

Lauri Merisalo

HUUMEKORVAUSHOIDON VAIKUTTAVUUS –
ASIAKKAAN KOKEMANA

Hoitotyön koulutusohjelma
2013

KORVAUSHOIDON VAIKUTTAVUUS – ASIAKKAAN KERTOMANA

Merisalo, Lauri
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Huhtikuu 2013
Ohjaaja: Flinck, Marja
Sivumäärä: 64
Liitteitä: 5

Asiasanat: Korvaushoito, Elämänhallinta, Opiattiriippuvuus

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää millaisia vaikutuksia huumekorvaushoidolla on Rauman päihdeklonikan sekä Porin A-klonikan asiakkaiden arjenhallintataitoihin sekä päivittäisiin toimintoihin. Opinnäytetyön tavoitteena oli myös tuottaa tietoa asiakastytyväisyydestä opiaattikorvaushoidon toteutumisesta tutkimusyksiköissä.

Opinnäytetyö oli luonteeltaan kvantitatiivinen. Aineisto kerättiin Rauman päihdeklonikan sekä Porin A-klonikan asiakkailta (N=60) kyselylomakkeen avulla. Aineisto kerättiin asiakkailta tammikuussa 2013, vastaajia kyselyyn oli 37. Vastausprosentti oli hieman yli puolet eli 61 %. Aineisto analysoitiin tilastollisilla menetelmillä. Tulosten raportoinnissa havainnollistamisen apuna käytettiin erilaisia kuvia.

Opiattikorvaushoito tulosten perusteella näyttösi vaikuttavan positiivisesti asiakkaiden terveydentilaan. Suurin osa vastaajista koki fyysisen ja psyykkisen terveytensä kohentuneen. Korvaushoito näyttösi vaikuttavan myös myönteisesti elämänhallintataitoihin ja päivittäisiin toimintoihin, mutta sosiaaliseen hyvinvointiin korvaushoito ei näyttönyt vaikuttavan niin voimakkaasti. Vastaajien kaveripiiri koostui suurelta osin huumeita käyttävistä ihmisistä sekä yksinäisyys oli ongelma. Omanarvontunto oli kuitenkin suurimmalla osalla vielä tallella. Vastaajan taustatiedoilla tai hoitomuodolla ei ollut ristiintaulukoinnin perusteella vaikutusta päivittäisiin toimintoihin tai elämänhallintaan.

Tulosten perusteella näyttösi että tieto korvaushoidon saatavuudesta on ollut melko riittävä ja jonotusaika pysynyt tutkimusyksiköissä kohtuullisena. Lääkehoitokin on tutkimusyksiköissä toteutettu hyvin tulosten perusteella. Palveluohjausta suurin osa vastaajista koki saaneensa tarpeen mukaan, mutta jonotusvaiheessa apua jonotuksen aikana koki saaneensa vain noin joka toinen. Kuten edellisessäkin tutkimusongelmassa havaittiin, että vastaajan taustatiedoilla tai hoitomuodolla ei ollut ristiintaulukoinnin perusteella vaikutusta asiakastytyväisyyteen.

EFFIACY OF SUBSTUTION TREATMENT – AS TOLD BY CLIENTS

Merisalo, Lauri

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Nursing

April 2013

Supervisor: Flinck, Marja

Number of pages: 64

Appendices: 5

Keywords: Opiate Addiction, Life Management, Substitution treatment

The purpose of this thesis was to gather information on efficacy of substitution treatment to life management and activities of daily living among the clients at Rauma's and Pori's substance abuse clinics. The other aim of this thesis was also provide knowledge about customer satisfaction of substitution treatment's implementation on these substance abuse clinics.

This thesis was a quantitative study which was conducted in January 2013. The data of this were collected through questionnaire from the clients of substitution abuse clinics (N=60). In the end 37 clients returned their questionnaires, thus, the response rate was 61%. The data of the study were analyzed statistically and the results were illustrated with diagrams and graphs

Results of the thesis indicated that substitution treatment have positive effects to both physical and mental health. Most of clients felt that their physical and mental health has been improved. Substitution treatment also had wanted effects to life management and activities of daily living, but effect to social welfare were lesser. Clients' circle of friend consisted most of people who uses drugs. Also loneliness was problem. However most of clients had remained their self-esteem. Due to data's small take, it's quiet hard to draw any conclusions what variables is decreasing or increasing benefits of substitution treatment.

Referring to study's results the information about substitution treatment's availability was sufficient and waitlist for treatment has been reasonable. Medication has been implemented well in clinics according to results. Most of clients had received case management if there was need. But every second client experienced that they didn't received aid while queuing to treatment. But also it's hard to draw a conclusion from results which variables affect to customer satisfaction due to data's small take.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	KESKEISET KÄSITTEET	7
2.1	Opiaattiriippuvuus.....	7
2.1.1	Opiaattiriippuvuuden neurobiologia.....	7
2.1.2	Opiaattien vaikutus elimistössä	9
2.1.3	Riippuvuuden ulottuvuudet	11
2.1.4	ICD-10 Tautiluokitus ja diagnosointi	12
2.2	Korvaushoito.....	14
2.2.1	Korvaushoidon tavoitteet.....	14
2.2.2	Korvaushoidon toteutus Suomessa.....	16
2.2.3	Korvaushoidon muodot	16
2.2.4	Korvaushoito potilaan hoitoketju	17
2.2.5	Korvaushoidossa käytettävät lääkkeet.....	18
2.2.6	Korvaushoidon toteutus tutkimuskohdeyksiköissä	20
2.3	Elämänhallinta	21
2.3.1	Voimavarat salutogensis-mallin pohjalta	21
2.3.2	Selvitymisstrategiat	24
2.3.3	Päivittäiset toiminnot.....	26
4	TUTKIMUSASETELMA	28
4.1	Tarkoitus ja tavoitteet	28
4.2	Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä.....	29
4.3	Kyselylomakkeen laadinta	30
4.4	Aineiston kerääminen	31
5	TUTKIMUSTULOKSET.....	32
5.1	Aineiston analysoinnin esivalmistelut	32
5.2	Taustatiedot.....	32
5.3	Hoitomuoto	34
5.4	Terveystila ja elämäntilanne	36
5.5	Terveystila	36
5.5.1	Elämäntilanne	37
5.5.2	Ravitsemus ja puhtaus	38
5.5.3	Ihmissuhteet	39
5.5.4	Asiointi	40
5.6	Korvaushoidon asiakastyytyväisyys	42
5.7	Kehittämisehdotukset.....	45
6	TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS.....	46

6.1	Tutkimuksen luotettavuus	46
6.2	Tutkimuksen eettisyys	47
7	POHDINTA.....	48
7.1	Tulosten tarkastelu	48
7.2	Jatkotutkimusehdotukset.....	50
	LÄHTEET.....	52
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Suomessa nykymuotoiset opiaattiriippuvaisten korvaushoito on melko uusi hoitomuoto. Nykyiset opiaattikorvaushoidon muodot käynnistettiin Suomessa vuonna 1997. Korvaushoidon käyttämisestä opiaattiriippuvuuden hoidossa on herättänyt paljon keskustelua perusterveydenhuollossa kuten myös yhteiskunnassa siitä että onko korvaushoito tuloksellista.

Kipinän antoi opinnäytetyön aiheesta Rauman päihdekliniikka. Opinnäytetyön tekijän henkilökohtainen kiinnostus aiheeseen takasi inspiraation. Opinnäytetyöntekijänä halusin perehtyä Suomessa toteuttaviin korvaushoitokäytäntöihin sekä syventää omaa osaamista huumeriippuvuuden vaikutuksista elämän eri osa-alueisiin. Opinnäytetyötä päätettiin myös tekijän aloitteesta laajentaa yhteistyössä Porin psykososiaalisten palveluiden päällikön kanssa Porin A-klinikalle.

Tämän tutkimuksellisen opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia korvaushoidon vaikuttavuutta Rauman päihdekliniikalla sekä Porin A-klinikalla. Opiaattikorvaushoidon ensisijaisena tavoitteena on vieroittaa potilas huumeista ja toissijaisena huumehaittojen vähentäminen lääkehoidon avulla. Huumehaittojen vähentäminen käytännössä on infektioiden, rikollisuuden ja sosiaalisten haittojen torjumista niin yksilön kuin yhteiskunnan tasolla. Tutkimus keskittyi selvittämään, vaikuttaako opiaattikorvaushoito asiakkaiden arjenhallintataitoihin sekä päivittäisiin toimintoihin. Opiaattiriippuvuuden katsotaan yleisesti heikentävä huumeriippuvaisen kykyä huolehtia itsestään. Opinnäytetyö tarkoituksena oli myös tuottaa tietoa asiakastytyväisyydestä opiaattikorvaushoidon toteutumisesta tutkimusyksiköissä hoitotyön kehittämiseksi.

Haluan kiittää opinnäytetyöstä Rauman Päihdekliniikkaa Ja Porin A-klinikkaa sekä muita yhteistyökumppaneita. Erityisen suuri kiitos kuuluu opinnäytetyön ohjaajalle sekä opponenteille jatkuvasta tukemisesta ja kannustamisesta.

2 KESKEISET KÄSITTEET

2.1 Opiaattiriippuvuus

Opiaateilla tarkoitetaan oopiumiunikon maitiaisnesteestä peräisin olevia luonnollisia yhdisteitä tai yhdisteitä, jotka on valmistettu synteettisesti. Synteettisesti valmistettuja opiaatteja ovat metadoni, buprenorfiini, dekstropropoksifeeni ja fentanyl. Lääkekäytössä opiaatteja käytetään porrastetusti erilaisten kiputilojen hoidossa ja lievittämisessä. (Holopainen Salaspuro & Fabritius 2003 472, Irti Huumeista RY 2012.)

Opiaattiriippuvuutta pidetään aivojen pitkäkestoisena ja relapsoivana sairaustilana, jolle tyypillistä on tarve opiaattien pakonomaiseen käyttöön ja annosten suurentaminen mahdollista terveyshaitoista huolimatta. Opiaattiriippuvuuden kehittymiseen ensisijaisesti vaikuttavat opiaattien pitkäaikaiskäytön vaikutukset keskushermostoon, ympäristö- ja perinnöllisyys tekijät. Toissijaisena syynä opiaattiriippuvuuden syntymiselle kannalta on yksilön oma toiminta näiden altistavien tekijöiden suhteen. (Meririnne & Seppälä, 2004 951; Baas & yms. 2000 19.)

2.1.1 Opiaattiriippuvuuden neurobiologia

Opiaattiriippuvuuden syntymiseen ja säätelyyn vaikuttavat eri aivoalueilla sijaitsevat hermosolujen sisäiset ja hermojärjestelmien väliset fysikaaliset ja kemialliset toiminnot hermosolujen välisessä viestinnässä. Perinnäisiä keskushermostomekanismeja ei tunneta riittävästi, miten opiaatit aktivoivat näitä hermosoluja aktivoivia toimintoja. Opiaattien vaikutus tiedetään välittyvän myy-, delta- ja kappa-reseptorien ja niiden alatyypin kautta. (Meririnne & Seppälä; 2004 951, Leppäluoto Kettunen Rintamäki Vakkuri Vierimaa & Lätti 2008 417.)

