myös terveydenhuollon opinnäytetyö Laurea-ammattikorkeakoulusta on tehty aiheena ”Liikuntaryhmän ohjaaminen korvaushoidossa oleville asiakkaille”, kirjoittaneet Heli Einiö ja Elina Kahila. Laurea-ammattikorkeakoulussa on tehty vain yksi opinnäytetyö sosiaalialan koulutusohjelmassa aiheesta korvaushoito, se oli korvaushoidossa olevien opiaattiriippuvaisten tuetun asumisen Verkko-projektin väliraportti, ”Jos ei oo asunto, niin ei voi kuvitella tekevänsä mitään huomenna, vaan pitää elää se hetki”, kirjoittajina Hanna Kivistö, Milla Lohioja ja Anna Näyhä. (Laurea Laurus 2009.)

Jyväskylän ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelman opiskelijat Sari Matalampi ja Heli Kylmäaho ovat tehneet opinnäytetyön aiheesta ”Buprenorfiini vai metadoni? Asiakkaiden kokemuksia korvaushoidosta”. Tutkimuksessa kartoitettiin Jyväskylän seudun päihdepuhutusäitiön ja Järvenpään sosiaalisairaalan korvaus- ja ylläpitohoito asiakkailta, mitä mieltä he olivat korvaushoitolääkkeestä ja korvaushoitoprosessin toimivuudesta. Tutkimus suoritettiin kyselykaavakkeella. Kyselyyn vastasi 46 asiakasta. Tutkimustuloksista selvisi, että suurin osa asiakkaista halusi tiettyyn lääkkeelliseen korvaushoitoon ja sekä metadonin että buprenorfiinin käyttäjät olivat suhteellisen tyytyväisiä nykyisellä lääkeaineella toteutettuun hoitoon. Tutkimus keskittyi lääkkeelliseen näkökulmaan. (Järvenpään sosiaalisairaala 2009.)

Päihdelinkin Sauna-keskustelupalstaa on tutkinut YTM Mira Roine gradussaan ”Huumeidenkäytön merkitykset internetin keskusteluryhmässä, diskurssianalyttinen tapaustutkimus A-klinikkasäätiön päihdelinkin Sauna-foorumista”, vuodelta 2004. Gradussaan Roine tutkii, miten keskustelupalstan avulla saadaan tietoa huumeidenkäyttäjien jäsenyksistä koskien päiheteisiin liittyviä ilmiöitä. Hän tutkii myös, miten keskusteluissa rakennetaan kuvaa huumeidenkäytöstä, käyttäjistä, sekä heidän suhteistaan muuhun yhteiskuntaan. Tutkimuksessa Roine keskittyi kirjoittajien kielenkäyttöön ja nimesi viisi erilaista puhetapaa; kokemuksellisuuden, hallinnan, individualismin, itsensä normalisoinnin ja asiantuntijuuden repertuaareiksi. Tutkimustulokset kertoivat, että palstan kirjoittajat suhtautuvat kriittisesti valistajiin ja kokevat olevansa itse vastuullisia tekemään päätöksiä, jotka koskevat huumeainetta. (Roine 2004.)

3.1 Internetin käyttö tutkimuksessa

Internetin käyttö on yleistynyt 2000-luvulla Suomessa melkoisesti. Internet on ollut tärkeä työväline myös tutkittaessa huumeidenkäytön sosiaalista ja kulttuurista muotoutumista ja leviämistä. Tämänkaltaisiin tutkimuksiin internet on oiva väline, koska sen avulla voidaan

havainnoida reaaliaikaista keskustelua ja kerätä tietopainotteista materiaalia päihteiden käytöstä. (Seppälä & Mikkola 2004: 26.)

Internetin keskusteluryhmät ovat tiedonkeruussa tehokkaita välineitä. Internetkeskusteluja havainnoimalla tutkijan persoona, sosiaalinen status ja tapa lähestyä kenttää jäävät merkittävästi pienempään rooliin, kuin perinteisessä haastattelu- ja havainnointitutkimuksessa. Samaten internetaineistoa käytettäessä jäävät tutkijan omasta persoonasta johtuvat viinomat aineiston edustavuudesta pienemmiksi. (Seppälä & Mikkola 2004: 27.)

Internetin käyttö tutkimuksessa mahdollistaa myös sen, että tutkija pääsee käsiksi luonnolliseen aineistoon, jonka hankkiminen muilla keinoin voisi olla hankalaa ja eettisesti kyseenalaista, toiminnan laittoman aseman vuoksi yhteiskunnassa. Aineisto voi myös internetistä kerättyinä olla vinoutunutta, mikä johtuu siitä, että esimerkiksi keskustelupalstoilla keskusteluita pyörittää usein kokonaiskävijämäärään nähden pieni joukko. (Seppälä & Mikkola 2004: 27.)

Internetin keskustelupalstoja on tutkimuksessaan käyttänyt hyväkseen myös YTM Marjo Laukanen väitöstutkimuksessaan ”Sähköinen seksuaalisuus - Tutkimus tyttöydestä nettikeskusteluissa”, vuodelta 2007. Hän tutki nuorten tyttöjen seksuaalisuuden rakentumista internetin keskustelupalstoilla. Kahden vuoden ajan hän seurasi kahden eri keskustelukanavan keskusteluita koskien seksuaalisuutta. (Tukiasema 2007.)

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

4.1 Tutkimukseni tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tutkimukseni tavoitteena on saada autenttista tietoa siitä, mitä mieltä opioidikorvaushoidon asiakkaat ovat hoidostaan. Tutkimuksessa haluan tuoda asiakkaiden äänen esiin palveluissa. Toivon, että tällä opinnäytetyölläni voin valottaa tämän päivän korvaushoidon ongelmia, jotta tulevaisuudessa niihin voitaisiin kiinnittää paremmin huomiota. Opinnäytetyön keskeisiä käsitteitä ovat huumausaineriippuvuus, huumausainepolitiikka ja opioidikorvaushoito. Tutkimukseni perustuu 120 yksittäiseen kommenttiin korvaushoidosta.

Tutkimuskysymykseni ovat

- Mitä mieltä päihdelinkin keskustelupalstojen käyttäjät ovat opioidikorvaushoidosta?
- Toteutuuko asiakaslähtöisyys korvaushoidossa?

- Miten voitaisiin kehittää korvaushoitoa asiakkaiden mielestä?

4.2 Laadullinen tutkimus

Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus on tutkimus, jossa pyritään kuvaamaan todellista elämää ja tutkimaan kohdetta mahdollisimman monipuolisesti ja kokonaisvaltaisesti. Tarkoituksena on löytää olemassa olevia totuuksia. (Metsämuuronen. 2003: 162.)

Minun opinnäytetyössäni on tarkoituksena valottaa asiakkaiden näkemyksiä korvaushoidosta. Valitsin laadullisen tutkimukseni lähtökohdaksi fenomenografisen lähestymistavan. Fenomenografisella lähestymistavalla on tarkoitus tuoda esiin ihmisten käsityksiä tutkittavasta ilmiöstä. Tämä tutkimustapa on kiinnostunut siitä, miten ihmiset havaitsevat, ymmärtävät ja tulkitsevat ja kokevat ilmiöitä ja tapahtumia, ja miten he muodostavat oman käsityksensä niistä. Fenomenografisessa tutkimusotteessa empiirinen aineisto tulee haastatteluista, minun tapauksessani internetin välityksellä. (Rissanen 2006.)

Toisena mahdollisuutena tutkimuksen toteuttamiselle olisi voinut olla haastattelututkimus, henkilökohtaisina haastatteluina tai kyselylomakkeen avulla. En valinnut näitä, koska ajattelin, että internetin välityksellä haastattelu tai tiedon kerääminen onnistuisi helpommin ja vähemmän aikaa vieden.

Kvalitatiiviselle tutkimukselle on tyypillistä, että sen aineisto kootaan luonnollisissa tilanteissa. Tutkija käyttää tiedonhankinnan apuna teoriaa, mutta luottaa enemmän omiin havaintoihinsa. Tehdessään tutkimusta tutkija ei lähde testaamaan teoriaa, vaan tarkastelee aineistoaan kokonaisvaltaisella ja yksityiskohtaisella tavalla. Tutkimus on joustava ja suunnitelmia muutetaan olosuhteiden pakosta. (Hirsjärvi ym. 2000: 151-155.)

4.3 Aineiston keruu

Tutkimukseni kohderyhmänä ovat yleisesti huumausaineiden käyttäjät ja heistä eritoten ne, joilla on kokemuksia opioidiriippuvuuden korvaushoidosta, joko buprenorfiini- tai metadonhoidosta.

Alkuperäisen opinnäytetyösuunnitelman mukaan minun piti saada aineisto esittämällä kysymyksiä keskustelupalstojen kävijöille. Esitinkin kysymykseni keskustelupalstalla 4.5.2009, mutta en saanut yhtään vastausta. Odotuksena oli, että kävijät mielellään vastaavat kysymyksiin, mutta ehkäpä aihetta oli käsitelty jo paljon tuolta kantilta, ainakin sellaisen kuvan sain. Kaksi nimimerkkiä, jotka reagoivat viestiini, kehoittivat vain selaamaan vanhoja keskusteluita korvaushoidosta. Viisi viikkoa odotettuani vastauksia keskustelupalstalla esittämiini kysymyk-

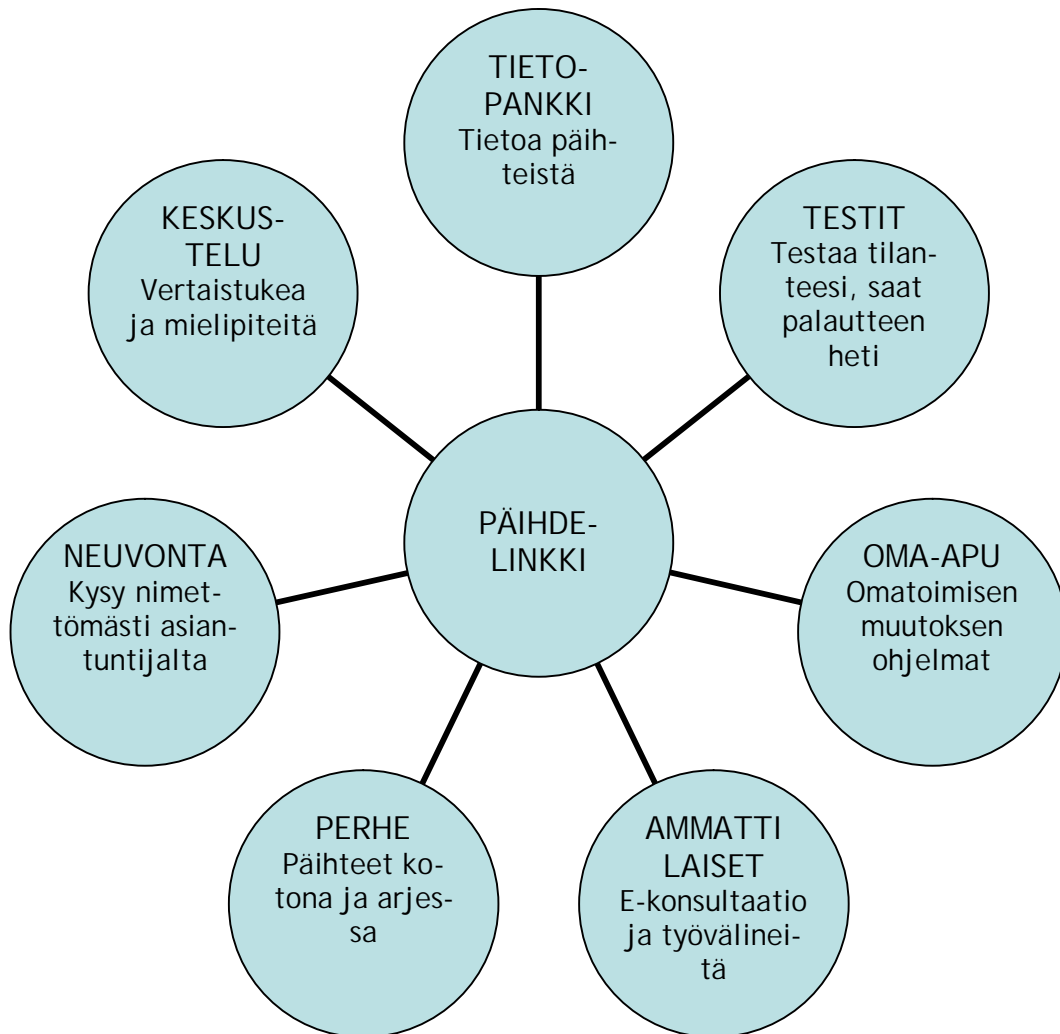
siin, hain muutosta tutkimuslupaani. Olin selaillut keskustelupalstojen vanhoja viestiketjuja ja todennut, että keskustelua korvaushoidosta oli paljon. Sain luvan käyttää vanhoja keskusteluita opinnäytetyöni lähdemateriaalina.