Myy-reseptorit ovat aivoissa sijaitsevia reseptoreita, jotka säätelevät elimistön toimintaa, kuten analgesiaa, sympaattisen hermoston ja endokriinisia toimintoja. Myy-reseptorien toiminnalla, erityisesti myy₁- ja myy₂- alatyypeillä on keskeinen merkitys opiaattien aiheuttamassa riippuvuudessa sekä niiden aiheuttamien fyysis-

ten vieroitusoireiden synnyssä. Delta-reseptorit säätelevät samoja toimintoja, kuten myy-reseptorit, Kappa-reseptorit sijaitsevat eri aivokuoren alueilla. Kappa-reseptorien toimintaa säätelevät dynorfiinit aktivoiden analgesiaa ja endokriinisia toimintoja, ruokahalua ja pahoinvointia. Agonistit, kuten elimistön omat endorfiinit tai synteettiset opiaatit aktivoivat näitä reseptoreja aikaan saaden euforiaa, analgesiaa ja sympaattisen hermoston lamaantumista. Antagonistit kuten naloksoni, naloksonatsiini, naltrindoli ja norbinaltroniafimiini aiheuttavat tavallisesti dysforiaa ja myös mahdollisesti pahoinvointia aktivoidessaan näitä reseptoreja (Meririnne & Seppälä, 2004 951–952; Leppäluoto yms., 2008 417, 439; Holopainen Salaspuro & Fabritius 2003, 476.)

Opiaattien pitkäaikainen käyttö muuntavat yksittäisten hermosolujen lisäksi myös hermoverkoston toimintaa ja Seppänen & Meririnne (2004, 954) uskovatkin, että opiaattiriippuvuudessa eräät osat aivojen etuosassa että keskiaivoissa sijaitsevat motivaatiota ja muistia säätelevät aivoalueet muuntuvat opiaattien jatkuvaa käyttöä suosivaksi. Keskiaivoissa alkava ja accumbenstumakkeeseen päättyvä mesolimpidinen dopamiinirata on yleisesti liitetty päihderiippuvuuteen (Meririnne & Seppälä, 2004 951–952, Leppäluoto ym 2008 395). Mesolimpidinen dopamiinirata on osa laajemmasta hermoverkosta, jonka tarkoituksena on arvioida elinympäristön subjektiivisia ärsykyksiä, valmistaa yksilöä reagoimaan ärsykkeeseen sen vaatimalla tavalla ja aktivoida ärsykkeeseen liittyviä assosiaatiomekanismeja (Meririnne & Seppälä, 2004, 951–952; Leppäluoto yms. 2008, 395). Tavallisesti dopamienergista hermojärjestelmää stimuloivat luonnolliset toiminnot kuten ruokailu ja parittelu, jotka toimivat luonnollisina palkitsijoina (Leppäluoto yms. 2008, 439). Opiaatit kykenevät aktivoimaan mesolimbistä dopamiinirataa voimakkaammin kuin luonnolliset palkitsijat, koska opiaatit kykenevät estämällä inhiboivaa GABA-energista hermosolua, joka sijaitsee ventraalisella tegmentaalisisella alueella. Useimmat opiaattiriippuvuuden ilmiöt ja vasteet uskotaan olevan hyvinkin riippuvaisia mesolimbisistä dopamiinista (Meririnne & Seppälä, 2004, 955).

Accumbenstumakkeen merkitystä opiaattiriippuvuudelle ei tunneta kunnolla, mutta sillä on kiinteä yhteys mantelitumakkeeseen. Mantelitumake välittää mielihyvää ja vastenmielisyyttä sekä siihen liittyvää emotionaalista alitajuista oppimista,

mikä voi ohjata riippuvuuskäyttäytymistä (Meririnne & Seppälä, 2004, 951-952, Leppäluoto yms., 2008, 445). Myös limbisen aivokuoren alueella sijaitsevat muistia säätelevät hippokampus, orbifortaalinen- ja singulaarinen aivokuori uskotaan myös välittävän opiaattiriippuvuutta (Meririnne & Seppälä, 2004, 951-952, Leppäluoto yms. 2008, 445). Mesolimbisellä järjestelmällä tietään olevan yhteys prefrontaaliseen aivokuoreen ja globus palliduksen alaosaan. Prefrontaalinen aivokuori säätelee impulsiivikontrollia ja globus pallidus motorisen toiminnan aikaan saamaan motivaatiota. Opiaattiriippuvaisella näiden aivoalueiden toiminnan on Meririnteen ja Seppälän (2004, 955) mukaan osoitettu muuntuneen.

Useiden aivoalueiden tiedetään osallistuvan opiaattiriippuvuuden välittämiseen ja säätelyyn. Opiaattien pitkäaikaiskäytön aikaan saamat muutokset hermoverkoston ja välittäjäainejärjestelmissä aikaan saavat opiaattiriippuvuudelle tyypillisen käyttäytymisen. (Meririnne & Seppälä, 2004, 956; Lappalaisen-lehto Romu & Taskinen, 2008, 80.) Tiedot opiaattiriippuvuudesta ovat kuitenkin vielä hajanaisia ja ne perustuvat lähes kokonaan eläinkokeisiin, joten on vaikeaa ymmärtää miten nämä aivoalueet muodostavat opiaattiriippuvuudelle tyypillisiä toiminnallisia kokonaisuuksia.

2.1.2 Opiaattien vaikutus elimistössä

Opiaatin kiinnittyessä esimerkiksi Myy- opioidireseptoriin se aiheuttaa solun kalium- ja kaliumkanavien läpäisevyydessä muutoksia, jotka estävät hermosolujen välisen viestinnän. Hermosolujen toiminnan estyessä autonomisen hermoston ja sisäelinten toiminta muuttuu. Esimerkiksi opiaatit hidastavat ruuansulatuskanavan toimintaa, lamaavat hengitystä ja heikentävät verenkiertoa laskemalla verenpainetta. Sydämen syke hidastuu ja sapen, suolen ja haiman endokriininen toiminta vähenee. Samalla opiaatit aikaan saavat sedaatiota ja euforiaa. (Duodecim lääketietokanta, 2012; Holopainen & yms. 2003, 468.)

Opiaattien jatkuva käyttö saa aikaan elimistössä neurobiologisia muutoksia esimerkiksi hermoverkoston uudelleen muotoutumista, reseptorijakaumassa ja hermosolujen välisissä yhteyksissä (Mikkonen, Rantala, Saarijärvi, 2010, 2943). Pitkäaikainen altistus aiheuttaa myös hermosolujen toiminnassa sellaisia muutoksia, jotka heikentävät opiaattien vaikutuksia eli kehittyä toleranssi. Lisääntyneen toleranssin vuoksi tarvitaan suurempia kerta-annoksia opiaattien toivottujen vaikutusten kuten euforia ja analgesian saavuttamiseen. Toleranssia kehittyä myös opiaattien aiheuttamaa pahoinvointia ja hengitystä lamaavaa vaikutusta vastaan. (Holopainen, Salaspuro & Fabritius, 2003, 471, Meririnne & Seppälä, 2004, 956). Toleranssin muodostuminen on merkittävää 10 päivää jatkuneen altistuksen jälkeen ja merkittävä opiaattien suonensisäisen käytön yhteydessä (Holopainen & yms. 2003, 471).

Vieroitusoireita saattaa alkaa esiintyä kun opiaattien säännöllinen käyttö lopetetaan äkillisesti. Opiaattien aiheuttamat ensimmäiset vieroitusoireet ovat silmien verestäminen ja flunssan kaltaiset oireet, kuten nenän ja silmien vuotaminen. Pahoinvointi, oksentelu ja ripulointi ovat tavallisia oireita, etenkin 30–72 tunnin kulluttua viimeisestä käyttökerrasta. Ruumiinlämpö vaihtelee ja potilas saattaa hikoilla tai palella ajoittain. Myös erilaiset kiputilat, kuten nivel-, lihas- ja vatsakivut ja lihakouristukset ovat tavallisia. Pitkäaikaisina oireina ovat masennus, levottomuus, unettomuus, agitaatio ja ruokahaluttomuus (Holopainen & yms. 2003, 471; Meririnne & Seppälä, 2004, 956.)

Vieroitusoireita välittävät mekanismit ja aivoalueen toiminta tunnetaan nykyään melko hyvin. Kun opiaatteja käytetään säännöllisesti, alkaa keskushermostossa kehittyä toiminnan muutoksia, jotka ilmenevät toleranssin kasvuna. Opiaattien saannin ehdyttyä hermosolujen toiminta yliaktivoituu opiaattien estävän vaikutuksen puuttuessa milloin koko keskushermoston tasapaino järkkyy. Kun välittäjäaineiden, kuten katekoliamiinin ja noradrenaliinin erityis lisääntyy, pääsee katekolianerginen kriisi kehittymään. Opiaattien liittyvien vieroitusoireiden kannalta tärkeä aivoalueen uskotaan olevan ydinjatkeessa sijaitseva stria terminalis. Stria terminaliksen katsotaan välittävän vieroitusoireisiin liittyviä erilaisia negatiivisia tunnetiloja, mutta ei fyysisiä vieroitusoireita. (Holopainen & yms. 2003, 472; Meririnne & Seppälä, 2004, 956–957.)

2.1.3 Riippuvuuden ulottuvuudet

Riippuvuus ilmenee usein fyysisenä ja psyykkisenä että sosiaalisena ja henkisenä riippuvuutena (Baas & Seppänen- Leiman, 2000, 19). Fyysinen riippuvuus ilmenee toleranssina eli käytetyn huumausaineen sietokykynä. Toleranssin kasvun vuoksi kyseistä opiaattia on käytettävä suurempia annoksia saavuttaakseen tavoitetun vasteen, kuten euforian tai vieroitusoireiden poistuminen (A-klinikkasäätiö, 2005, 5). Fyysinen riippuvuus ilmenee myös fyysisinä vieroitusoireina kun päihteen käyttö lopetetaan äkillisesti. Vieroitusoireet loppuvat jos päihdettä käytetään uudelleen. (Holopainen & yms. 2003, 472).

Psyykkinen riippuvuus ilmenee pakonomaisena tarpeena hankkia ja käyttää aineita kaikilla mahdollisilla keinoilla. Usein päihteen käyttäjä on kyvytön kieltäytymään päihteidenkäytöstä ja puolustelee päihteiden käyttöönsä eri perustein. (Havio, Inkinen & Partanen, 2009, 42–43, 60–61). Päihdeongelmasta kärsivä ihminen on usein kyvytön tai haluton tunnistamaan menettäneensä hallinnan päihteiden käytössä. Ensisijaisesti psyykkinen riippuvuus kohdistuu siihen, minkälaista mielentilaa pyritään päihteiden käytöllä esim. tajunnanlaajentamiseen tai masentuneen mielialan kohottamiseen. (Holopainen, & yms. 2003, 472; A-klinikkasäätiö, 2005, 5).