Etsin vanhoja keskusteluketjuja vuosilta 2007 -2009 ja löysin kirjoituksia korvaushoidosta ja valitsin niistä ne, jotka käsittelivät asiakkaiden ajatuksia siitä. Noin 90 % korvaushoitokeskusteluista koski korvaushoidossa käytettäviä lääkkeitä ja niiden vaikutuksia ja määriä. Rajasin ne omasta aineistostani pois, koska katsoin, että ne eivät kuulu omaan aihealueeseeni tai yleensäkkään sosiaalialan opinnäytetyöhön.

4.4 Päihdelinkki ja keskustelupalstat

Päihdelinkki on toiminut internetissä jo vuodesta 1996 lähtien ja on keskittynyt tuomaan tietoa päihteistä ja riippuvuuksista. Päihdelinkin palvelut tavoittavat yli 40 000 kävijää kuukaudessa. Päihdelinkin internetsivuilta löytyy tietopankki, josta saa asiantuntijoiden laatimaa tietoa päihteistä, riippuvuuksista ja niiden hoidosta. Sivustot sisältävät myös testejä, jotka antavat tilannearvion alkoholista, tupakasta, huumeista, lääkkeistä, internetin käytöstä ja pelaamisesta. Lisäksi löytyy oma-apu osio, joka antaa välineitä ja menetelmiä päihteiden ja internetin käytön hallintaan. Sivujen käyttäjät voivat saada neuvontaa, jos haluaa kysyä päihdeasiantuntijoilta nimettömästi ja vastauksen saa henkilökohtaisesti. Sivuilta perheille apua löytyy perheosiosta, joka antaa neuvoja ja ohjeita päihdeasioiden käsittelyyn kotona ja koulussa. Palvelu sisältää myös ammattilaisten osion, jossa alan ammattilaiset saavat työvälineitä ja vinkkejä netin käyttöön päihdetyössä ja neuvontaa e-konsultaatio-osassa. Sivujen keskustelualueet ovat, Sauna, Kuivaushuone ja Kotikanava, jotka käsittelevät huumeita ja päihteitä yleisesti, sekä Me vähentäjät ja Me lopettajat, jotka antavat vertaistukea päihteidenkäyttäjille, että Valtti ja Katiska, jotka antavat apua rahapelaamiseen ja internetinkäytön hallintaan. (Päihdelinkki 2009.)

Keskustelualueiden tavoitteena on muodostaa käyttäjille vertaistukea antava ympäristö, jossa voi vapaasti kertoa ajatuksiaan päihteistä ja riippuvuuksista. Sauna keskustelualueen tarkoituksena on päihteidenkäytöstä johtuvien haittojen vähentäminen. Saunassa voi haittojen vähentämisen näkökulmalla puhua päihteiden vaikutuksista, annostuksesta ja riskeistä. Kaikenlainen mielipiteiden vaihto on sallittua, kunhan se ei ole päihteidenkäyttöön yllyttämistä. Kuivaushuone keskustelualue on suljettu alue, jossa voivat vain ilmoittautuneet kirjoittajat kirjoittaa. Yhteisenä piirteenä alueella on huumeidenkäytön lopettaminen. (Päihdelinkin keskustelualueen säännöt 2009.)



Kuvio 1: Päihdelinkin osa-alueet

Internetin käytön tutkimuksen aineiston keräämisen välineenä koin moderniksi ja haastavaksi tavaksi kerätä empiriaa, joten halusin kokeilla sitä tässä opinnäytetyössä. Päihdelinkin keskustelupalstat ovat julkisia ja avoimia ja siten kaikkien internetinkäyttäjien luettavissa. Mikäli palstoille (paitsi Kuivaushuone, mihin vain erikseen ilmoittautuneet voi kirjoittaa) haluaa kirjoittaa, tarvitsee sinne vain rekisteröityä ja kirjautua sisään. Palstat ovat valvottuja, viestejä poistetaan tai muokataan tarvittaessa ja keskustelupalstalle voidaan antaa määräaikainen tai pysyvä porttikielto ilman perusteluita.

Päihdelinkin keskustelualueiden pääroolissa ovat keskustelijat. Tavoitteena on muodostaa ympäristö vertaistuelle ja kävijöiden ajatuksille päih-teistä ja riippuvuuksista. Sana on vapaa, mutta keskustelua rajoittavat yleiset käyttäytymissäännöt ja palveluntarjoajan A-klinikkasäätiön periaatteet. Päihteiden käyttöön tai lääkkeiden väärinkäyttöön yllyttäminen ja huumausaineiden valmistamisen neuvominen on kiellettyä. (Päihdelinkin keskustelualueen

säännöt 2009.) Palsta on viiveellinen, viestit säilytetään keskustelufoorumilla, joten keskustelijoiden ei tarvitse olla läsnä samaan aikaan.

Keskustelupalstan kautta saadut vastaukset edustavat luonnollista, määrältään ja laadultaan rikasta aineistoa. Verkkoaineistoon liittyy kuitenkin rajoituksia, kuten kirjoittajien valikoituminen, tekstin tuottamisedot ja se, miten hyvin asiakkaat osaavat välittää omia kokemuksiaan korvaushoidosta. Päihdelinkin keskustelualueen säännöissä mainitaan, että kirjoitettuja tekstejä voidaan käyttää tutkimuksiin ja voidaan julkaista tiedotusvälineissä osia teksteistä.

Sauna-keskustelupalstan kävijöistä on tehty kyselytutkimus vuonna 2008. Tutkimuksen tekijät ovat Päihdelinkin projektikoordinaattori Mia-Veera Koivisto ja Päihdelinkin projektiharjoittelija Pinja Halli. Tutkimuksen mukaan Sauna-keskustelupalstalla oli vuonna 2008 kuukaudessa noin 8800 eri kävijää ja kuukaudessa 33000 eri vierailua. 37 % Saunan kävijöistä oli 21–26-vuotiaita, vastaajista oli alaikäisiä 12 %. Kävijöistä naisia oli 47 % eli sukupuolijakauma oli tasainen. Vastaajista 63 % oli muualta kuin pääkaupunkiseudulta kotoisin. Pääkaupunkiseudun asukkaita oli 30 %. Työssäkävijät, työttömät ja opiskelijat muodostivat yhtä suuret osuudet. (Koivisto & Halli 2008.)

Kävijöistä 42 % käytti Sauna-keskustelupalstaa tietolähteenä. Muita käytön tarkoituksia oli vertaistuen hakeminen ja avun hakeminen läheisen ongelmiin. Noin 90 % Sauna- kävijäkyselyyn vastanneista käytti myös muita päihdelinkin alueita, kuten muita keskustelualueita, tietopankkia, neuvontaa ja testejä. Vastaajista joka kahdeksas ilmoitti käyttävänsä päihteitä päivittäin tai säännöllisesti. Useimmat kuvasivat päihteidenkäyttöään satunnaiskäytöksi. Yleisemmin käyttäjät ilmoittivat käyttävänsä alkoholia (75 %), kannabista (60 %) ja bentsodiatsepiineja (50 %). Amfetamiinia ilmoitti käyttävänsä 27 % vastanneista ja buprenorfiinia 21 % ja muita opiaatteja 32 %. (Koivisto & Halli 2008.)

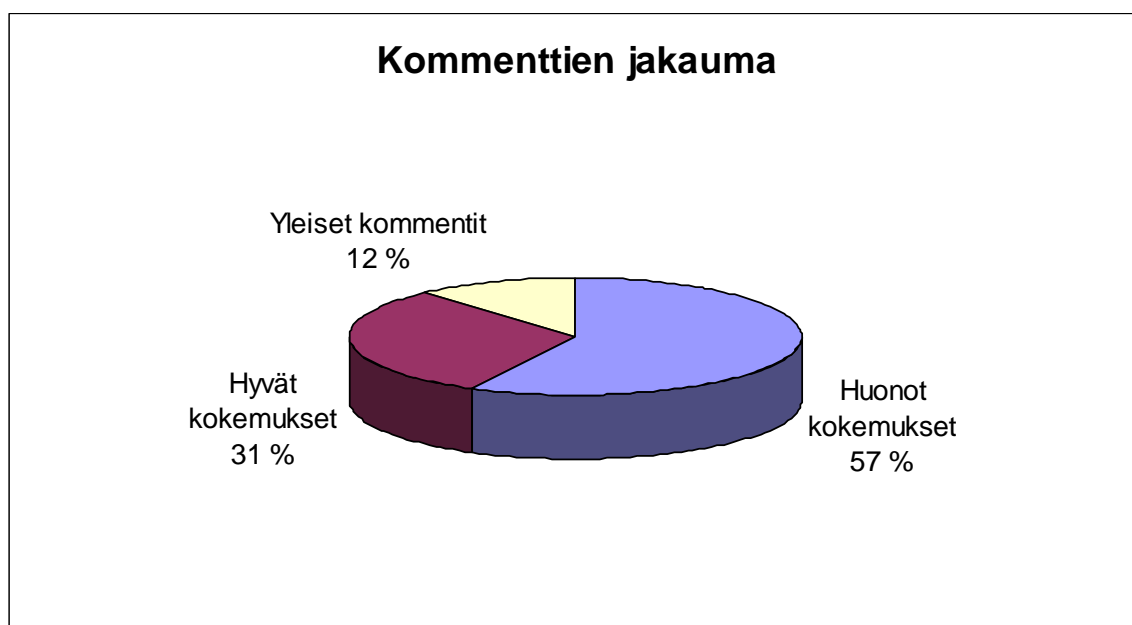
Kyselyyn vastanneiden mukaan Sauna-keskustelupalstan keskustelut ovat vaikuttaneet myönteisesti ja myös kielteisesti päihteiden käyttöön. 40 % vastaajista ilmoitti luopuneensa jonkin päihteiden käytöstä palstan avulla ja 30 % vastaajista arvioi, että keskustelut ovat houkuttaneet käyttämään jotain päihdettä, mitä ei ole aikaisemmin kokeillut. 40 % vastaajista ilmoitti vähentäneensä suonensisäistä käyttöä keskustelujen vaikutuksesta. (Koivisto & Halli 2008.)