Sosiaalinen riippuvuus näkyy taas päihteiden käyttämisenä tietyissä sosiaalisissa tilanteissa ja ryhmissä, kuten juhlissa ja huumeita käyttävässä kaveripiirissä. Usein myös henkinen riippuvuus kehittyy näissä samoissa oloissa (A-klinikkasäätiö, 2005, 5). Henkisessä riippuvuudessa päihteenkäyttäjän arvomaailma ja näkemys muuntuvat päihteenkäyttöä suosivaksi ja sallivaksi (Holopainen & yms., 2003, 472). Esimerkiksi päihteen käyttäjän moraalinen toiminta saattaa muuttua sallimalla varastamisen ja väkivallan käytön päihteitä hankkiessa A-klinikkasäätiö, 2005, 5). Arvomaailman muutos päihteitä suosivaksi saattaa näkyä saattaa seksuaalisen suuntauksen jatkuvana vaihtumisena. Käytännössä tämä on kanssakäymistä saman tai vastakkaista sukupuolta olevan kanssa niin kauan kun kumppanilta saa päihteitä.

2.1.4 ICD-10 Tautiluokitus ja diagnosointi

Opiattiriippuvuus voidaan myös jakaa lisäksi kahteen alatyyppiin; latrogeeniseen opiaattiriippuvuuteen ja sekakäyttötyyppiseen opiaattiriippuvuuteen. Latrogeeninen opiaattiriippuvuus kehittyy hoidon seurauksena tyypillisesti potilaille, jotka ovat pitkään käyttäneet opiaatteja kipulääkityksenä kroonisiin kiputiloihin. Latrogeeninen opiaattiriippuvuus tavallisesti havaitaan, kun potilaan kipulääkitystä aletaan purkaa kipua lääketieteellisen ongelman hoitamisen jälkeen. Ero latrogeenisessä opiaattiriippuvuudesta perinteiseen katunarkomaniaan on, että hän noudattaa lääkäriltä saamiaan ohjeita. Potilas jopa ei osaa yhdistää välttämättä vieroitusoireita ja opiaattien käytön välistä yhteyttä. Latrogeenisesti riippuvaiset potilaat eivät myöskään koe tarvetta hankkia aineita itse ja hän ei yritä kompensoida opiaattien käyttöä muilla lääkkeillä. (Holopainen & yms. 2003, 469; Lappalainen-Lehto & yms. 2008, 80.)

Tavallisesti opiaattiriippuvuus mielletään, että päihteenkäyttäjällä on riippuvainen vain opiaateista kuten kodeiinista, morfiinista ja buprenorfiinista tai ainoastaan yhdestä tietyistä opiaateista eikä hän käytä muita aineita päihtykseen. Sekakäyttötyyppisen opiaattiriippuvuuden tunnuspiirteenä on opiaattien ja kaikkien psykoaktiivisten lääkkeiden kaoottinen samanaikainen käyttö päihtymisen ja vieroitusoireiden poistamisen saavuttamiseksi (Holopainen & yms, 2003, 470). Sekakäyttäjät tehostavat käyttämällä esimerkiksi bentsodiatsepiineja, alkoholia ja muita lääkkeitä korvikkeina tai tehostamaan opiaattien vaikutusta (Lappalainen-Lehto & yms. 2008, 80.)

ICD-10:n tautiluokitusta käytetään päihderiippuvuusoireyhtymän diagnoosin kriteerien määrittämiseksi. Potilas katsotaan olevan riippuvainen opiaateista, kun seuraavat kriteerit täyttyvät. Potilalla on neuroadaptaatio, jonka voi osoittaa toleranssin kasvuna tai vieroitusoireina (Havio, Inkinen & Partanen, 2009, 43; Holopainen & yms. 2003, 470). Potilaalla on pakonomainen tarve käyttää opiaatteja jatkuvasti erityisesti kun annosta pienennetään tai lääkitystä lopetetaan eikä hän pysty halutessaan lopettamaan käyttöä vieroitusoireiden takia (Havio & yms. 2009, 43; Holopainen & yms., 2003, 471). Päihdeongelma muuttaa potilaan käyttäytymistä, mikä on nähtävissä huumeriippuvuuteen riippuvilla käyttäytymiskuviona

kuten voimakkaana agitaatiotaipumuksena ja muiden elämänalueiden laiminlyömisenä (Holopainen & yms. 2003, 471). Päihderiippuvainen myös nopeasti retkahtaa pitkienkin vieroitushoitajaksojen jälkeen.

Diagnoosin laatimiseksi potilas tarvitsee tutkia perin pohjallisesti hän tilanteensa kartoittamiseksi ja jatkohoidon suunnittelua varten. Anamneesi kannattaa tehdä strukturoidusti haastatteleamalla potilas tai omaista potilaan kokonaistilanteen, päihdehistorian ja riippuvuuden vaikeusasteen kartoittamiseksi. Haastattelun tulisi olla avoin ja luottamuksellinen, sillä tämä potilas ryhmä on erityisen haavoittuvainen. Anamneesin tekoa voivat helpottaa europASI-ohjelmiston ja SDS- haastattelulomakkeen käyttö (Käypähoito-suositus 2012.)

Potilaan kliininen tila tulee myös tarkistaa perusteellisesti muiden piilevien sairauksien takia. Päihtymistilan vaikeusasetta ja syvyyttä tulee tarkastella hoidon kannalta. Potilas saattaa tarvita akuuttia tehohoitoa yliannostuksen aiheuttaman myrkytyksen hoidossa tai psykiatrista hoitoa psykoottisten oireiden takia. Potilaalla saattaa olla myös vakavia somaattisia sairauksia, jonka ovat syntyneet erityisesti suonensisäisen injektioimisen takia. Yleisimmät infektiot huumeenkäyttäjillä ovat vaskuliitit ja pistospaikkojen bakteeri-infektiot ja vakavampina hepatiitti, HIV tai pankreatiitti. Vieroitusoireiden vaikeusasteen arvioimiseksi on selvitettävä, kuinka suuria annoksia on käytetty ja kuinka kauan aikaa viime käyttökerrasta on. SOWS- mittari soveltuu hyvin avuksi vieroitusoireiden arviointiin (Käypähoito-suositus, 2012; Holopainen & yms. 2003, 471-472.)

Päihderiippuvainen potilas tarvitsee myös usein lisätutkimuksia hänen tilansa seuraamiseksi ja hoidon arvioimiseksi. Virtsan huumeeseula otetaan huumeiden käytön ja määrän arvioimiseksi objektiivisesti. Huumetestit tulee ottaa erityisen herkästi etenkin sekakäyttö epäilyn yhteydessä todellisen kuvan saamiseksi käytetyistä päihteistä. Muita laboratoriotutkimuksia otetaan erotusdiagnostiikan ja muiden sairauksien selvittämiseksi. Tulehdusarvon (CRP) perusteella tutkitaan infektioiden mahdollisuus, maksan tilaa tutkitaan ASAT ja ALAT arvojen perusteella ja perusveren kuvalla yleiskuntoa. Hepatiitipaketilla ja HIV tutkimuksella varmistetaan, onko potilas veriteitse tarttuvan taudin kantaja. (Holopainen & yms. 2003, 471; Käypähoito suositus, 2012.)

2.2 Korvaushoito

Suomessa nykymuotoiset opiaattiriippuvaisten korvaushoito on melko uusi hoitomuoto. Nykyiset opiaattikorvaushoidon muodot käynnistettiin Suomessa vuonna 1997, esimerkiksi Yhdysvalloissa korvaushoitoa on kehitelty jo 60-luvulla. Korvaushoidon käyttäminen opiaattiriippuvuuden hoidossa on herättänyt paljon keskustelua perusterveydenhuollossa, kuten myös yhteiskunnassa siitä, onko korvaushoito vain riippuvuuden ruokkimista vai oikeasti tuloksellista.

Opiaattikorvaushoito on herättänyt runsasta keskustelua eri yhteiskunnan tahoilta hoitomuodon nuoresta iästä huolimatta. Korvaushoidon puolesta ovat puhuneet erityisesti Holopainen ja Tourunen (2005,2006, 2009) perustellen kantansa tutkimusten perusteella. Holopaisen ja Tourusen mukaan korvaushoito todistetusti auttaa huumeriippuvaisia irtautumaan päihteistä ja kohentaa heidän elämänlaatuaan vaikka vierottamista ei koskaan saavutettaisi. K. R Salokangas (2002) on puhunut perinteisen katkaisuhoidon ja psykososiaalisten hoitomuotojen puolesta ja varoit-
tanut liian liberaalin korvaushoitokäytännön lisäävän huumehaittoja, kuten korvaushoitolääkkeiden joutuminen katukauppaan sekä heikentävän potilaiden motivaatiota vieroittautumiseen hoidon helpon saatavuuden takia. Skretting ja Rosenqvist (2010) ovat perehtyneet vertailemaan korvaushoitokäytäntöjä pohjoismaiden välillä ja ottaneet kantaa kysymyksiin, vaikuttaako liian liberaalit käytännöt hoitotuloksiin ja metadonin käytön riskeihin korvaushoidossa.

2.2.1 Korvaushoidon tavoitteet

Opiaattikorvaushoidon ensisijaisena tavoitteena on vieroittaa potilas huumeista ja toissijaisena huumehaittojen vähentäminen lääkehoidon avulla. Huumehaittojen vähentäminen käytännössä on infektioiden, rikollisuuden ja sosiaalisten haittojen torjumista niin yksilön kuin yhteiskunnan tasolla. (Mikkonen, Niemelä, Koivumäki, Heinisuo & Salokangas, 2008, 2161.)

Infektioiden torjunta rajoittuu lähinnä veriteitse tarttuvien sairauksien kuten hepatiitin ja HIV leviämisen estämiseen. Yksilön tasolla infektioiden torjunta voidaan

myös ymmärtää huumeiden pistämiseen liittyvien infektioiden kuten vaskuliitien ja haavatulehduksien ehkäisyä. Korvaushoidon keino infektioiden torjuntaan on potilaiden motivointi huumeiden piikittämisen lopettamiseen valvotusti annettavan buprenorfiinin tai metadonin turvin. Tavallisesti korvaushoidon jonotus vaiheessa infektioiden leviämistä ehkäistään potilasohjauksen avulla. Myös potilaille on usein mahdollista neulavaihto ja saada kondomeja. (Skretting, 2007, 270-271, Baas & Seppänen- Leiman, 2000, 18.)

Rikollisuuden vähentäminen perustuu korvaushoidon kannalta lähinnä yksilön huumausaineiden käyttö-, hankinta- ja hallussapitorikoksien lopettamiseen ja ennalta ehkäisyyn. Samalla pyritään huumeiden käytön ja hankintaan liittyvän oheisrikollisuuden vähentämiseen. Huumeiden hankinnassa potilaat kohtaavat usein väkivaltaa, kiristämistä ja ihmiskauppaa huumekaupan oheistoimintana. Potilaat saattavat myös välittää itse päihteitä kerätäkseen rahaa omiin tarkoituksiinsa. (Poiliisi, 2012; Baas & Seppänen- Leiman, 2000, 69-70; Weckroth, 2007, 267-268.)