5 TUTKIMUSTULOKSET

Keräämissäni kommenteissa Sauna- ja Kuivaushuone- keskustelupalstoilta käytetty kieli on puhekieltä, jossa lauseet ovat vajaita. Sanoja lyhennetään tai jätetään kokonaan pois. Slangisanoja ja huumekieltä on paljon. Pilkkuja käytetään harvoin ja teksti on kieliopillisesti heikkoa. Tässä puhemaisessa tyyliä jätetään isoja kirjaimia pois ja käytetään paljon välimerkkejä ja täytesanoja. Kommenteissa esiintyy myös paljon hymiöitä, joilla kirjoittajat kuvaavat tunnetiloja, äänensävyjä ja aikomuksia.

Aineistosta nousi selkeästi esiin kolme pääryhmää. Saamani aineiston päihdelinkin keskustelupalstoilta jaoin positiivisiin, elämäni pelastus -kommentteihin, huonoihin, hoitokäytäntöihin liittyviin kommentteihin ja yleisellä tasolla esitettyihin, ei henkilökohtaisiin kommentteihin korvaushoidosta. Kirjoittajat olivat olleet korvaushoidossa muutamasta kuukaudesta yli 10 vuoteen.

Keräsin yhteensä 120 yksittäistä kommenttia korvaushoidosta. Kommentit koostuivat noin 50 eri nimimerkin kirjoituksista. 69 kommenttia käsittelee huonoja kokemuksia, 37 kappaletta hyviä ja 14 kappaletta on yleisen tason kommentteja korvaushoidosta. Käsittelem työssäni kommentteja yksittäisinä, enkä erittele eri nimimerkkien kirjoituksia anonymiteetin vuoksi.



Kuvio 2: Annettujen kommenttien jakauma huonoihin ja hyviin kokemuksiin sekä yleisiin kommentteihin

5.1 Yleisen tason kommentit

Yleisellä tasolla, ei henkilökohtaisilla kommenteilla, korvaushoidosta puhutaan melko negatiiviseen sävyyn suurimmassa osassa näitä kirjoituksia. Korvaushoitoa arvostellaan siitä, että se kustantaa huumeidenkäyttäjille ilmaiset aineet verovaroin, ja se ei ole kirjoittajien mielestä oikeutettua.

”Miksi ihmisellä pitäisi edes olla oikeus valtion verorahoilla kustannettaviin ilmaisiin synteettisiin opioideihin. Tästä voimme olla montaa mieltä mutta minun päähäni ei mene tämä ilmaisten päihteiden jako.”

Korvaushoidosta kirjoitettiin, että se ei ole hoitoa ollenkaan, vaan pelkkää lumehoitoa, joka ei pitkällä tähtäimellä edes mahdollista paranemista riippuvuudesta, vaan pitkittää huumeriippuvuutta.

”Korvaushoito jo nimenäkin kertoo, mistä on kysymys. Ei siis todellakaan sairaudesta toipumisesta.”

” No juu, eiköhän tämän nyt luulisi olevan selvää jo naapurin mummollekin, että päihderiippuvuudesta ei toivuta nauttimalla jotain toista päihdettä. Oireiden hoitoon korvaushoito tosiaan tietyissä tapauksissa sopii, mutta ei siinäkään jatkuvaan pitkäaikaiseen käyttöön vaan ainoastaan ensiavuksi.”

Yleisten kommenttien mukaan korvaushoidon syytä on esimerkiksi Subutexin käytön yleisyys, jonka on mahdollistanut aineen saapuminen korvaushoitolaisilta katukauppaan. Ilman korvaushoitoa ei kommenttien mukaan olisi huumeidenkäyttäjillä, varsinkaan nuorilla käyttäjillä lainkaan näin pahoja opiaattiongelmiä. Kommenttien kirjoittajien mukaan korvaushoidossa ei pystytä valvomaan sitä, kuinka paljon korvaushoitolääkkeitä valuu katukauppaan. Hoitohenkilökunta on voimaton, kun asiakkaat kätkevät lääkkeitä ja myyvät eteenpäin niitä kadulla tai vaihtavat toisiin huumausaineisiin. Kommentit myös kertovat, kuinka paljon kotilääkkeitä käytetään väärin, eli käytetään niitä suonensisäisesti, mikä ei ole sallittua korvaushoidossa.

”Välistä kyllä ottaa aika lailla aivoon, kun niin uskomattoman moni käyttää korvaushoito-oikeuttaan väärin, tarkoittaen tällä juuri jemmaamista, seuloissa fuskaamista, kotilääkkeiden vaihtamista tekkeniin ja tai kotilääkkeiden spiguttamista...”

Yleiset kommentit arvostelevat myös korvaushoidon sääntöjä, niiden kontrollointia ja pitkiä jonoaikoja. Kirjoitusten mukaan liian tiukoilla säännöillä ja pitkillä jonotusajoilla varmistetaan se, että ”ylimääräiset” huumeidenkäyttäjät tippuvat pois pelistä ja näin ollen voidaan

sijoittaa tarpeiden mukaisesti vähemmän resursseja korvaushoittoon, kuin olisi tarve. Tällainen asiakkaiden karsiminen mahdollistaa sen, että ei tarvitse hoitaa kaikkia huumeongelmaisia korvaushoidossa. Yhden kirjoittajan mukaan hoitoon ei olisi ollenkaan jonoa, mutta päätäjät haluavat käyttäjien luulevan niin. Kommentit kertovat, että yhteiskunta ei halua tarjota piikittäjille helpompaa tapaa toipua, vaan haluaa sen sijaan rangaista heitä vaikealla hoidolla, varoittavana esimerkkinä muille.

Kirjoittajien mielestä korvaushoito ja sen säännöt ovat asiakkaan nöyryyttämistä, kun pitää joka päivä tiettyyn aikaan olla hakemassa lääke, ja lääkkeen saaminen ei ole sen arvoista, mitä joutuu hoidossa kestämään.

”Samakuin sanoisi halvaantuneelle että joo, saat pyörätuolin kun ryömit 2krt viikossa tänne sairaalaan nöyryytettäväksi vuodenajan.”

Korvaushoitoa arvostellaan myös siitä, että aikaa ei löydy muuhun kuin lääkkeiden jakoon, koska korvaushoidossa on liikaa asiakkaita. Yhden kirjoittajan mukaan, jos ei olisi niin paljon asiakkaita, olisi aikaa muuhunkin hoitoon, esimerkiksi psykososiaaliseen kuntoutukseen ja korvaushoidosta tulisi karsia pois ne asiakkaat, jotka eivät oikeasti ansaitse hoitoa, niin jäisi aikaa enemmän oikeille asiakkaille.

Yleisen tason kommentteissa löytyy myös positiivisia arvioita korvaushoitoasiaan liittyen. Positiivisiin kommentteihin lukeutuu muun muassa se, että korvaushoidon tarjoaminen huumeongelmallisille tulee halvemmaksi, kuin että samat ihmiset ryöstelemällä tai muilla rikollisilla keinoilla hankkisivat rahat aineisiin. Korvaushoito mahdollistaa myös muiden lieveilmiöiden vähenemisen. Esimerkiksi yksi kirjoittaja painottaa haittojen vähentämisen tärkeyttä korvaushoidossa, eli sitä, kun käyttäjät ovat korvaushoidossa, niin he eivät piikitä itseään ja näin ollen infektiot ja tartuntataudit vähenevät.

5.2 Negatiiviset kokemukset

Huonompia kokemuksia korvaushoidosta oli määrällisesti enemmän kuin muita kokemuksia. 120 kommentista 69 kommenttia oli negatiivisia. Negatiivisissa kokemuksissa yhteistä oli, että ne kaikki liittyivät jollain tapaa hoitokäytäntöihin eli hoitopaikan sääntöihin, henkilökuntaan ja sen osaamiseen, resursseihin, psykososiaalisen kuntoutuksen mahdollisuuksien puuttumiseen ja kontrollitoimenpiteisiin.

Eniten huonoissa kokemuksissa purnattiin sitä, että pitää tiettyinä päivinä, tiettyyn kellonaikaan hakea lääke, ja jos et ole oikeaan aikaan hakemassa lääkettä, et saa sitä ollenkaan.

Monen kirjoittajan mukaan tämä ei ole reilu järjestelmä koskien niitä, jotka ovat töissä tai opiskelemassa. Moni töissä tai koulussa käyvä ei halua kertoa olevansa korvaushoidossa ja tämä aiheuttaa ongelmia, kun pitäisi olla niin paljon poissa hoidon takia. Monelle kirjoittajalle matka korvaushoitopaikalle on myös pitkä, Moni matkustaa jopa kymmeniä kilometrejä joka päivä lääkkeen hakuun.

”Aivan naurettavaa että pitäisi joka aamu, juuri siihen aikaan kun duunit/koulut alkaa mennä hakemaan joku fixi pullo metadonia, varmasti ymmärtää työnantaja.”

Moni kommentteja kirjoittanut miettiikin, miksi on niin tärkeää hakea päivittäin lääkkeensä, miksi kotilääkkeitä on niin hankala ansaita ja miksi hoidossa pitää olla melkein vuoden, ennen kuin on mahdollisuus lomiin ja kotilääkkeisiin.

”Minkä helvetin takia niitä ei voida lyödä kouraan vaikka viikon satsia? Vittuilua ja nöyryyttämistä se on eikä ei mitään muuta! Ai siks ku saattavat mennä väärinkäyttöön, no joo ohan noit liikkeellä...”

Asiakkaiden eriarvoisuudesta kirjoitettiin myös paljon kommentteja. Monella oli tuttuja samassa korvaushoitopaikassa tai tuttuja toisen paikkakunnan korvaushoitopaikassa, ja asiakkaiden tunteita kuohuttivat eri hoitokäytännöt saman hoitopaikan sisällä. Asiakkaiden kohtelu oli kirjoittajien mielestä eriarvoista, esimerkiksi toinen asiakas sai kotilääkkeet nopeammin kuin toinen, vaikka molemmat olivat olleet saman ajan hoidossa, toisella positiivinen seula poisti lomamahdollisuuden, kun taas toisella ei.

”Toisia kohdeltiin ihan erillain; yks sai jopa kahdeks viikoks kotilääkkeet kun monille muille niitä ei meinattu antaa sit millään... Jos joillaki näky seulois jotaki ”ylimäärästä” niin kotilääkkeet lähti heti, toisilla taas sai näkyä vaikka mitä ja monta kertaa niin eipä siltikään lähteny kotilääke-oikeus.. Kohtelu ei tod olu kaikille sama.”

Myös eri paikkakuntien hoitoja vertailtiin aika lailla. Kirjoituksissa monesti näkyi halua saada tietoa siitä, miten muilla paikkakunnilla hoito hoidetaan, jotta voisi omassa hoidossaan kertoa, kuinka muualla asiat on. Yksityiskohtaisia keskusteluja käytiin hoitoajoista, kotilääkkeistä ja positiivisen seulan seuraamuksista.