Yksilön syrjäytymisen ehkäisy sekä hänen kuntoutumisensa mahdollistaminen lääkehoidon avulla on yksi tärkeimmistä korvaushoidon tavoitteista. Usein vasta kun korvaushoidolla potilaan vieroitusoireet ja päihteenkäyttö on saatu hallintaan, kuntoutus psykososiaalisilla hoitomuodoilla motivoi potilasta kokonaan irrottautumaan huumemaailmasta. Lisäksi sosiaalisiin haittoihin voidaan katsoa kuuluvan päihteitä käyttävä kaveripiiri, mikä uhkaa tavallisesti yksilön raittiutta. Huumeita käyttävästä kaveripiiristä on katsottu olevan välttämätöntä irtautua uuden raittiutta tukevan elämäntavan rakentamiseksi. Yksilön kannalta muita sosiaalisia haittoja, joihin voidaan vaikuttaa korvaushoidon ja kuntoutuksen keinoin ovat kykenemättömyys osallistua yhteiskuntaan, henkilökohtaisen elämän ihmissuhdeongelmat ja heikentynyt kyky huolehtia omista tarpeistaan (Weckroth, 2007, 267-268 271, Mikkonen, Niemelä, Koivumäki, Heinisuo & Salokangas, 2008, 2163.)

Korvaushoidon tärkein tavoite on kuitenkin huumeiden käyttöön liittyvien kuolemantapausten vähentäminen. Korvaushoidon tiukasti kontrolloidun ja tarkan annostuksen tarkoituksena on estää potilaan yliannostukseen ja epäpuhtaiden huumeiden aiheuttamat vakavat komplikaatiot. Useat tutkimukset todistavat korvaushoidon vähentävän tehokkaasti huumeisiin, erityisesti yliannostukseen liittyvää

kuolleisuutta. Korvaushoidon muita tavoitteita potilaan hyvinvoinnin parantamiseksi ovat vieroitusoireiden lievittäminen ja sekakäytön lopettaminen. (Weckroth, 2007, 267, Holopainen & yms. 2003, 472.)

2.2.2 Korvaushoidon toteutus Suomessa

Suomessa Opioidiriippuvaisen lääkkeellistä vieroitus- ja korvaushoitoa toteutetaan Sosiaali- ja Terveysministeriön antaman asetuksen pohjalta. Asetusta sovelletaan buprenorfiinia tai metadonia sisältävien valmisteiden käyttämiseen opioidi riippuvaisen vieroituksessa sekä korvaushoidossa. Asetuksessa tarkoitettuun hoitoon tulee myös soveltaa päihdehuoltolakia (41/1986), Lakia potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), kansanterveyslain (66/1972) 14 ja 15B kohtaa sekä erikoissairaanhoidon lain (1989/1062) 3 ja 31 momenttia. Lääkkeiden käsittelyssä, hävittämisessä, kirjaamisessa ja ilmoittamisessa tulee noudattaa sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa 1708/1993 huumausaineita koskevasta kirjanpito- ja tietojenantovelvollisuudesta sekä huumausaineiden käsittelystä ja hävittämisestä määritellyjä käytäntöjä. Asetus 1708/1993 koskee myös huumausaineiden valmistuksessa tarvittavien aineiden käsittelyä. (Sosiaali- ja Terveysministeriö 33/2008.)

2.2.3 Korvaushoidon muodot

Korvaushoidon muodot voidaan jakaa ylläpito-, kuntouttavaan sekä vieroitusohjelmiin. Voidaan ajatella, että potilas käy kaikki korvaushoidon muodot läpi haittojen vähentämisestä vieroittumiseen huumeista. Ylläpito- ja kuntouttavalla korvaushoidolla eli haittoja vähentävällä korvaushoidolla tarkoitetaan tavallisesti yli kuukauden kestävästä hoitosta, missä potilaalla ei ole kuntoutumistavoitteita. Haittoja vähentävässä korvaushoidon indikaationa ovat potilaan kaotettu sekakäyttö, huono hoitoon sitoutuminen ja arvaamaton käyttäytyminen. Haittoja vähentävässä korvaushoidossa tavoitteiden pääteemoina ovat potilaan elämänlaadun parantaminen, terveysuhkien ja syrjäytymisen ehkäisy. Näiden tavoitteiden kautta pyritään motivoimaan potilasta sitoutumaan hoitoon ja siirtymään kuntouttavaan korvaushoitoon. (Lappalainen-Lehto & yms. 2008, 179, Mikkonen & Yms. 2008, 2161–2162, Rantala, Mikkonen & Saarijärvi, 2010, 2946.)

Kuntouttavassa korvaushoidolla pyritään pysyvään päihteettömyyteen ja elämäntapa muutokseen, mutta hoidon keston takarajaa ei ole määritelty. Kuntouttavan korvaushoidon tavoitteena on, että potilas saa tunteen elämänhallinnasta, lopettaa oheiskäytön ja hänen sosiaalinen verkkoensa vahvistuisi. Kuntouttavassa korvaushoidossa lääkehoitoa tuetaan psykososiaalisilla hoitomenetelmillä asiakkaan voimavarojen lisäämiseksi ja motivoimiseksi huumeista irtautumiseen. Vieroitushoitoon siirrytään korvaushoidosta kun edellytykset asiakkaan päihteettömyyteen on saavutettu ja potilas kokee kykenevänsä lopettamaan lääkkeellisen hoidon. Vieroitushoito suoritetaan kuukauden aikana jatkuvasti alenevilla lääkeannoksilla. (Lappalainen-Lehto & yms. 2008, 179, Mikkonen & yms. 2008, 2161.)

Korvaava lääkehoito voidaan aloittaa opiaateista riippuvaisille potilaille, joka ei ole vieroittunut opiaateista katkaisuhoidolla tai muilla vieroitushoidoilla. Opiaattikorvaushoidon aloittamisena ehtona on hoidon tavoitteiden selvittäminen ja säännöllinen tarkistaminen. Minkälaisiin tavoitteisiin ja mihin lääkehoitoon korvaushoidossa päädytään, riippuu potilaan sen hetkisestä tilanteesta ja hoidontarpeesta. (Suokas, Liias & Salo-Chydenius, 2009, 150; Sosiaali- ja terveysministeriö 33/2008.)

2.2.4 Korvaushoito potilaan hoitoketju

Opiaattikorvaushoidon tarpeen arvioinnin ja toteutuksen tulee toteuttaa terveyskeskuksen, päihdehuollon tai vankeinhoitolaitoksen terveydenhuollon yksikössä, jossa on valmiudet antaa korvaushoitoa, hoidosta vastaava lääkäri ja perehdytetty henkilökunta. Hoidon tarve voidaan arvioida ja korvaushoito aloittaa sairaanhoidopiirin kuntayhtymän toimintayksikössä, Järvenpään sosiaalisairaalassa ja valtion psykiatrisessa sairaalassa. Hoidon tarve ja hoidon aloitus voidaan tehdä polikliinisesti, ellei potilaan tilanne vaadi laitoksessa tarvittavaa arviointia ja hoidon aloitukseen ole erityistä syytä. Korvaushoito voidaan myös aloittaa kiireellisenä raskeana oleville potilaille jolloin hoito aina viikon sisällä hoitoonohjauspäivästä. Joissakin tapauksissa kroonista psykoosia sairastavalle opiaattiriippuvaiselle potilaalle voidaan aloittaa kiireellisenä osastonhoitojaksolla. (Sosiaali- ja terveysmi-

nisteriö 33/2008, Baas & Seppänen- Leiman, 2000, 38; Mikkonen & yms. 2008, 2161.)

Korvaushoidon arvioinnin jälkeen potilas voi joutua hoitojonoon, mikäli avopuolella ei ole vapaita paikkoja. Potilas käy sovitusti hoitopaikassaan jonotusaikana hoitokäynneillä. Potilaan hoito on kuitenkin aloitettava kuuden kuukauden sisällä hoitotakuun täyttämiseksi. Korvaushoidon avoaloituksen ehtona on, että potilas käy aloittaa hoitonsa laitosjaksolla. Laitosjaksolla potilas perehdytetään korvaushoidon periaatteisiin ja hoitosopimukseen. Laitosjaksolla myös laaditaan potilaalle hoitosuunnitelma, annetaan katkaisuhoido ja saatetaan tilannekohtaisesti aloittaa korvaava lääkehoito. (Baas & Seppänen- Leiman, 2000, 39; Vormaa, Sokero, Turtiainen & Katila, 2009, 1853-1854; Mikkonen yms. 2008, 2161.)

Avoinhoitoon siirtyessä potilas allekirjoittaa hoitosopimuksen ja sitoutuu noudattamaan korvaushoidon sääntöjä. Avohoidon alkuvaiheessa potilas käy päivittäin sovitusti hoitoyksikössä päivittäin ottamassa lääkityksensä valvotusti. Kuntoutuksen edetessä lääkäri voi määrätä potilaalle kotihoitoannoksia ja myöhemmin laatia hänelle apteekkisopimuksen. Apteekkisopimuksen tarkoituksena on saada potilas sitoutumaan yhden lääkärin tai hoitopaikan toteuttamaan PVK- lääkehoitoon ja noutaa pvk-lääkkeet vain yhdestä apteekista. Näin pyritään ehkäisemään potilaan lääkkeiden väärinkäyttö, hankintaa muilta lääkäreiltä ja retkahtamista hoidon aikana. Korvaushoidon loppuvaiheessa potilaan kuntoutumisen edettyä ja elämäntilanteen vakiintuessa potilasta aletaan vieroittaa lopullisesti korvaushoitolääkityksestä (Baas & Seppänen- Leiman, 2000, 39-40; Vormaa, & yms 2009, 1853-1854, Mikkonen yms. 2008, 2163; Holopainen, Oksanen Pennanen Peura & Kaure 2005, 2.)

2.2.5 Korvaushoidossa käytettävät lääkkeet

Korvaushoidossa lääkehoitona käytetään buprenorfiinia, buprenorfiinin ja naloksonin yhdistelmävalmistetta sekä metadonia Korvaushoidossa käytettävän lääkkeen valintaan vaikuttavat asiakkaan päihderiippuvuuden luonne ja hoidon omat indikaatiot. Korvaushoidon lääkehoito on tarkoitus mitoittaa niin että annos sovitetaan

vastaamaan potilaan toleranssia että vieroitusoireet poistuvat, mutta hän ei koe euforiaa. (Suokas, Lias & Salo-Chydenius, 2009, 150.)

Buprenorfiini on keskivahva opiaatti, jonka vaikutus aika on 6-8 tuntia. Sublinguaalisesti vaikutus alkaa tunnin sisällä ja sen hyötyosuus on 70 % annoksesta. Suonensisäisesti vaikutus alkaa jo 10 minuutissa ja hyötyosuus on 90 % annoksesta, mikä voi houkutella potilaita käyttämään buprenorfiinia suonensisäisesti. Buprenorfiininilla on myös kattovaikutus, jonka ansiosta se sopii potilaille, joilla on sekakäyttöä tai yliannoksenriski. Buprenorfiinia voidaan antaa potilaalle, kun heroiinin käytöstä on kulunut neljä tuntia tai metadonin käytöstä 24 tuntia. Buprenorfiini voi aiheuttaa liian aikaisin aloitettuna vieroitusoireita voimakkaampia opiaatteja käyttäneille potilaille. Buprenorfiinin aloitusannos 2-4mg vuorokaudelta kohden. Annosta voidaan nostaa 2-3mg vuorokaudessa aina 16mg maksimiannokseen asti. (Holopainen, Fabritius & Salaspuro, 2003 473; Kontiainen, 2003, 15; Duodecim lääketietokanta, 2012.)

Metadoni on voimakas ja pitkävaikutteinen opiaatti, jonka vaikutus kestää jopa 36–48 tuntia. Suun kautta otettuna metadonin vaikutus alkaa neljän tunnin sisällä ja sen hyötyosuus on 80–90%. Metadonilla ei ole buprenorfiinin kaltaista kattovaikutusta, joten sen käyttöön liittyy kasvanut yliannostusriski. Tämän vuoksi se ei sovellu potilaille, joilla epäillään olevan päihteiden oheiskäyttöä. Lisäksi Metadonilla on enemmän kontraindikaatiota ja sen myös toksisuus on korkeampi kumuloitumisen takia. Metadonin aloitus annos on tavallisesti 10-20mg, mutta 25-40mg potilailla, joilla on korkea toleranssi. Annosta nostetaan kolmen viikon ajan 10mg kerta-annoksella enintään 80mg vuorokausi annokseen asti. Metadonia päädytään käyttämään yli 20-vuotiaalla asiakkailta, joilla on taustalla yli neljän vuotta kestänyt opiaattien väärinkäyttöä ja aikaisemmat vieroitushoidot ovat epäonnistuneet. Erityisesti metadonihoito-ohjelmiin valikoituvat heroiinista riippuvaiset potilaat. (Holopainen & yms. 2003, 475; Duodecim lääketietokanta, 2012.)

Metadonin ja buprenorfiinin vertailututkimuksia Suomessa on tehty melko pienimuotoisesti ja kokemukset perustuvat lähinnä maiden väliseen vertailuun. Mäkelän (2002) mukaan tutkimustulosten perusteella buprenorfiinin tuottaa paremmat hoitotulokset kuin pieni annos metadonia, mutta suuri annos metadonia taas on

parempi kuin suuri annos buprenorfiinia. Mäkelä perustelee kantansa hoidossa pysymisen ja virstaseulontojen tulosten pohjalta. Buprenorfiinia pidetään yleisesti ottaen turvallisempaa vähäisemmän yliannostusriskin takia. Buprenorfiinin nurgana puolena pidetään sen väärinkäytön potentiaalia. Tästä esimerkkinä Ranskan kadulla liikkuu korvaushoidosta ohivuotaneita lääkkeitä verrattuna Tanskaan, missä suositaan metadonia korvaushoidossa. Metadonin ja buprenorfiinin erot kuitenkin ovat hyvin monimuotoisia ja tutkimustulokset hajanaisia lopullisen johtopäätöksen tekemiseksi. (Mäkelä, 2002, 116–117; Skretting & Rosenqvist, 2010, 582–583, 592.)

2.2.6 Korvaushoidon toteutus tutkimuskohdeyksiköissä

Ensimmäisessä tutkimuskohteessa korvaushoito voidaan aloittaa polikliinisesti tai osastonjakson jälkeen. Uudet korvaushoidon asiakkaat käyvät ensimmäisen kuuden kuukauden ajan päivittäin valvotussa lääkkeen annossa. Potilaat voivat aloittaa korvaushoidon haittoja vähentävässä korvaushoidossa. Haittoja vähentävässä korvaushoidossa potilaalla saa olla oheiskäyttöä ja huumesuuloja ei seurata yhtä usein kuin normaalisti. Potilas voi siirtyä tavoitteelliseen korvaushoitoon kriteerien täytyttyä haittoja vähentävästä korvaushoidosta tai suoraan laitostenjakson jälkeen. Tavoitteellisessa korvaushoidossa pyritään hoitamaan asiakasta hoitosuunnitelmaan kirjattujen tavoitteiden pohjalta. Tavoitteellisesta korvaushoidosta asiakkaat voivat siirtyä apteekkisopimukselle, jossa potilaat hakevat korvaushoitolääkkeensä kerran viikossa apteekista itse. Joka toinen viikko apteekkisopimuksella olevat asiakkaat käyvät hoitopaikassa näyttämässä lääkkeensä, antamassa huumesuulan ja keskustelemassa omahoitajansa kanssa. (Rauman Päihdeklinikan toimintakertomus, 2011.)

Toisessa tutkimuskohteessa asiakkaasta tehdään päihde-anamneesi, missä kartoitetaan hänen päihdehistoriansa ja nykyistä päihdeidenkäyttöä. Samalla arvioidaan tarvitseeko potilas lähetteen päihdepsykiatriselle poliklinikalle korvaushoidon arviointiin vai voidaanko toteuttaa nykyisessä hoitoyksikössä. Arvion perusteella päätetään aloitetaanko potilaalle korvaus- vai vieroitushoito sekä voidaanko se aloittaa avohoidossa, katkaisuhoidoasemalla vai psykiatrisessa yksikössä. Arvion

jälkeen potilas voidaan laittaa jonotuslistalle, mikäli vapaita hoitopaikkoja ei ole. Jonotusaikana potilas käy säännöllisesti Hoitopaikossa käynneillä hoitotakuun mukaisesti enintään kuusi kuukautta. Korvaushoito voidaan aloittaa laitoshoidossa, mutta myöhemmin siirrytään avohoitoon. Avohoidossa korvaushoitoa toteutetaan valvotulla lääkkeenjakelella joka päivä. Myöhemmin asiakkaat voivat saada apteekki sopimuksia ja kotihoitoannoksia kriteerien täytyessä. (A-klinikan korvaushoidon perehdytyskansio, 2011.)

2.3 Elämänhallinta

Elämänhallinnan käsitteen tarkastelu vaatii useiden eri elämän ulottuvuuksien tarkastelua ja huomioon ottamista, mutta myös yksilöllistä yleisen terveydentilan tarkastelua (Friis, Seppänen & Mannonen, 2006, 51). Näitä elämän ulottuvuuksia ovat muun muassa yksilön oma selviytyminen päivittäisistä toiminnoista sekä voimavarat ja selviytymistragediat (Salo & Tuunainen, 1996, 231). Knuuti (2007) on tarkastellut tutkimuksessaan potilaiden elämänhallintaa elämäntapojensa pohjalta. Hän (2007, 34) määrittelee elämäntavan empiiriseksi käsitteeksi, jolla tarkoitetaan arkielämän toimintojen vakiintumista sekä toistuvuutta. Lisäksi Knuutin (2007, 34) mukaan elämäntapa koostuu yksilön kulttuurista, elämäntyylistä sekä identiteetistä. Tässä tutkimuksellisessa opinnäytetyössä elämänhallinnan käsitettä tarkastellaan Aaron Antonovskyn koherenssin tunne- teorian näkökulmasta ja voimavaroja salutogenesis-mallin pohjalta.

2.3.1 Voimavarat salutogenesis-mallin pohjalta

Yleiset voimavarat vaikuttavat siihen miten ihminen selviää kuormittavista tilanteista ja tekijöistä. Voimavarat ovat henkilökohtaisia, ryhmässä, yhteiskunnassa ja elinympäristössä olevia aineellisia ja aineettomia tekijöitä joiden avulla ihminen selviytyy elämänsä haasteista. Aaron Antonovsky luokittelee salutogenesis-mallissaan voimavarat kuuteen luokkaan: fyysiset ja biokemialliset -, aineelliset -, kognitiiviset -, arvostus-asenteelliset -, ihmissuhteisiin liittyvät -, ja kulttuuriset voimavarat. Oikein käytettynä nämä elämäkokemuksella hankitut voimavarat

muodostavat yksilölle tehokkaan puskurin stressi- ja kriisitilanteista selviytymiseksi (Salo & Tuunainen, 1996, 239–243; Friis, Seppänen & Mannonen, 2006, 51.)

Fyysiset ja biokemiallisten voimavarojen perustana voidaan pitää yksilön omaa geneettistä perimää. Yksilön tasolla näitä voimavarat voidaan ymmärtää immuunikykyä sairauksien torjumisessa ja sietämisessä sekä hänen sukuanamneesia periytyvien sairauksien suhteen, mitkä voivat uhata yksilön selviytymistä. Opiattiriippuvaisen potilaan voimavaroja uhkaavat usein huumeiden käytön aiheuttamat komplikaatiot kuten infektiosairaudet sekä vieroitusoireet. Päihderiippuvuuden lisäksi potilas kärsivät usein samanaikaisesti muusta psykiatrisesta sairaudesta kuten esimerkiksi masennuksesta tai persoonallisuushäiriöistä. (Salo & Tuunainen, 1996, 240–241; Friis, Seppänen & Mannonen, 2006, 51; Vormaa & yms. 2009, 1885; Veide, Alaoja & Seppä, 2007, 1964.)

Aineelliset voimavarat jaetaan satulogenesis mallissa elollisiin voimavaroihin ja ihmissuhteisiin liittyviin voimavaroihin. Elottomina aineellisina voimavaroina voidaan pitää perusturvallisuuden tekijöitä kuten vaateita, ruokaa, asuntoa, varallisuutta sekä muita normaaliin päivittäisiin toimintoihin liittyvät tekijät. Ihmissuhteisiin perustuvat voimavarat sen sijaan liittyvät yksilön yhteiskunnalliseen asemaan ja vaikutusvalttaan. Lisäksi ihmissuhteisiin liittyviin merkittävä voimavaran on käyttää hakea ja käyttää erilaisia palveluita. Opiattiriippuvaisen potilaan aineellisia voimavaroja uhkaavat usein työttömyys ja vähäinen koulutus sekä sen myötä vähävaraisuus. Heikon asemansa vuoksi päihderiippuvaisella on heikentyneet mahdollisuudet käyttää palveluita näiden tekijöiden vuoksi. (Salo & Tuunainen 1996 240-241; Friis & yms. 2006 51–52; Vormaa & yms. 2009 1885; Veide & yms. 2007 1964.)

Kognitiivisina ja emotionaaliset voimavarat perustuvat eletyn elämän aikana opituista taidoista ja tiedosta. Kognitiivisina voimavarat voidaan ymmärtää yleisivistyksenä, koulutustasona, kätevyysnä sekä yksilön omana erikoisosaamisena. Myös yksilön tietoisuutta sosiaalipalveluista ja oikeuksistaan voidaan pitää merkittävänä voimavarana. Yksilön tärkeimpänä emotionaalisenä voimavarana pitää ego-identiteettiä eli itsetuntoa. Itsetunnon avulla yksilö pyrkii tavoittelemaan omaa minuutta, mikä ohjaa yksilön toimintaa ja päätöksiä elämässä. Emotionaali-

sia voimavaroja voidaan tarkastella koherenssin tunteena eli kuinka millainen mielikuva hänelle maailmasta rakentuu. Päihderiippuvaisella on usein itsetunto kolhiintunut johtuen päihteiden käytön sekä huumemaailman tuoman häpeän vuoksi. Päihderiippuvuudesta kärsivät kokevat usein muiden ihmisten sekä yhteiskunnan halveksivan heitä sairautensa vuoksi. (Salo & Tuunainen, 1996, 241; Friis & yms. 2006 52–53; Veide & yms. 2007, 1965; Holmberg, 2010, 110–111.)