Kirjoituksissa arvosteltiin myös korvaushoitopaikkojen henkilökuntaa, heidän sitoutumistaan, osaamistaan ja toimintaa yleisestikin. Monissa kirjoituksissa ilmeni, että asiakkaat eivät ole tyytyväisiä henkilökunnan toimintaan. Henkilökunnalla ei ole asiakkaiden mielestä korvaushoitoon vaadittavaa tietotaitoa. Kirjoittajien mukaan henkilökunta ei osannut vastata asiakkai-

den tarpeisiin, mitä tuli yleiseen farmakologiaan eli tietouteen lääkkeiden vaikutuksista elimistössä. Henkilökunnasta yleisesti halveksittiin lääkäreiden puutteellisia tietoja, koskien lääkkeitä ja niiden vaikutuksia.

Monesti kirjoittajat kertoivat, että hoitohenkilökunta "vittuilee", eikä ota asiakasta tosissaan. Monella kirjoittajalla oli se tunne, että hoitajia ei kiinnosta asiakkaan asiat ja henkilökunnasta paistoi läpi halveksunta huumeidenkäyttäjiä kohtaan.

"Tuolla missä mä olin, oli kans yks hoitaja joka oli ihan älytön vittuileen! Sit ku jotku ei tajunnu sen piilo-vittuilua, ärsytti niin kattella vierestä kun se läski-perse nautti tilanteesta sillä oli itellä niin pahoja ongelmia et purki ne sitten asiakkaisiin."

Hoitohenkilökuntaa moitittiin myös siitä, että hoitokeskustelut lääkkeen saamisen lomassa olivat väkinäisiä. Usea kirjoittaja oli sitä mieltä, että hoitokeskusteluihin ei ole panostettu.

"sairaanhoitaja kysyy velvollisuudentuntoisesti vain, kuinka on mennyt...josta kuultaa läpi EVVK!"

"Sairaanhoitaja käyttäytyy juuri kuten kerroit: hampaat irvessä ja väkinäinen hymy kasvoilla kysyy sen pakollisen"no kuinka on menny?"."

Korvaushoidon osa-tavoitteen eli psykososiaalisen kuntoutumisen puuttumista tuovat esiin useat kirjoittajat. Myöskään kuntoutussuunnitelmaa ei ole monelle kirjoittajalle tehty ollenkaan. Aikaresurssit hoitokäynneillä puhuttavat myös monia.

"mä tapaan mun hoitajan tunnin palaverissa kerran viikos, mut ei kyllä mulla-kaan oo mitään suunnitelmaa tehty..."

"Kun läheskään kaikille niille ei sitten riitä paikkoja tahi psykososiaalinen kuntoutus jää olemattomaksi. Jaa miksi? No johtusko siitä, kun kaikki aika menee lääkkeenhankkimisiin ja -jakamisiin niille, jotka ei sitä lopulta sit ees tarvi."

"Tääl on klinikka aivan täys ja vaa pakolliset tapaamiset voi hoitaa. Asiakkait enemmän ku mitä resurssei"

"ei omahoitaja keskusteluita ehditä pitää, ja jos ehditään ne ei kauaa kestä."

"Mä ainakin toivoisin et tähän sisältyisi kunnon terapiaa, säännölliset palaverit korvaushoitoon perehtyneen lääkärin kanssa, joissa aina päivitetäis hoitosuunnitelmaa. Mutta kun minkäänlaista hoitosuunnitelmaa ei ole edes olemassa..."

Monet kirjoittajista kertovat kaipaavansa enemmän keskustelua omahoitajien kanssa.

"MTT:stä kuulin, et vaikka sinne oli läheteellä laitettu, niin oli käännytetty takas koska "korvaushoito jo itsessään sisältää keskustelua"!!!! Eli:

-mites on viikko menny?

-ihan ok, sitä samaa.

-jaha, no kiva. tossa lääkkeet. ens viikol sama aika. moimoi!"

"suututtaa kun haluaisin puhua vaikeista asioista ammatti ihmiselle joka kyllä hetken juttelun (mahdotonta) jälkeen huomaisi että tarvitsen lääkkeitä mutta myös paljon terapiaa..."

Kirjoituksista käy ilmi myös, että monella on ongelmia itse korvaushoitopaikan suhteen ja siitä, keitä muita ihmisiä siellä käy. Useat kertovatkin, kuinka on ärsyttävää ja hankalaa hakea päivittäin lääke paikasta, jossa muut asiakkaat ovat sekaisin ja nuokkuvat lääkkeenhakujonossa. Sellaisten asiakkaiden, joilla on toisenlaiset tavoitteet korvaushoidon suhteen, eli oikeasti haluavat eroon aineista, on vaikeaa hakea lääkkeensä ja nähdä muita ihmisiä, joilla on erilaiset tavoitteet hoidon suhteen. Yksi kirjoittaja ehdottaakin, että jos voisi hakea lääkkeensä niin, ettei tarvitsisi nähdä muita asiakkaita ja ulkopuolella notkuvia lääkehakuisia ihmisiä, niin hoito olisi paljon miellyttävämpää.

"Huomenna mun korvaushoito siirretään paikkaan, jossa en todellakaan halua käydä. Siellä voi tulla sellaisia tyyppejä vastaan että pitää jo aseistautua. Vittu kun kunta säästää joka asiassa ja mua ei juurikaan kuunnella tämän asian suhteen."

Moni kirjoittaja kertoo hoidon laadun huononemisesta, kun korvaushoito on siirtynyt terveyskeskukseen. Osa kirjoittajista kokee, että heidät on hylätty terveyskeskukseen oman onnensa nojaan ja moni on katkera siitä, ettei heillä ollut mitään sanomista asiaan hoidon siirtyessä terveyskeskukseen.

”Sama on nyt täälläkin tilanne; kun siirryin terveyskeskukseen, ei mitään psykososiaalista kuntoutusta, yms... hoitaja kysyy pakkopullan tavoin vain joka kerta, miten menee. Eli kun siirtyy tk:n piiriin, jää ikään kuin tyhjän päälle”

Korvaushoidossa väärinkäyttöä eli lääkkeiden piilottamista, eteenpäin myymistä ja oheiskäyttöä useat kirjoittajat arvostelevat kovin sanakääntein. Suurimmassa osassa korvaushoitolaisia väärinkäytökset herättävät paljon kielteisiä tunteita.

”Välillä kyllä ottaa aika lailla aivoon, kun niin uskomattoman moni käyttää korvaushoito-oikeuttaan väärin, tarkoittaen tällä juuri jemmaamista, seuloissa fuskaamista, kotilääkkeiden vaihtamista tekkeniin ja tai kotilääkkeiden spiguttamista...”

Moni kirjoittaja myöntää itsekkin korvaushoitolääkkeiden väärinkäytön.

”Kyllä mäkin oon tyypeiltä kotilääkkeitään ostanu/vaihtanu, mutta en mä siitä netissä kerro!”

”Saan 16mg päivässä ja olen jo viikon verran jemmaanut siitä puolet, eli toisen napin. Tämän olen sitten vetänyt hihaan. Tiedän, ettei siinä ole MITÄÄN jarkeä, mutta se nisti minussa pistää minut tekemään tuollaista paskaa. Olen jopa yrittänyt lopettaa jemmaamisen, mutta kun ei niin ei.”

5.3 Hyvät kokemukset

Pieni osa keskustelupalstoille kirjoitetuista kommentteista oli positiivisia kommentteja koskien korvaushoitoa. 120 kommentista vain 37 oli kirjoitettu positiivisessa mielessä. Monelle korvaushoito on ollut elämää muuttava kokemus ja moni kertoikin korvaushoidon pelastaneen heidät varmalta kuolemalta.

”Korvaushoito on ollut mulle pelastus, sen avulla olen saanut elämäni järjestykseen ja pysynyt kuivilla.”

Yli puolet positiivisten kommenttien kirjoittajista kertoo, että korvaushoito on parantanut heidän elämänlaatuaan. Moni on korvaushoidossa ollessaan saanut järjestettyä itselleen opiskelu- tai työpaikan. Kirjoittajat kertovat korvaushoidon myötä tulleensa taas osaksi yhteiskuntaa. Kirjoituksissa on kokemuksia myös siitä, kuinka on saanut niin sanotusti lapsensa takaisin, saamalla huoltajuuden tai ainakin tapaamisoikeudet. Monelle korvaushoito on mahdollistanut niin sanotun normaalin elämän. Kirjoittajat kertovatkin, kuinka korvaushoidon avulla aikaa jää muihin elämän tärkeisiin osa-alueisiin, kun ei tarvitse olla kadulla hankkimassa aineita.

"Voin ehkä jopa liioittelematta sanoa, että korvaushoito pelasti elämäni. Olin kuitenkin KAIKKEA muuta yrittänyt päästäkseni siitä kamahelvetistä eroon."

"Itsellä se on muuttanut elämää aika merkittävästi, saa asioita hoidettua ihan eri tavalla kun ei tarvitse säätää nappeja kadulta. Oon saanut enemmän aikaiseksi viimeisen puolenvuoden aikana kuin viimeisten 4-5v aikana."

"Siltä kannalta hyvä juttu tämä, että ei ole tarvinnut stressata että mistä saa jokapäiväisen opiaattiannoksen, joten voi käydä koulua rauhallisin mielin"

"Itselläni korvaushoito oli pelastus huume helvetistä normaaliimpaan elämään"

"Mulla on hyvä työ ja perhe. Kaiken sen on mahdollistanut korvaushoito."

"Subutex ei ole mulle koskaan antanut mitään oloja, mutta sen avulla olen kyennyt käymään töissä ja elämään normaalia perhe-elämää."

Kaikki kirjoittajat ovat kiitollisia siitä, että heille on annettu mahdollisuus mennä korvaushoitoon, ja siitä, että yleensä sellainen on olemassa. Muutamit kirjoittajat olivat sitä mieltä, että korvaushoito on opiaattiriippuvuuteen ainoa oikea hoitomuoto, ja yleensä myös viimeinen mahdollisuus parantua.

"Korvaushoito on hieno mahdollisuus, jota ei jokaiselle annetakaan."

"A-klinikkaa täytyy myös kiittää kun antoivat uusia mahdollisuuksia ja vaihtoehtoisia hoitoja joista tämä korvaushoito olikin minulle sopiva."

"Kun tämä korvaushoito on se viimeinen mahdollisuus..."

"Suosittelen korvaushoitoa viimeisenä vaihtoehtona, jos mikään muu ei ole autanut"

Positiivisissa kokemuksissa yleistä oli, että vaikka kirjoittajat olivat tietoisia siitä, että korvaushoito on hyvä juttu ja se auttaa, niin melkein kaikissa teksteissä painotettiin sitä, kuinka paljon itse joutuu tekemään töitä kuntoutumisen eteen.

"kyllähän tuo on elämää helpottanu, mut en nyt sanois että "pelastus"... ei se et on hoidossa kuitenkin automaagisesti kaikkea korjaa.. et saa siinä ittekin tehdä työtä"

Monet kirjoittajat painottivat myös sitä, että korvaushoito auttaa vain, jos pystyy sitoutumaan korvaushoitopaikan sääntöihin ja huumeettomaan elämäntapaan.