Arvostus-asenteelliset voimavarat liittyvät voimakkaasti yksilön ihmissuhteiden ja niiden vuorovaikutussuhteiden välille. Kokemuksien pohjalta yksilö joutuu kuitenkin uudelleenarviomaan omia asenteitaan ja arvojansa läpi koko elämänsä coping- strategioiden avulla. Coping- strategiat ovat yksilön uniikkeja toimintamalleja erilaisissa konflikteista ja stressitilanteista. Tarkoituksena on säilyttää elonjääminen sekä itsearvostus. Coping- strategiat antavat myös yksilölle mahdollisuuden ennakoida ja arvioida tilanteita sekä kuinka toimia niissä. Opiattiriipuvaiselle potilaalle coping- strategiat keskittyvät keinoihin, kuinka päihdettä saadaan hankittua itselleen muiden ihmissuhteiden kautta. Usein keinot sietää negatiivisia tunnetiloja ovat päihteenriippuvaisella heikot, koska tunnetiloja turrutetaan usein päihteillä. Nuorena alkanut päihdeongelma saattaa myös aiheuttaa tunne-elämän vinoutumista ja kehityshäiriötä, mikä heikentää potilaan stressinsietokykyä. (Salo & Tuunainen, 1996, 241-242; Friis & yms. 2006, 52-53; Vormaa & yms. 2009, 1885; Veide & yms. 2007, 1964.)

Ihmissuhteisiin liittyviä voimavaroja voidaan tarkastella kahden käsitteen avulla; Sosiaalinen tukiverkko sekä sitoutuminen. Sosiaalinen tukiverkko koostuu yksilön ystäväistä, tuttavista sekä perheen jäsenistä. Sosiaalisen tukiverkon suojaava vaikutus perustuu sen laajuuden sekä ihmissuhteiden toimivuuden perusteella. Hyvät ihmissuhteet ja laaja verkosto auttavat yksilö selviämään eri tilanteista sekä saamaan apua muilta ihmisiltä. Sitoutuminen luo taas perustan ihmissuhteille sekä vuorovaikutukselle. Tärkeänä voidaan pitää miten yksilö sitoutuu tiettyyn ryhmään ja asiaan sekä kuinka ryhmä on kiinnostunut hänestä sekä panoksestaan. Sitoutuminen työhön ja ihmissuhteisiin lisäävät yksilön koherenssin tunnetta, koska hän kokee itsenä merkitykselliseksi. Päihderiippuvaisen potilaan voimavaroja uhkaavat usein työttömyys ja sosiaalisen verkon kaventuminen päihteitä käyttävään

ystäväpiiriin. (Salo & Tuunainen, 1996, 241-242; Friis & yms. 2006, 52-53; Vormma & yms. 2009, 1885-1886; Veide & yms. 2007, 1964-1965.)

Yksilön kulttuurilliset voimavarat ammentavat itsensä synnyinmaan kulttuurista ja kielestä. Oma etninen kulttuuri tarjoaa yksilölle yhteisön omat valmiit roolit ja normit kuinka toimia hiljaisena tietona. Kulttuurin sisäistäminen ja sen toteuttaminen kiinnittävät yksilön elinympäristöönsä ja voimistavat hänen ego-identiteettiä. Kulttuurillisista voimavaroista tärkeimpänä voidaan pitää yksilön perhettä. Perheen kanssa yksilö voi toteuttaa kulttuuriensa traditioiden, arvojen sekä filosofian kautta. Kulttuuri kehittyy kuitenkin jatkuvasti evoluution kaltaisesti jatkuvasti muokaten ihmisten asenteita, uskomuksia sekä ideologiaa. (Salo & Tuunainen, 1996, 241–242; Holmberg, 2010, 82). Päihderiippuvaisen yhteydet omaan perheeseen sekä vanhempiin ovat usein kärsineet tai katkenneet voimavarojen kuluttua loppuun. Päihderiippuvaisen oma perhe on usein hajonnut päihdekierteen syventyessä tehden normaalin perhe-elämän mahdottomaksi.

2.3.2 Selvitymisstrategiat

Selviytymisstrategioilla tarkoitetaan niitä keinoja ja tapoja millä ihminen selviytyy erilaisista kuormittavista tilanteista ja tunteista. Selviytymisstrategiat määritellään tässä tutkimuksellisessa opinnäytössä käyttämällä teoreettisena viitekehyksenä Aaron Antonovskyn koherenssin- tunne teoriaa. Antonovsky määrittelee koherenssin tunteen yksilön subjektiiviseksi tunteeksi elämän jatkumisesta ja johdonmukaisuudesta. Koherenssin tunne on yksilön suuntautumista, mikä ilmaisee missä määrin yksilöllä on pysyvä ja kestävä luottamus siihen että ihmisen sisäinen ja ulkoinen maailma ovat ennustettavissa ja selkeitä. (Salo & Tuunainen, 1996, 233–244; Friis & yms. 2006, 51–53; Havio & yms. 2009, 107–108.)

Koherenssin tunne voidaan katsoa koostuvan kolmesta osatekijästä; **ymmärrettävyys**, **hallittavuus** sekä **mielekkyys**. **Ymmärrettävyys** perustuu yksilön kokemukseen, että asiat ja elämä ovat ymmärrettävissä, selitettävissä sekä ennustettavissa. Ymmärrettävyys kuvaa, miten tuntee sisäisen tai ulkoisen ympäristön ärsykkeiden olevan kognitiivisesti ymmärrettäviä, järkeviä sekä johdonmukaisia.

Yksilön on vaikea selvittää tai käsitellä kuormittavia tilanteita ja tunteita, jos hänellä ei ole selvää kognitiivista käsitystä ongelmasta. Esimerkiksi päihderiippuvaisen on vaikea käsitellä halua huumeiden pakonomaiseen käyttöön pitkänkin raittiusjakson jälkeen tai hän ei osaa yhdistää vieroitusoireiden ja huumeidenkäytön välistä suhdetta. (Salo & Tuunanen, 1996, 233–234, 237–238; Friis & yms. 2006, 52; Holmberg, 2010, 42–43; Meririnne & Seppänen, 2004, 952.)

Hallittavuus on yksilön kokemus asioiden ja elämän hallittavuudesta instrumentaalisilla keinoilla. Hallittavuus taas kuvaa yksilön kokemusta käytettävissä olevista keinoista ja omasta pätevyydestä selvittää kuormittavista tilanteista ja tekijöistä. Hallittavuustekijät koostuvat kaikkien instrumentaalisten keinojen lisäksi sosiaaliset keinot kuten ystävien tai ammattilaisten tarjoama apu. Hallittavuuden tunne kehittyy kun yksilöllä on luottamus omaan pätevyyteen ja asioiden sujumiseen omien voimavarojensa sallimissa rajoissa. Päihderiippuvaisen potilaan elämänhallinta keinoja voidaan tarkastella päihderiippuvuuden teorioiden pohjalta. Psykoanalyttisissä teorioissa päihderiippuvuus kehittyy negatiivisen ja positiivisen vahvistumisen myötä. Aluksi riippuvuuden positiivisessa vahvistumisessa huumeita käytetään mielihyvän tai muun positiivisen vaikutuksen saavuttamiseksi. Päihteiden jatkuvassa käytössä negatiivinen vahvistuminen ylläpitää huumeiden käyttöä vieroitusoireiden vuoksi. Huumeita käyttävälle potilaalle huumeet muodostavat merkittävän elämänhallinta keinon, koska huumeet ylläpitävät heidän toimintakykyään poistamalla vieroitusoireet tehden elämästä siedettävämpää. Päihderiippuvaisen sosiaaliset keinot taas rajoittuvat lähinnä huumeiden hankintaa ja käyttöön perustuviin ihmissuhteisiin. (Salo & Tuunanen, 1996, 235,238; Meririnne & Seppänen, 2004, 952; Holmberg, 2010, 43; Friis & yms. 2006, 54; Havio & yms. 2009, 107–108.)

Mielekkyyys perustuu taas yksilön kokemukseen, että asiat ja eläminen nähdään mielekkäänä sekä merkityksellisenä. Mielekkyyys voidaan nähdä ymmärrettävyyden emotionaalisenä puolena. Kun yksilö kokee asiat ymmärrettäviksi, syntyy tunne sen tärkeydestä ja merkityksellisyydestä itselle sekä ympäristölle. Tämän pohjalta yksilö näkee kuormittavat tilanteet hallittavina haasteina. Yksilön oma arvomaailma vaikuttaa mitkä asiat ja ilmiöt nähdään erityisen tärkeinä, mitkä motiivit voivat yksilöä ponnistelemaan. Mielekkyyttä yksilöllä ylläpitävät arvojen toteut-

taminen, päämäärien asettaminen ja saavuttaminen sekä itsensä toteuttaminen. (Salo & Tuunanen, 1996, 235, 239; Friis & yms. 2006, 52.)

2.3.3 Päivittäiset toiminnot

Yksilön fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä voidaan arvioida, kuinka hyvin hän selviytyy jokapäiväisistä toiminnoistaan itsenäisesti. Päivittäiset toiminnot jaetaan tavallisesti kolmeen luokkaan; BALD, IADL sekä AADL. BALD (basic activities of daily living) eli päivittäisillä perustoiminnoilla tarkoitetaan arjen päivittäisiä toimia ja rutiineita kuten ruokailu, hygieniasta huolehtimista, pukeutumista ja liikkumista. IADL (instrumental activities of daily living) eli välineelliset toiminnot jotka liittyvät yksilön asumiseen, harrastuksiin tai itsenäiseen elämiseen. Välineelliset toiminnot ovat monimutkaisempia arkipäivän rutiineja tai toimintoja jotka vaativat yksilöltä kognitiivisten ja aineellisten voimavarojen samanaikaista saatavuutta ja käytön osaamista. Esimerkiksi ruuanlaitto, pyykinpesu ja asiointi vaativat yksilöltä välineitä (ruuanlaittovälineet, pesuaineet tai kulkuväline) sekä osaamista ja tietämystä (miten ja missä tehdään). (Vuotilainen & Tiikkanen, 2010, 60-61, Friis & yms. 2006, 53–54.)

Sosiaalisia toimintoja, elämänlaatua ja yhteiskuntaan suuntautuvaa toimintaa, kuten osallistumista yhteistoimintaan, matkustelua ja harrastelua pidetään korkeatasoisina tai kehittyneinä päivittäisinä toimintoina eli AADL (Advanced activities of daily living). Päihderiippuvaisella on usein hankaluuksia selvitä sosiaalisista päivittäisistä toiminnoista syrjäytymisen ja huumeiden käytön sosiaalisten haittojen vuoksi. Päihteiden käyttöön liittyvä häpeä ja mielenterveysongelmat heikentävät yksilön halua sosiaaliseen kanssakäymiseen. Heikko koulutustaso ja työttömyys vaikeuttavat myös huumeriippuvaisen osallistumista yhteiskuntaan työn Kehittyneitä päivittäisiä toimintoja yksilöllä tarkastella erityisesti koherenssin tunteen mielekkyyden ulottuvuuden pohjalta, miten hän kokee toteuttavansa itseään harrastusten ja työn kautta. (Vuotilainen & Tiikkanen, 2010, 61–62; Friis & yms. 2006, 53–54.)