"Tietysti ite joutuu tekemään työt, sehän siinä on pointtina, ne vaan seuraa, tukee, kannustaa yms.. Mut on ne säännöt siellä selvät, mitä pitää noudattaa. Mulle toi hoito oli pelastus, muuten olisin jo mullan alla."

"Minä kuitenkin isoimman työn sitten tein kun huomasin ettei kukaan muu sitä voi tehdä minun puolestani!"

"Nii, yleensä korvaushoito on se viimeinen vaihtoehto, jos ei pysty olemaan enään pitkän ja säännöllisen käytön jälkeen kuivilla. Ja korvaushoitoon pitää mennä sellasella asenteella että on valmis jättämään narkki elämän/kaverit pois. Ja sitoutua elämään selvää elämää."

Kirjoittajat kertovat myös positiivisissa kokemuksissa siitä ylpeyden tunteesta, kun on mennyt korvaushoitoon ja on alkanut antaa negatiivisia seulatuloksia ja päässyt lopullisesti eroon oheiskäytöstä.

"heihip hurraa tämä tyttö sai ekat puhtaat seulat piiiitkästä aikaa eilen. Oli kyllä tosi motivoituttavaa, kun sai annettua puhtaat seulat!"

5.4 Päihdeasiamiehen tilastot

Suomen päihdeasiamies, varatuomari Marjo Tervo A-kiltojen liitosta, antoi ystävällisesti tutkimukseni käyttöön hänen omat yhteydenotto-tilastonsa koskien opioidikorvaushoitoa. Suurin osa yhteydenotoista koskee jonotilanteen pituutta. Lain mukaan hoitoon pitäisi päästä arviointista puolen vuoden sisällä. Tämä ei kuitenkaan toteudu useilla paikkakunnilla Suomessa. Esimerkiksi Helsingissä jonotusaika oli yhdessä vaiheessa yli vuoden. Hoitotakuu ei toteudu tällöin. Jonotusaikana asiakkaalta edellytetään tiettyjä toimintoja, esimerkiksi säännöllisiä tapaamisia tai seuloja, joihin asiakkaat eivät ole pystyneet sitoutumaan ja tämä voi vaarantaa hoitoon pääsyn. Esimerkiksi positiivisella huumeuseulalla voi menettää paikkansa jonossa. Asiakkaiden mielestä on melkein pä mahdotonta olla ilman aineita jonotusaikana, kun ei saa mitään tukea siihen. (Tervo 2009.)

Korvaushoitoon pääsyä voi vaikeuttaa myös esimerkiksi mielenterveys-diagnoosi. Tällöin asiakkaan epäämistä hoitoon voidaan perustella liiallisella bentsodiatsepiinien käytöllä tai muilla seikoilla, esimerkiksi asunnottomuudella tai muulla huono-osaisuudella. Päihdeasiamiehen mukaan näiden seikkojen ei tulisi voida vaikuttaa hoitoon pääsyyn. (Tervo 2009.)

Muita yhteydenottoja koskien korvaushoitoa, on karenssi hoidon keskeytyessä. Kaupunki voi määrätä asiakkaalle karenssin, jos hoito keskeytyy asiakkaasta johtuvista seikoista. Tämän karenssin aikana ei asiakas voi hakea uudestaan hoitoon, vaikka haluaisikin. Asiakkaat toivovat hoitohenkilökunnalta ymmärrystä, inhimillistä ennakkoluulotonta kohtelua, ilman epäilevää asennetta. Päihdeasiamies on huolissaan siitä, kuka valvoo hoidossa asiakkaan oikeuksia? (Tervo 2009.)

6 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELUA

Opinnäytetyöni tarkoituksena oli saada tietoa siitä, mitä mieltä asiakkaat ovat opioidikorvaushoidosta, toteutuuko asiakaslähtöisyys hoidossa ja miten hoitoa voitaisiin kehittää. Tuloksiani vertailen päihdeasiamiehen tilastoihin ja Mia-Veera Koiviston tutkimukseen ”Mihin opiattiriippuvuuden korvaushoidoilla pyritään? Tavoitteiden tarkastelua suomalaisen huume politiikan, työyhteisöjen ja potilaiden näkökulmasta” ja Outi Harju-Koskelinin tutkimukseen ”Kuntoutuuko Korvaushoidossa, Ohjat-projektin seurantatutkimus”. Tutkimukset valitsin vertailun kohteeksi sen takia, että tutkimukset sisältävät hyvin paljon samanlaisia elementtejä kuin oma tutkimukseni ja tutkimuskysymykseni.

Keskustelupalstoilta saamani materiaali kertoo, että asiakkaat suuremmaksi osaksi eivät ole tyytyväisiä saamaansa hoitoon. Monelle korvaushoito on elämän pelastava mahdollisuus, mutta itse hoidossa kaikki asiat eivät ole kunnossa. Asiakaslähtöisyys ei päihdeasiamiehen tilastojen tai keskustelupalstoilta saamieni materiaalien mukaan toteudu korvaushoidossa. Asiakkaat eivät tunne tulevansa kuulluksi hoidossa. Korvaushoitotyötä ohjaa raha. Outi Harju-Koskelinin tekemässä tutkimuksessa ”Kuntoutuuko korvaushoidossa?” vuodelta 2007, tutkimustulokset olivat myös samankaltaisia. Asiakkaat ovat sitä mieltä, että hoitoa toteutetaan muilla kuin asiakkaan ehdoilla.

Mia-Veera Koiviston tutkimuksessa vuodelta 2007 ”Mihin korvaushoidolla pyritään?”, olivat asiakkaat myös sitä mieltä, että työntekijöiden ja asiakkaiden tavoitteet eivät kohtaa, ja näin ollen asiakaslähtöisyys ei toteudu korvaushoidossa. Keskustelupalstoilta saamieni materiaalien mukaan kirjoittajat olivat sitä mieltä, että korvaushoitoa tulisi kehittää asiakaslähtöisempään

suuntaan. Kirjoittajat halusivat, että korvaushoitopaikka voisi ottaa yksilöllisemmin asiakkaat huomioon hoitoa toteuttaessa. Monelle kirjoittajalle asiakaslähtöisyyden puuttuminen vaaransi koko korvaushoitoprosessin. Keskustelupalstamateriaalin mukaan asiakkaat voisivat paremmin kuvitella sitoutuvansa hoitoon, jos heidän mielipiteitään ja tavoitteitaan otettaisiin paremmin huomioon.

Psykososiaalisen kuntoutuksen puuttuminen tuli esiin sekä Järvenpään sosiaalisairaalan tutkimuksissa, että keskustelupalstamateriaalissa. Tulokset näyttävät, että asiakkaat eivät ole tyytyväisiä tällä hetkellä annettavaan psykososiaalisen kuntoutuksen määrään. Kaikista materiaaleista on todettava, että psykososiaalisen kuntoutuksen osaa olisi lisättävä. Keskustelupalstamateriaalista kävi ilmi, että osalla kuntoutujista oli erittäin epäselvä kuva siitä, mitä on edes psykososiaalinen kuntoutus. Heidän mielestään korvaushoito on tällä hetkellä melkein pä pelkkää lääkkeiden jakoa, joka hoitaa vain kuntoutuksen fyysisen puolen, jättäen muut osat alueet asiakkaan omalle kontolle. Monet keskustelupalstan kirjoittajista mielellään viettäisivät enemmän aikaa korvaushoitoklinikalla, jos saisivat enemmän esimerkiksi keskusteluapua.

Keskustelupalstamateriaalissa suurin osa kirjoittajista ei ollut tyytyväisiä korvaushoitopaikkojen henkilökuntaan. Kirjoittajien mielestä hoitopaikoissa henkilökunta oli kylmää ja ammattitaidotonta. Outi Harju-Koskelinin tutkimuksessa ehdotetaan, että korvaushoitopaikoissa korvattaisiin osa terveydenhoitohenkilöstöstä muilla sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisilla. Mielestäni sosiaalialan ammattilaisten mukaan tuominen korvaushoitopaikkoihin olisi varheen otettava kehitysehdotus, jottei hoito olisi lääkekeskeistä terveydenhuollon henkilökunnan toimesta.

Korvaushoitopaikkojen eriävät säännöt, koskien hoitoa, olivat esillä sosiaalisairaalan tutkimuksissa, kuten myös keskustelupalstamateriaalissa. Järvenpään sosiaalisairaalan molemmissa tutkimuksissa kävi ilmi, että ongelmia hoidossa aiheuttaa melko kirjava hoitosääntöviidakko. Keskustelupalstan kirjoittajat olivat sitä mieltä, että kaikkialla Suomessa tulisi hoitoon liittyvien sääntöjen olla samat. Asiakkaan kannalta tilannetta mutkistaa juuri korvaushoitopaikkojen omatulkinnanvaraisuus säädetyistä laista liittyen korvaushoitoon. Tällöin hoitopaikka voi tulkita melko omavaraisesti sääntöjä, ja tästä johtuen ne vaihtelevat melkoisesti eri paikkakunnilla. Koiviston (2007) tutkimuksessa käy ilmi, että kunnollisen hoitosuhteen luomiseen ei jää aikaa, kun kaikki aika kuluu epäselvien käytäntöjen selvittämiseen. Moni keskustelupalstan kirjoittajista oli samaa mieltä, että aikaa hoitokäynnillä on liian vähän tärkeiden asioiden selvittämiseen.

Keskustelupalstamateriaalista selvisi, että melkein kaikille positiivisten kommenttien kirjoittajille korvaushoito on mahdollistanut työ- tai opiskelupaikan. Juuri näitä ominaisuuksia kirjoittajat ylistivät korvaushoidossa, että se mahdollistaa niin sanotun normaalin elämän, johon

kuuluu töissä käynti tai opiskelu. Outi Harju-Koskelinin tutkimuksessa (2007) korvaushoidossa olleilla ihmisillä ei tilanne koskien työtä tai opiskelua ollut muuttunut merkittävästi tutkimuksen aikana. Työ- tai opiskelupaikan saaminen on aikaa vievä prosessi ja vain pidemmälle korvaushoidossa edenneet pystyvät siirtymään työ- tai opiskelumaailmaan. Päihdelinkin keskustelupalstan kirjoittajat, jotka kertoivat olevansa töissä tai opiskelemassa, olivat olleet korvaushoidossa jo vuosia.

Korvaushoidon jonotilanne näkyi niin päihdeasiamiehen tilastoissa kuin keskustelupalstamateriaalissakin. Moni kirjoittaja kertookin siitä turhautumisesta, jonka jonotus aiheuttaa. Kun käyttäjä itse on päättänyt lopettaa aineiden käytön, hän voi tahtomattaan joutua käyttämän aineita, jotta selviäisi hoitoon saakka. Hoitotakuu ei ole toteutunut kaikissa Suomen kunnissa ja jonot ovat olleet luvattoman pitkiä. Kantaa jonoihin on ottanut eduskunnan oikeusasiamies Riitta-Leena Paunio (2008). Keskustelupalstamateriaali on kerätty vuosilta 2007-2009, ja aikaisemmin korvaushoitojonot ovat olleet pidempiä, mikä on lisännyt kirjoitusten määrää. Tällä hetkellä jonotustilanne muun muassa Helsingissä on melko hyvä, kuten Leivonniemi ja Punkka-Hänninen Helsingin Sanomien (2009) artikkelissa kirjoittavat.