3 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET

3.1 Korvaushoitoon liittyvät tukitukset

Baasin & Seppänen-Leimanin buprenorfiininhoidon kehittämisprojekti ”Kadulta Korvaushoitoon 1.1.1998–30.6.2012” loppuraportti sisältää kuvauksen avo- ja laitoshoidon hoito-ohjelmista, potilasryhmän erityispiirteistä ja hoito-ohjelmien tuloksista.

Weckroth tutkimusraportti ”Drug-related harm according to opiate users on buprenorphine treatment” NAT 2007 (Nordic Studies On Alcohol and Drugs) tutkimuskokoelmasta kuvattiin huumeiden käyttöä ja hoitomuotoja asiakkaiden näkökulmasta. Samalla kartoitettiin asiakkaiden käsitystä huumehaittojen vähentämisestä buprenorfiini korvaushoidossa

Opioidiriippuvuuden korvaushoidon HYKS:n päihdepsykiatrian yksikössä 2003-2005 alkuperäistutkimus. Vorma, Sokero, Turtiainen ja Katila (2005) tutkivat korvaushoidon hoitotuloksia. Tutkimuksen mukaan hoitotulokset ovat hyviä, mutta asiakkaiden moniongelmallisuus on kasvava haaste.

3.2 Päihderiippuvaisen elämänhallintaan liittyvät tutkimukset

Knuutin tutkimus (2007) ”Matkalla marginaalista valtavirtaan? Huumeiden käytön lopettaneiden elämäntapa ja toipuminen” kuvasi huumeiden käytön lopettaneiden elämäntapaa ja toipumista heidän kokemuksistaan käsin. Knuutin tutkimuksen tulokset osoittivat, että akuutista päihderiippuvuudesta toipuminen on pitkä prosessi, koska raittius vaatii uuden elämäntavan rakentamisen.

Kotovirta (2009) tekemä tutkimus tarkasteli nimettömien narkomaanien tarjoaman vertaistuen merkitystä päihderiippuvaisen henkilön toipumisessa. Tutkimus vahvisti vertaistuen merkityksestä toipumisesta, mutta sillä ei voi kuitenkaan korvata virallista hoitojärjestelmää.

Tourunen, Pitkänen, Harja-Koskelin, Häkkinen ja Holopainen toteuttivat K- ja vieroituspoliklinikoilla 2002-2003 (2004) korvaushoitonsa aloittaneiden opiaatti-

riippuvaisten seuranta tutkimuksen. Tutkimus osoitti, että korvaushoito sai aikaan positiivisia muutoksia potilaiden elämäntilanteeseen, mutta heikoimmassa sosiaalisessa asemassa olevien keskeytyvät usein.

Nele Veiden, Alaja & Sepän vuonna 2007 tekemä terveydenhuoltotutkimus kuvasi millaisia potilaat ovat opioidiriippuvuuden hoito-ohjelmassa korvaushoidossa käyvien asiakkaiden elämäntilannetta. Tutkimus osoitti potilaiden olevan moniongelmallisia, mutta he kuitenkin sitoutuivat hoitoon hyvin.

”Mä käytän subua, että mä pysyn terveenä ja pystyn toimimaan” on Malin, Holopaisen ja Tourusen vuonna 2006 tekemä tutkimus kuvaa huumeen käyttäjän kokemuksia ja näkemyksiä buprenorfiinin käytöstä. Tutkimus paljasti että heroiinin käytön tilalle on tullut buprenorfiini ja sen käyttö on lisääntymässä. Lisäksi haastateltavat olivat turhautuneita buprenorfiini korvaushoitoon pääsemisen vaikeudesta.

4 TUTKIMUSASETELMA

4.1 Tarkoitus ja tavoitteet

Tämän tutkimuksellisen opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia korvaushoidon vaikuttavuutta Rauman päihdekllinikalla sekä Porin A-kllinikalla. Tutkimus keskittyy selvittämään, vaikuttaako opiaattikorvaushoito asiakkaiden arjenhallintataitoihin sekä päivittäisiin toimintoihin. Opinnäytetyö tuottaa tietoa asiakastytyväisyydestä opiaattikorvaushoidon toteutumisesta tutkimusyksiköissä. Tämän opinnäytetyön tutkimusongelmina ovat:

1. Miten opiaattikorvaushoitoa toteutetaan Rauman päihdekllinikalla sekä Porin A-kllinikalla?
2. Minkälaisia vaikutuksia opiaattikorvaushoidolla on asiakkaan arjenhallintaan ja päivittäisiin toimintoihin?

3. Mitä kehittämisehdotuksia asiakkailta on korvaushoidon toteutuksen suhteen?

Opinnäytetyön keskeiset käsitteet ovat opiaattiriippuvuus, korvaushoito ja elämänhallinta.

4.2 Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä

Tutkimus on järjestäytynyttä sekä systemaattista toimintaa, jonka tarkoitus on lisätä tietoa tai selittää jotakin tiettyä asiaa tai ilmiötä. Jokaisella tutkimuksella on oltava tarkoitus. Tutkimus voi olla kartoittava, selittävä, kuvaileva tai ennustava riippuen tutkimuksen kohteesta. Tutkittava ilmiö tavallisesti määrää sopivat menetelmät sekä metodologiset sitoumukset, miten aineisto kerätään, käsitellään ja analysoidaan hyvien tieteellisten käytäntöjen mukaan. Tutkimuksen lähestymistapa voi olla kvantitatiivinen tai kvalitatiivinen sekä niiden sekoitus. Tämän opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi on valittu kvantitatiivinen lähestymistapa (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2009, 129–130, Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen, 2010, 42, Vilka, 2007, 14, 18–19.)

Kvantitatiivinen lähestymistapa soveltuu erityyppisiin tutkimusasetelmiin, erityisesti kun aineistoa voidaan tarkastella numeraalisesti. Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä kuvaa tutkittavien muuttujien välisiä suhteita sekä eroja. Kvantitatiivinen tutkimus perustuu teoreettiseen viitekehykseen, joka koostuu aikaisemmista tutkimuksista sekä teoriataustasta. Kvantitatiivisessa tutkimusmenetelmässä keskeisiä elementtejä ovat aineistonkeruun suunnitelma, tutkittavien muuttujien valitseminen, tutkimusaineiston muuntamien tilastollisesti käsiteltävään muotoon sekä päätelmien perusteleva analysointi aineiston pohjalta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009 130–131, Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2010 42–43 47–48, Vilka 2007 14, 19–10, 23.)

Tämä opinnäytetyö suoritettiin poikittaistutkimuksena. Opinnäytetyön tarkoitus oli tarkastella muuttujien kausaalisuutta toisiinsa takautuvasti sekä kartoittaa tutkimuksiin osallistuvien elämäntilannetta. Aineiston keruussa pyrittiin molempien

tutkimusyksiköiden kokonaisotantaan eli tarkoituksena oli tavoittaa kaikki korvaushoitoa saavat asiakkaat tammikuussa 2013, jotka täyttivät tutkimuksen kriteerit. Lomakkeet olivat saatavilla viisi viikkoa tammikuun 1.päivästä lähtien tammikuun loppuun asti.

4.3 Kyselylomakkeen laadinta

Tämän opinnäytetyön mittariksi valittiin kyselylomake. Opinnäytetyön kyselylomake perustuu teoreettiseen viitekehukseen, joka on laadittu uusienpien teorian teorian sekä tutkimuksien pohjalta. Kyselylomake testattiin ennen aineiston keräämistä tutkimusyksiköiden henkilökunnalla sekä ohjaavalla opettajalla. Kyselylomake koostui neljästä osiosta sekä saatekirjeestä.

Saatekirjeessä vastaajalle selvitettiin tutkimuksen tekijät sekä tarkoitus. Saatekirjeestä kävi ilmi, että tutkimus tehdään kahdessa korvaushoitoa antavassa hoitoyksikössä ja tarkoituksena oli tutkia korvushoidon vaikuttavuutta. Vastaajalle selvitettiin, että tutkimukseen vastataan nimettömänä sekä saatua aineistoa käsitellään, siten että yksittäistietoja ei tule näkyviin. Saatekirjeen loppuun oli liitetty opinnäytetyön tekijän sekä ohjaajan yhteystiedot.

Ensimmäisessä kysymysosiassa kysyttiin vastaajien taustatietoja; Sukupuoli, ikä, siviilisääty, lapsien lukumäärä sekä huumausaineiden käyttöhistoria vuosina. Samalla kartoitettiin suppeasti myös vastaajien sosiaalista tilannetta kysymällä lapsien huoltajuudesta, työssäkäynnistä sekä mahdollisesta opiskelusta tai työharjoittelusta. Ensimmäisessä osiossa vastattiin monivalinta kysymyksiin, joihin oli annettu valmiit vastausvaihtoehdot.

Toisessa osiossa kysyttiin vastaajien saamia hoitomuotoja. Hoitomuodoista haluttiin selvittää, mitä korvaushoitomuotoa sekä lääkettä vastaaja oli saanut. Lisäksi selvitettiin kuinka kauan vastaaja oli saanut korvaushoitoa. Kysymykset olivat monivalinta kysymyksiä, joihin oli valmiit vastausvaihtoehdot. Tämän osuuden kysymykset oli teoretisoitu opinnäytetyön korvaushoito käsitteen pohjalta.

Kolmannessa osiossa kysyttiin vastaajien kokemusta sekä terveyden- että elämäntilanteestaan. Tämän osion kysymyksien teoreettinen viitekehys perustui opinnäytetyön elämäntilantekäsitteen sekä erityisesti Aaron Antonovskyn salutogenesis-malliin sekä koherenssi teoriaan. Kysymykset teoretisoitiin koherenssi-tunteen sekä salutogenesis-mallin keskeisten teemojen pohjalta päivittäisiksi toiminnoksi sekä voimavaroiksi. Vastaajalta kysyttiin kokemusta omasta terveydentilasta, voimavaroista sekä kyvystä huolehtia itsestään. Kysymykset olivat valmiita väittämiä, joihin oli seuraavat vastausvaihtoehdot: ”täysin samaa mieltä – jokseenkin samaa mieltä, jokseenkin eri mieltä, - täysin erimieltä”.

Neljännessä osuudessa taas selvitetään korvaushoidon asiakastyytyvyydestä erilaisilla väittämillä. Kysymykset olivat valmiita väittämiä kuten edellisessäkin kysymysosuudessa. Lopussa oli avoin kysymys, johon vastaaja halutessaan saattoi jättää omat kehittämisideansa korvaushoidon toteutuksen suhteen. Väitteet teoretisoitiin opinnäytetyön korvaushoidon käsitteen pohjalta. Erityisesti väittämiä laadittaessa keskityttiin korvaushoidon toteutuksessa ilmenneisiin ongelmiin, joita oli havaittu aikaisemmissa tutkimuksissa.

4.4 Aineiston kerääminen

Opinnäytetyön aineisto päädyttiin keräämään kertaotoksena. Tutkimuksessa pyrittiin molempien yksiköiden (N= 60) kokonaisotantaan. Tutkimus haluttiin kohdentaa tutkimusyksiköiden asiakkaihin, jotka olivat saaneet opiaattikorvaushoitoa vähintään kuukauden ajan.