Korvaushoidossa tarvittavan kuntoutus/hoitosuunnitelman puuttuminen näkyy Koiviston (2008) tutkimuksessa ja päihdelinkin keskustelupalstamateriaalissa. Moni kirjoittaja ei ole tietoinen, onko heille edes tehty kuntoutus/hoitosuunnitelmaa, ja jos on tehty, niin sitä ei ole tehty yhteistyössä heidän kanssaan. Korvaushoitoasetuksessa pykälässä 5 mainitaan, että asiakkaalle pitää tehdä kuntoutus/hoitosuunnitelma, joka sisältää lääkehoidon, hoidon tavoitteen, potilaan muun lääketieteellisen ja psykososiaalisen hoidon, kuntoutuksen ja seurannan (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeillä 2008). Suunnitelma tulisi ehdottomasti kaikkialla tehdä, jotta hoidosta saataisiin asiakaslähtoisempää. Asiakas voisi itse paremmin sitoutua hoitoon, kun tietää, että hänelle on tehty tarpeelliset suunnitelmat hoidon onnistumiseksi.

Korvaushoito on kuitenkin auttanut monia ihmisiä pääsemään eroon huumeista, vaikka tutkimustuloksissa korvaushoidon asiakkaat eivät olekaan pääsääntöisesti tyytyväisiä saamaansa hoitoon. Niiden ihmisten kommentteja, jotka ovat tyytyväisiä hoitoonsa ja ovat saaneet apua siitä, jäin hiukan kaipaamaan. Mielestäni päihdelinkin keskustelupalstalla esiintyneet kirjoittajat edustavat vain marginaaliosaa korvaushoitolaisista ja helpommin kokemuksista kirjoitetaan, jos ne ovat huonoja. Ehkäpä ne, jotka ovat saaneet avun korvaushoidosta, eivät enää koe tarvetta kirjoittaa palstalle, missä muut kirjoittajat ovat vielä vahvasti mukana päihdemaailmassa.

6.1 Eettisyys

Tutkimuksessani olen noudattanut sosiaalialan hyvää tutkimuskäytäntöä ja eettisiä periaatteita. Tärkeimpinä eettisinä periaatteina ovat olleet yksityisyys ja rehellisyys. Tutkimuksessani olen noudattanut sosiaalialan yleistä vaitiolovelvollisuutta, ja lisäksi olen sitoutunut noudattamaan A-klinikkasäätiön vaitiolositoumusta allekirjoittamalla sopimuksen.

Keskeisinä tutkimuseettisinä kysymyksinä työssäni olivat yksityisyyden suoja ja tutkittavien informointi. Esittäessäni alkuperäisiä kysymyksiä palstoilla, esittädyin, ilmoitin mihin haluan vastaukset käytetään ja, että osallistuminen on vapaaehtoista. Kun yhtään vastausta ei kuulunut, vaihdoin aineistonkeruun menetelmää ja samalla muuttui kirjoittajien vapaaehtoisuus aineistossani. Uutta lupaa pyytäessäni harmia aiheutti se, kun A-klinikkasäätiön kohdalla alkuun ei oltu varmoja, voiko jo vanhoja tekstejä käyttää ilman kirjoittajien lupaa. Kaikilta Sauna-keskustelupalstan sadoilta kirjoittajilta olisi ollut mahdoton pyytää lupaa heidän tekstiensä käyttämiseen työssäni.

Löysin muita tutkimuksia, esimerkiksi Marjo Laukkasen tutkimuksessa ”Sähköinen seksuaalisuus”, joissa myös oli käytetty keskustelupalstan tekstejä ilman kirjoittajien lupaa. Palstan tekstejä voi verrata lehden yleisönosaston kirjoituksiin ja kirjoittaessaan palstalle, hyväksyy tekstiensä julkisuuden. Päihdelinkin keskustelupalstoille voi kuka tahansa mennä tekstejä lukemaan. Julkisesti esillä oleva tekstiaineisto on vapaasti kerättävissä ja analysoitavissa. Päihdelinkin säännöissä mainitaan myös, että kirjoituksia voidaan käyttää tutkimustarkoituksiin. (Päihdelinkki keskustelualueen säännöt 2009.) Työssäni käytän tekstejä nimettöminä ja ilman, että niistä voi tunnistaa kirjoittajan. Tutkimuksestani ei ole suoraa haittaa valikoituille. Tutkimukseni avulla yritän parantaa opiaattiriippuvaisten korvaushoitolaisten asemaa.

6.2 Luotettavuus

Laadullisessa tutkimuksessa ei ole yksiä tiettyjä kriteerejä, kun puhutaan luotettavuudesta. Työssä arvioidaan luotettavuutta yleensä validiteetin, eli mitä tutkimuksessa on luvattu, ja reliabiliteetin, eli kuinka tutkimustulokset ovat toistettavissa, kautta. (Tuomi & Sarajarvi 2009:136.)

Tutkimusta tulee arvioida kokonaisuutena, ja luotettavassa tutkimusraportissa tulisi löytyä seuraavat osat: 1) Tutkimuksen kohde ja tarkoitus, jotta saadaan selville, mitä olet tutkinnassa ja miksi. 2) Miten olet itse sitoutunut tähän tutkimukseen, jotta saataisiin selville miksi tämä tutkimus on tärkeä sinulle. 3) Aineiston keruu, miten olet kerännyt aineistosi ja millä menetelmällä. 4) Tutkimuksen tiedonantajat, miten heidät on valittu ja montako heitä oli. 5)

Tutkija-tiedonantaja-suhde, arvio siitä, miten suhde toimii. 6) Tutkimuksen kesto, tarkka aikataulu. 7) Aineiston analyysi, eli miten aineistoa on analysoitu ja miten tuloksiin, johtopäätöksiin on tultu. 8) Tutkimuksen luotettavuus, jossa arvioidaan, miksi tutkimus on luotettava ja eettistä tarkastelua kestävä. 9) Tutkimuksen raportointi, miten tutkimus on koottu ja miten se on analysoitu. (Tuomi & Sarajärvi 2009: 140-141.)

Tutkimuksessani käytän osittaista aineistotriangulaatiota, eli käyttämäni aineistomateriaali on kerätty kahdesta eri paikasta asiakkailta, internetin keskustelupalstalta ja päihdeasiamiehen tilastoista yhteyden ostoista koskien korvaushoitoa. Osittainenkin triangulaatio lisää tutkimuksen luotettavuutta. Luotettavuudessa tulee ottaa kuitenkin huomioon, että osa aineistostani on internetkirjoituksista ja en voi olla varma, että kirjoittajilla on edes kokemusta korvaushoidosta.

Olen omassa tutkimuksessani pyrkinyt läpinäkyvyyteen kaikissa projektin vaiheissa ja kuvaamaan työskentelyäni mahdollisimman tarkasti. Olen myös alusta alkaen ilmaissut oman ennakkokäsitykseni tutkimusongelmasta ja mielestäni se lisää myös tutkimuksen luotettavuutta.

6.3 Jatkotutkimusaiheet

Lähdemateriaaleista käy ilmi, että korvaushoidon asiakkaat eivät pääsääntöisesti ole tyytyväisiä saamaansa hoitoon. Molemmat Järvenpään sosiaalisairaalan tutkimukset myös vahvistavat tutkimustuloksiani, että korvaushoidossa on paljon kehiteltävää. Kysymys kuuluukin, että miten korvaushoitoa voisi kehittää. Vastaus löytyy mielestäni asiakkaista. Asiakkaat tulisi ottaa mukaan kehittämistyöhön, jotta korvaushoidosta voitaisiin tehdä vieläkin asiakaslähtöisempää ja asiakasystävällisempää. Asiakashan on oman hoitonsa asiantuntija. Yhdistämällä työntekijöiden ja asiakkaiden voimat saataisiin korvaushoidosta paras mahdollinen. Nyt pitäisi vain enää saada molemmat osapuolet yhteen, ja miten hoitoa voitaisiin kehittää.

7 OPINNÄYTETYÖPROSESSIN KUVAUS, ARVIOINTI JA POHDINTA

Päihdetyö on kaikissa opinnoissani ollut minulle se mielenkiintoisin osa-alue, ja olenkin aina mahdollisuuden tultua suunnannut opintoni siihen, joten oli luontevaa, että valitsin opinnäytetyöaiheekseni myös aiheen päihdetyön saralta. Olen aikaisemmalta koulutukseltani lähihoitaja ja näin ollen sekin vaikutti aiheen valintaan. En halunnut valita puhtaasti sosiaalialan aihetta päihdetyön saralta, vaan halusin yhdistää myös terveydenhuollollista puolta siihen.

Korvaushoitoaiheen idean sain toisen vuoden työharjoittelupaikkani ohjaajalta. Hän kertoi, että korvaushoidossa on paljon muutoksia tapahtumassa ja korvaushoito puhututtaa paljon sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia. Aiheen idean sain siis jo kesäkuussa 2008. Kesän yli kypsyttelin aihetta mielessäni, ja syksyllä mennessäni työharjoitteluun, jossa tapasin paljon itse korvaushoidossa olevia ja korvaushoidon kanssa tekemisissä olevia työntekijöitä, ja aiheeni varmistui. Kyseisessä työharjoittelupaikassa päätökseni sai vielä vahvistusta, kun aistin asiakkailta ja työntekijöiltä, että kaikki asiat eivät korvaushoidossa ole hyvin.

Aihe oli siis selvä ja sen jälkeen hainkin lupaa opinnäytetyölleni ja sain sen. Tosin alussa pelkäsin, että saako edes hankkeiden ulkopuolisiin töihin lupaa. Ensimmäinen opettajan tapaaminen oli helmikuussa 2009, jonka jälkeen aloin hankkia materiaalia korvaushoidosta. Materiaalia löytyi melko niukasti, koska korvaushoito on Suomessa suhteellisen uusi asia. Teoreettinen viitekehys muotoutui kuitenkin mielestäni riittävän laajaksi.

Samalla, kun kirjoitin teoriaosuutta, selvitin, että saisinko tutkimusluvan A-klinikkasäätiöltä, kysymysten esittämiseen internetin Päihdelinkin keskustelupalstalla. Olin päättänyt, että en lähde henkilökohtaisesti haastattelemaan asiakkaita, koska olin kuullut, että lupaa henkilökohtaisiin haastatteluihin saa harvoin ja luvan saavat vain korkeampi-arvoiset tutkimukset. Mielestäni internetin käyttö tutkimusaineiston saamiseksi sopi siis minulle hyvin.

Huhtikuussa 2009 sain A-klinikkasäätiöltä luvan esittää kysymyksiä päihdelinkin keskustelupalstoilla. Päihdelinkkiin olen ollut yhteydessä vain sähköpostin välityksellä. Toukokuun alussa esitin kysymykseni internetissä. Ensimmäisistä päivistä lähtien minulla oli huono aavistus, että saankohan vastauksia ollenkaan. Viikot kuluivat ja vastauksia ei tullut. Ihmiset kävivät kyllä lukemassa kysymykseni, mutta en saanut muita vastauksia kuin, että aihetta on käsitelty aikaisemmin, että siitä vain vanhoja viestiketjuja lukemaan. Toukokuun loppuun mennessä kysymyksiäni oli käynyt lukemassa 170 ihmistä, mutta ei yhtään vastausta. Päätin hakea uutta lupaa, että voisin käyttää vanhoja viestiketjuja materiaalinani. Tässä vaiheessa koin opinnäytetyöni turhauttavimman hetken. Lupaa ei kuulunut ja yhtäkkiä minulla ei ollutkaan mitään tutkittavaa. Samalla laitoin kysymykseni Suomi 24-keskustelupalstalle, mutta en saanut yhtään vastausta sieltäkään. Mielessäni kummitteli jo koko työn kaatuminen. Kesäkuussa sain vihdoinkin luvan käyttää vanhoja viestiketjuja materiaalinani. Se oli melkoinen helpotus, ja pääsin taas etenemään työssäni.

Kesän ajan olen nyt analysoinut keskustelupalstalta saamaani materiaalia ja täytyy myöntää, että juuri tämä vaihe on ollut työssä kaikkein haastavin. Olin jo valmiiksi päättänyt, että pyhitän koko kesän opinnäytetyölleni ja onneksi tein sen päätöksen, koska tämä loppuosa on ollut juuri aikaa vievin vaihe.

Nyt on kesän loppu ja työni on valmis. Kaiken kaikkiaan tämä koko prosessi on kestänyt kahdeksan kuukautta. Aloittaessani työtäni, edessäni näkyi vain suuri este, jonka ylittäminen tulisi olemaan vaivalloista. Nyt kun työni on valmis, ei se este ollutkaan niin suuri, kuin alussa kuvittelin. Työni on edennyt juuri siinä aikataulussa, missä suunnittelinkin, pieniä viivästyksiä lukuun ottamatta.

Olen aikaisemmin lähihoitajatutkinnossani tehnyt opinnäytetyön parin kanssa, ja halusin nyt tehdä työni itsenäisesti, koska halusin todistaa itselleni, että pystyn siihen yksinkin. Tietysti on ollut vaikeaa koko prosessin ajan, kun on tekemässä työtä yksin, mutta pitkä aikaväli työn tekemiseen on mahdollistanut sen, että olen saanut välillä ottaa työhöni etäisyyttä, jonka avulla olen saanut taas voimaa työn jatkamiseen.

Koko työskentelyprosessissani on suunnitelmallisuus ja etukäteisajattelutyö ollut voimissaan. Ennen kaikkien vaiheiden alkua olen mielessäni suunnitellut tulevaa osuutta. Samalla pohdin ja reflektoin aikaisemmin kirjoittamaani tekstiä. Usein asiat tapahtuivat niin, että päivällä luin muita opinnäytetöitä ja taustamateriaalia, sitten aloin ajatuksissani työstää asiaani, ja vasta seuraavana aamuna laitoin koneelle tekstiä. Huomasin, että jos aloin kirjoittaa ilman mielikuvaharjoittelua, tulosta ei syntynyt. Jälleen kerran kiitän itseäni siitä päätöksestä, että pyhitin kesän vain tämän työn tekemiselle, ja sain tarpeeksi aikaa ajatustyöskentelylle ja tekstin työstämiseen.

Päiväkirjan pitäminen opinnäytetyöprosessista on myös auttanut työn varrella. Siihen on saanut purkaa pahimmat turhautumiset ja kertoa suuret onnistumisen kokemukset. Näin jälleenkäin päiväkirjaa lukiessani se kertoo pitkästä, mutta mielestäni hyvin onnistuneesta, matkasta.

Hain työssäni tietoa siitä, mitä mieltä asiakkaat ovat korvaushoidosta, ja löysin vastauksia. Näin jälleenkäin ajateltuna olisin voinut yrittää muillakin keinoin, esimerkiksi henkilökohtaisilla haastatteluilla, tavoittaa korvaushoidon asiakkaita, koska mielestäni päihdelinkin keskustelupalstoilla kävijät edustavat vain marginaaliosaa korvaushoitolaisista, ja näin ollen vastauksia ei voi täysin yleistää.

Opinnäytetyön tekeminen oli haastavaa, mutta samalla erittäin antoisaa. Koin, että työtä tehdessäni sain mahdollisuuden tutustua uuteen tehtäväkenttään. Samalla pystyin syventämään omaa osaamistani päihdetyön saralta.

Olen kuullut, että korvaushoitopaikoissa on pohdittu sosionomin mukaan tuomista korvaushoitoyksikköön. Sosionomi voisi omalla osaamisellaan tuoda työryhmään uusia lähestymis- ja

ongelmanratkaisutapoja. Tulevaisuudessa voisin vahvasti harkita, josko hakisin sellaista työpaikkaa.

7.1 Pohdinta

Korvaushoito on apu opiaattiriippuvuuteen. Korvaushoidon avulla voidaan lieventää inhimillistä kärsimystä ja huumeidenkäytöstä johtuvia haittoja, mutta korvaushoito ei yksin poista huumeongelmaa. Korvaushoidon avulla säästetään miljoonia terveydenhuollossa, poliisityökentelyssä ja rikosoikeudessa. Korvaushoito on todistanut näiden vuosien ajalta, että se toimii jossain määrin, mutta kysymys kuuluukin, miten siitä voisi saada vielä toimivamman, että voisimme sen avulla auttaa vielä useampia ihmisiä. Tilastot kertovat raakaa todellisuutta siitä, että maamme huumeongelma ei ole vähentymässä, vaikka tasaantunut se onkin. Joka vuosi huumekuolemien määrä lisääntyy ja varsinkin nuorten käyttäjien kuolemat. On aika nostaa Suomessa huumehoito sivistysvaltion tasolle.

Vaikka korvaushoito jossain määrin tehoaa, niin asiakkaiden äänet palveluista kuitenkin kertovat huonoja uutisia. Tämä on juuri se asia, johon kaikkialla sosiaali- ja terveydenhuollossa tulisi tulevaisuudessa kiinnittää huomiota. Asiakkaalta kerätty palaute on tärkeää, jotta palveluita voitaisiin kehittää. Varsinkin päihdepalveluiden marginaaliasiakkaat unohtuvat helposti. Työssäni halusin saada asiakkaiden äänen kuuluviin palveluissa, ja koen, että osan asiakkaiden äänistä sainkin kuuluviin.

Korvaushoidossa asenteilla on paljon merkitystä, niin sitä työkseen tekevien asenteilla kuin myös ylipäättänsä yhteiskunnan asenteilla. Liian tiukka tai ennakkoluuloinen suhtautuminen estää avun saapumisen oikeaan osoitteeseen. Yhteiskunnan asenteilla on merkitystä kokonaiskuvassa, ja henkilökunnan asenteilla taas henkilökohtaisemmalla tasolla itse hoitopaikassa. Kummassakin tapauksessa asiakkaan ongelmien takaa ei nähdä sitä kärsivää ihmistä.

LÄHTEET

Aho, H & Paakkari, P. 2008. [WWW-dokumentti] Buprenorfiinin ja naloksonin yhdistelmävalmiste. Lääketietoa lääkelaitokselta. Viitattu 29.3.2009.
http://www.terveysportti.fi/terveysportti/ekirjat.Naytaartikkeli?p_artikkeli=tab00226

Baas, A & Seppänen-Leiman, T.2002. Kadulta korvaushoitoon. Helsinki. A-klinikkasäätiön raporttisarja nro 38.

A-klinikkasäätiö. 2002 Tiimi-arkisto. [WWW-dokumentti] Viitattu 2.4-2009. <http://www.a-klinikka.fi/tiimi/arkisto/2002/602/uutisia.htm>

EMCDDA. Euroopan huumeita koskevan tiedon keskus Euroopan unionissa. 2005. [WWW-dokumentti] Huumeiden ongelmakäyttö. Viitattu 19.3.2009
http://ar2005.emcdda.europa.eu/fi/page058-fi.html#fn-146-1-1-9_1_0_0_0_0-2-0-1_104

Fabritius, C., Seppänen-Leiman, T., Ahokas, H. & Kanerva, H. 2005. Opiiaattiriippuvuuden korvaushoidon käsikirja. H. Helsinki Gummerus kirjapaino.

Forssen, T & Tainio, H. 2003 Tiimi-lehti. Mistä rahat korvaus- ja ylläpitohoitoihin?

Hakkarainen, P.1992. Suomalainen huumeekysymys. Helsinki. Hakapaino.

Hakkarainen, P. 2000. [WWW-dokumentti] Huumeepolitiikka ja muuttuvat ongelmat. Viitattu 24.3.2009. <http://www.kaapeli.fi/viridis/archive/kesa00/hakkarainen.html>

Hakkarainen, P & Metso, L. 2006. [PDF-dokumentti] Huumeekysely. Viitattu 22.3.2009.
<http://yp.stakes.fi/NR/rdonlyres/C750A39A-CAF4-4E4B-9055-BE7224681B7C/0/075hakkarainen.pdf>

Hakkarainen, P & Tigerstedt, C. 2005. Korvaushoidon läpimurto Suomessa. Yhteiskuntapolitiikka. 70.

Harju-Koskelin, O. 2007. Kuntoutuuko korvaushoidossa? Ohjat-projektin seurantatutkimus. Järvenpään sosiaalisairaalan julkaisuja nro 37. Järvenpää

Havio, M., Inkinen, M., Partanen, A. 2008 Päihdehoitotyö. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino.

Helsingin Sanomat. 2008.Tanska alkaa jakaa heroinia ilmaiseksi huumeidenkäyttäjille. 26.2.2008.

Hirsjärvi. S., Remes. P., Sarajärvi.P. 2000. Tutki ja kirjoita. Tammi. Helsinki

Holopainen, A. 2007. Huumeriippuvuus on aivojen sairaus. Irti-lehti numero 1.

Huume tilanne Suomessa. 2008. [PDF-dokumentti] Vuosiraportti EMDCCA:lle. Viitattu 19.3.2009
<http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/reitox/Huume%20tilanne%20Suomessa%202008.pdf>

Juurinen, R. 4/2008. Irti-lehti. Korvaushoitoko ainoa oikea hoito?.

Juurinen, R. 4/2008. Viiva.(WWW-dokumentti) Viitattu 4.9.2009.
<http://www.yad.fi/index.php?l=2&path=12,400,403>

Järvenpään sosiaalisairaala tutkimuksia. 2007. [WWW-dokumentti] Viitattu 2.4.2009.
<http://www.sosiaalisairaala.fi/tutkimus.php?id=1>

Järvenpään sosiaalisairaalan tutkimuksia 2009. [WWW-dokumentti] Viitattu 2.4.2009. <http://www.sosiaalisairaala.fi/tutkimus.php?id=1>

Knuuttila, V., Saarnio, P. & Siekkinen, K. 2003. Tiimi-lehti. Huumeriippuvuuden lääkehoidosta ei saisi tehdä ainoaa vaihtoehtoa.

Koivisto, M-V. 2007. Mihin opiaattiriippuvaisten korvaushoidolla pyritään? Opiaattiriippuvais-
ten korvaushoidon tarkastelu suomalaisen huume politiikan, käytännön työntekijöiden ja poti-
laiden näkökulmasta. Järvenpään sosiaalisairaalan julkaisuja nro 38. Järvenpää.

Koivisto, M-V & Halli, P. 2008. Sauna kävijäkyselyn tulokset. A-klinikkasäätiö.

Koivunen, K. 2005. Korvaushoitoa ja oheiskäyttöä. Voima lehti 7/2005.

Laurea. Laurus. 2009. [WWW-dokumentti] Viitattu 2.4.2009. [http://laurus.amkit.fi/cgi-
bin/Pwebrecon.cgi?Search_Arg=korvaushoito&Search_Code=SKEY&SL=None&PID=qaKACN5fGz
mPJ3TxpVzQJSJ99k&SEQ=20090402114129&CNT=50&HIST=1](http://laurus.amkit.fi/cgi-bin/Pwebrecon.cgi?Search_Arg=korvaushoito&Search_Code=SKEY&SL=None&PID=qaKACN5fGzmPJ3TxpVzQJSJ99k&SEQ=20090402114129&CNT=50&HIST=1)

Leivonniemi, S. & Punkka-Hänninen, P. 2009. Oikeusasiamies: Helsinki laiminlöi korvaushoi-
don. Helsingin Sanomat.28.4.

Metsämuuronen. J. 2003. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Jyväskylä.
Gummerus Kirjapaino Oy.

Onnela, T. 2001. Huumeet ja huumeidenkontrolli historia näkökulmasta. Teoksessa Onnela, T.
(toim.) Pyhä huumesota-huumeidenpolitiikan pelkoja ja utopioita. Uusikaupunki. Newprint kirja-
paino, 19-40.

Partanen J. 2002. Huumeet maailmalla ja Suomessa. Teoksessa Huumeidenkäyttäjä hyvinvoin-
tivaltiassa. Kaukonen, O. & Hakkarainen, P. (Toim.) Helsinki. Yliopistopaino.

Paunio, R. 2008. [WWW-dokumentti] Valtakunnallinen terveydenhuollon eettisen neuvottelu-
kunnan seminaari. Viitattu 24.3.2009. <http://www.etene.org/dokumentit/julkaisuyhtfin.pdf>

Pirkola, S., Heikman, P., Vormaa, H., Turtiainen, S. 2007. Opioidikorvaushoito päihdepsykiatri-
assa. Duodecim. 123:1973-1981.

Päihdelinkki tietoisuus. 2009. [WWW-dokumentti] Viitattu 4.9.2009.
<http://www.paihdelinkki.fi/tietoisuus/381-huumeidenkaytto-osana-kulttuuria>

Päihdelinkki. 2009. [WWW-dokumentti] Viitattu 7.4.2009. <http://www.paihdelinkki.fi/>

Päihdelinkki keskustelualueen säännöt. 2009 {WWW-dokumentti} Viitattu 24.3.2009
<http://www.paihdelinkki.fi/kavijoille/paihdelinkin-keskustelualueen-saannot>

Rantala, K. 2006. [WWW-dokumentti] Mediumi. Utopioista todellisuuteen. Huumeiden viihde-
käytön määrittely. Viitattu 17.3.2009. [http://www.m-
cult.net/mediumi/article.html?articleId=45&page=2](http://www.m-cult.net/mediumi/article.html?articleId=45&page=2)

Repo, P. 2008. Helsingin Sanomat. artikkeli Huumeriippuvaisten pääsy hoitoon takkuu yhä
monessa kaupungissa. 23.9.2008.

Rissanen, R. 2006. [WWW-dokumentti] Kvalimotiv. Fenomenografia. Viitattu 1.4.2008.
http://www.fsd.uta.fi/metodologia/metodologia/kvali/L5_1.html

- Roine, M. 2004. [WWW-dokumentti] Huumeidenkäytön merkitykset internetin keskusteluryhmässä. A-klinikkasäätiön monistesarja nro 39. Viitattu 22.6.2009 <http://www.a-klinikka.fi/julkaisut/verkkojulkaisut/saunadiskurssi.pdf>
- Salaspuro, M. A-klinikkasäätiö Tiimi-lehti 2001. Opioidiriippuvuuden hoito ja tieteellinen näyttö.
- Salaspuro, M. A-klinikkasäätiö Tiimi-lehti 6/2003 artikkeli Tieteen objektiivisuus ja kriittisyys, sekä opiaattiriippuvuuden hoito.
- Salasuo, M. 2004. Huumeet ajankuvana, Huumeiden viihdekäytön kulttuurinen ilmeneminen Suomessa. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino.
- Salasuo, M & Rantala, K. 2004. Huumeiden viihdekäyttö ajankuvana. Teoksessa Huumeet ajankuvana. Saarijärvi. Gummerus Kirjapaino, 147 -169.
- Salasuo, M. 2008. [PDF-dokumentti] Polarisoituva huumeekysymys. Alkoholi ja huumeetutkijan seuran seminaari. Viitattu 17.3.2009. www.ahts.fi/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=37 -
- Seppälä, P. & Mikkola, T. 2004. Huumeet internetissä ja nuorisokulttuureissa. Havaintoja huumeiden merkityksistä ja riskikäsitteistä käyttäjäpiireissä. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Raportteja 287. Saarijärvi. Gummerus kirjapaino.
- Siurila, L. 1998. Hoitoa vai kontrollia? Yhteiskuntapolitiikka. 63. 287-290.
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeillä. [WWW-dokumentti] Viitattu 26.3.2009. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=23058&name=DLFE-4263.pdf&title=Uusi%20asetus%20opioidiriippuvaisten%20hoidosta%20voimaan%201.2.2008,%20KT%202/2008
- STAKES 2006 julkaisuja. [WWW-dokumentti] Viitattu 2.4.2009. [http://www.stakes.fi/FI/Julkaisut/Kirjakauppa/KKMuut/m220.htm?NRMODE=Published&NRORIGINALURL=%2FFI%2FJulkaisut%2FKirjakauppa%](http://www.stakes.fi/FI/Julkaisut/Kirjakauppa/KKMuut/m220.htm?NRMODE=Published&NRORIGINALURL=%2FFI%2FJulkaisut%2FKirjakauppa%2F)
- Tammi, T. 2002 Onko Suomen huumeepolitiikka muuttunut? Teoksessa Huumeidenkäyttäjä hyvinvointivaltiossa. Kaukonen, O. & Hakkarainen, P. (Toim.) Helsinki. Yliopistopaino. 252-271.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2008. [WWW-dokumentti] Mitä ovat huumeet? Viitattu 16.3.2009. http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/elintavat/huumeet
- Tervo, M. 2009. Päihdeasiamiehen tilastot koskien korvaushoitoa.
- Toiviainen, R. 2006. Mahdollisuus. Irti-lehti numero 2.
- Tuomi, J & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki. Tammi.
- Tukiasema 2007. [WWW-dokumentti] Viitattu 24.7.2009. <http://www.tukiasema.net/uutiset/default.asp?newsID=318&search=seksuaalisuus>

KUVIOT

Kuvio 1: Päihdelinkin osa-alueet	22
Kuvio 2: Annettujen kommenttien jakauma huonoihin ja hyviin kokemuksiin sekä yleisiin kommentteihin	24

Liite 1 HAASTATTELUKYSYMYKSET

Tervehdys! Olen Sosiaalialan opiskelija Laurea-ammattikorkeakoulusta, valmistelen parhaillaan opinnäytetyötä aiheesta ASIAKKAIDEN KOKEMUKSIA KORVAUSHOIDOSTA ja nyt kaipaisinkin juuri sinun kokemuksiasi opiaattiriippuvuuden korvaushoidosta! Voit kirjoittaa keskustelupalstalle tai sähköpostiini mirka.honkala@laurea.fi

Lopullinen opinnäytetyö julkaistaan sähköisenä versiona Laurea-ammattikorkeakoulun verkossa.

Kerro vapaasti nimimerkillä kokemuksistasi opiaattiriippuvuuden korvaushoidossa olostasi! Taustatiedoiksi haluan tietää vain sukupuolesi ja ikäsi.

Vastaa esimerkiksi seuraaviin kysymyksiin:

- Oliko korvaushoittoon helppo mielestäsi päästä?
- Kauanko kesti päästä korvaushoittoon?
- Jouduitko keskeyttämään korvaushoidon, jos, niin mistä syystä?
- Minkälaisia sääntöjä oli korvaushoidossa? (Esim. miten oheiskäyttöön suhtauduttiin?)
- Jos saisit valita ihan minkä vaan hoitopaikan, jossa toteutettaisiin korvaushoitosi, niin mikä se paikka olisi? (Jos tiedät eri paikoista)
- Onko mielestäsi korvaushoidosta hyötyä, jos on, niin miten?
- Kerro korvaushoidon hyviä ja huonoja puolia?
- Miten korvaushoittoa voitaisiin kehittää?

Kiitoksia etukäteen vastauksista, terveisin Mirka Honkala

Liite 2 TUTKIMUSLUPA

Lupa



A-KLINIKKASÄÄTIÖ ■ A-KLINIKSTIFTELSEN ■ A-CLINIC FOUNDATION

https://keskuststo.a-klinikka.fi/cgi-bin/nlupa_view.pl?uname=tanja&...

Honkala Mirka

TUTKIMUSLUPA

Opinnäytetyön *Asiakkaiden kokemuksia korvaushoidosta*, jonka lupa-anomus ja tutkimussuunnitelma on toimitettu A-klinikkasäätiöön 19.3.2009, toteuttamiselle Päihdelinkki-verkkopalvelussa myönnetään tutkimuslupa. Viestintäjohtaja Aino Majava on puoltanut tutkimusta.

Hankkeen toteuttamisessa tulee noudattaa A-klinikkasäätiön hoito- ja tutkimuseettisen toimikunnan sekä kehittämissyksikön yleisiä tutkimuseettisiä ohjeita ja hyviä tutkimuskäytäntöjä.

Vastaavan tutkijan tulee huolehtia siitä, että kaikilla tutkimuksen toteuttamiseen osallistuvilla henkilöillä on riittävä vaitiolositoumus. A-klinikkasäätiön vaitiolositoumuslomakkeita saa keskustuimistosta.

Tutkittaville asiakkaille on korostettava, että heillä on oikeus kieltäytyä tutkimuksesta tai keskeyttää osallistumisensa ilman erillisiä perusteluja. Tutkimus on täysin vapaaehtoinen, eikä kieltäytyminen vaikuta asiakkaan oikeuteen saada hoitoa tai muita tarvitsemaan palveluja.

Lupa myönnetään ja kohdennetaan viitaten esitettyyn hankesuunnitelmaan. Suunnitelman muuttuessa sisällöllisesti tai toteutustavaltaan tutkijan tulee hankkia uusi lupa.

Luvan myöntäjällä on oikeus tarvittaessa tarkistaa myöntämänsä lupaa tai keskeyttää hanke, jos se ei vastaa sitä mihin lupa on myönnetty.

A-klinikkasäätiön kehittämissyksikkö on valmis antamaan ohjausta ja neuvontaa hankkeen toteuttamiseksi.

Hankkeen päätyttyä tutkijan tulee toimittaa A-klinikkasäätiön keskustuimistoon tutkimusraportti sekä päivittää tutkimuksen tulokset hanketietokantaan.

Helsingissä 14.4.2009

Lasse Murto
prof., toimitusjohtaja

Ari Saarto
kehittämissjohtaja
hoito- ja tutkimuseettisen toimikunnan
sihteeri

LIITTEET Vaitiolositoumuksia (2) kpl

TIEDOKSI A-klinikkasäätiön hanketietokanta
Viestintäosasto