Ennen aineiston keräämistä tutkimusluvat anottiin Porin Psykososiaalisten palveluiden päälliköltä sekä Rauman Sosiaali- ja terveystieteiden johtajalta. Tutkimuslupahakemus sisälsi valmiin tutkimussuunnitelman. Mittari luvattiin toimittaa tutkimusyksiköille arviotavaksi myöhemmin ennen aineiston keräämistä.

Opinnäytetyön aineisto kerättiin tammikuun 2013 aikana. Vastaamisaikaa oli varattu viisi viikkoa. Tutkimukseen osallistuneet saivat kyselomakkeet korvaushoidon lääkkeenannon yhteydessä sairaanhoitajalta. Kyselyihin vastattiin lääkkeenoton aikana tai sen jälkeen odotustilassa. Täytettyään lomakkeen vastaajat

jättivät vastaukset palautuslaatikkoon, joka sijaitsi odotustilassa. Lopuksi vastaajat merkitsivät viivan palautuslaatikkoon pudotettuaan lomakkeen laatikkoon. Tutkimiehen kirjanpidon tarkoituksena oli seurata aineisto kerääntymistä.

5 TUTKIMUSTULOKSET

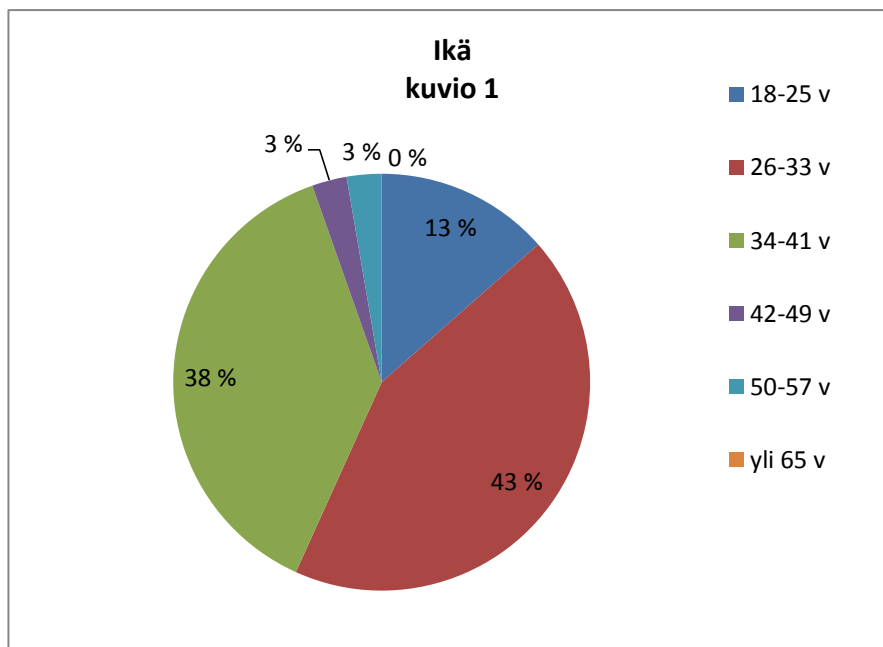
5.1 Aineiston analysoinnin esivalmistelut

Ensimmäiseksi molempien tutkimusyksiköiden palautuslaatikot avattiin samanaikaisesti ja vastauslomakkeet sekoitettiin keskenään ennen niihin perehtymistä, ettei lomakkeiden alkuperää voinut tietää. Kokonaisotannasta (60) tavoitettiin 62 % (39) kuukauden aikana. Kyselylomake hylättiin aineistosta jos yli kymmeneen kysymykseen tai taustatieto-osuuteen ei ollut vastattu. Kaksi kyselylomaketta jouduttiin näillä perusteilla hylkäämään, jolloin kokonaisotannaksi jäi $N=37$.

Aineiston tarkastamisen jälkeen kyselylomakkeiden vastaukset siirrettiin sähköiseen muotoon. Aineistosta ohjelmoitiin havaintomatriisi Tixel 8 ohjelman avulla. Aineisto analysoitiin tilastollisesti sekä raportoidaan prosentteina. Jokaisesta kysymyksestä laadittiin tilastollinen kuvaaja. Frekvenssit ovat nähtävissä opinnäytetyön liitteissä (liite 4).

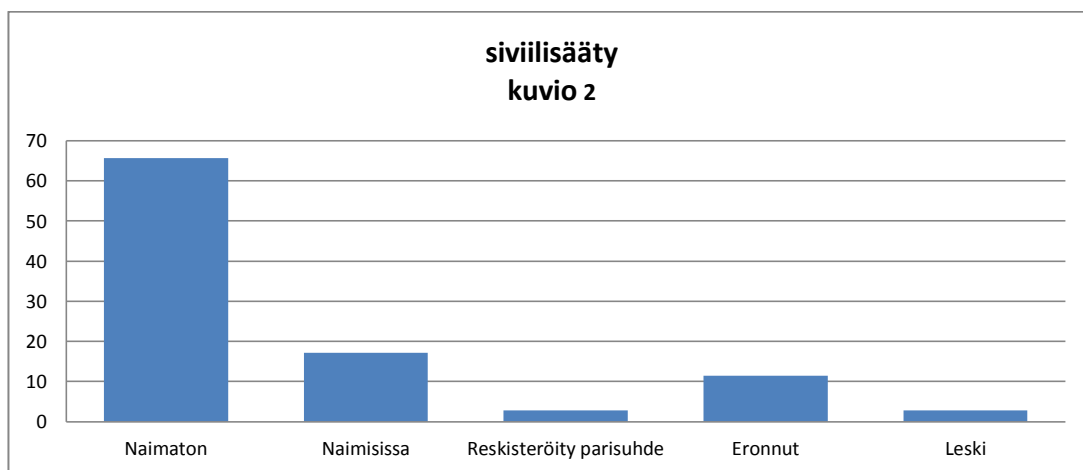
5.2 Taustatiedot

Kyselylomakkeen ensimmäisessä osuudessa selvitettiin vastaajien taustatiedot. Vastaajista 32 % ($n=12$) oli **naisia** sekä **miehiä** 68 % ($n=30$). Vastaajista oli **iältään** 14 % ($n=5$) 18-25 vuotiaita, 43 % ($n=16$) 26-33 vuotiaita, 38 % ($n=14$) 34-41vuotiaita, 3 % ($n=1$) 42-49vuotiaita sekä 3 % ($n=1$) 50-57v vuotiaita ja kukaan vastaajista ei ollut yli 65 vuotta. (Kuvio 1).



Kuvio 1. Ikäjakauma

Taustatiedoissa selvitettiin myös **siviilisäätty**. Vastaajista suurin osa 66 % (n= 32) oli naimattomia. Naimisissa oli 17 % (n=6) ja eronneita oli 11 % (n=4) vastaajista. Vain 3 % (n=1) oli jäänyt leskeksi. Yksi vastaajista (3 % n=1) ilmoitti olevansa rekisteröidyssä parisuhteessa. Kahdelta vastaajalta puuttui tieto (Kuvio 2).

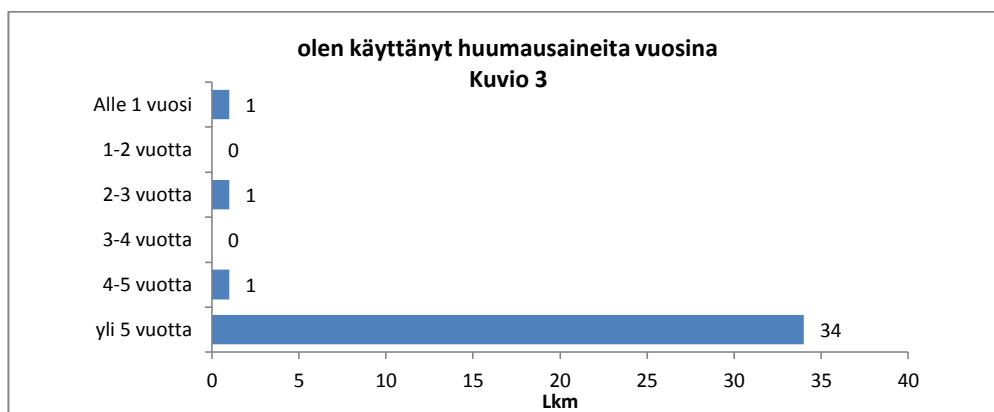


Kuvio 2. Siviilisäätty

Vastaajista 54 %:lla (n= 20) oli **lapsia**. Lapsia vastaajilla oli seuraavasti: yksi lapsi 46 % (n=17), kaksi lasta 30 % (n=11), kolme lasta 16 % (n=6), kolme tai enemmän 8 % (n=8). **Lastensa huoltajuus** oli 35 %:lla (n=7) vastaajista. Tässä kohdassa ei otettu vastausvaihtoehtoisissa huomioon, että lapset voivat olla täysi-ikäisiä.

Vastaajista 19 % (n=7) kävi **säännöllisesti töissä**. **Opiskelupaikka** oli 8 % vastaajista (n=3) sekä 3 % (n=1) kävi **työvoimapolitiisessa työharjoittelussa**. Lopuilla 70 % (n= 26) vastaajista ei ollut työ-, opiskelu-, tai työvoimapolitiista harjoittelupaikkaa.

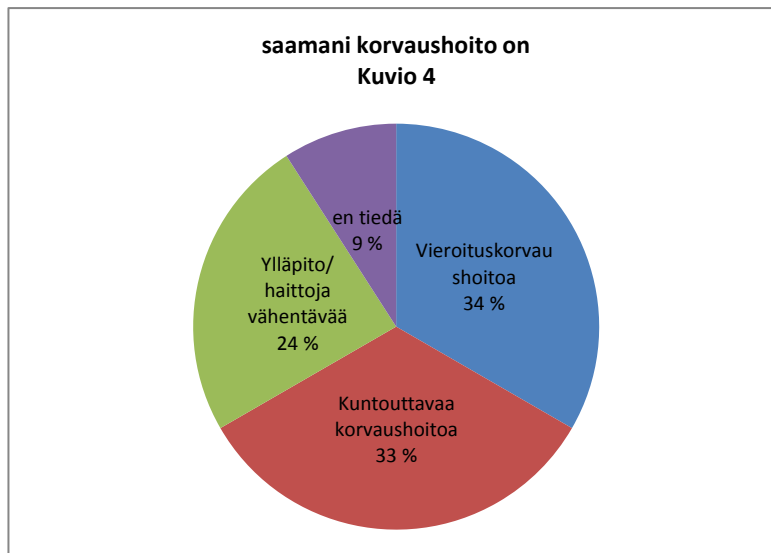
Suurin osa vastaajista 92 % (n=34) **oli käyttänyt huumausaineita** yli viisi vuotta. Alle vuoden huumausaineita oli käyttänyt vain 3 % (n=1), 1-2 vuotta 0 %, 2-3 vuotta 3 % (n=1), 3-4 vuotta 0 % sekä 4-5 vuotta 3 % (n=1). (Kuvio 3).



Kuvio 3. Huumausaineiden käyttö vuosissa

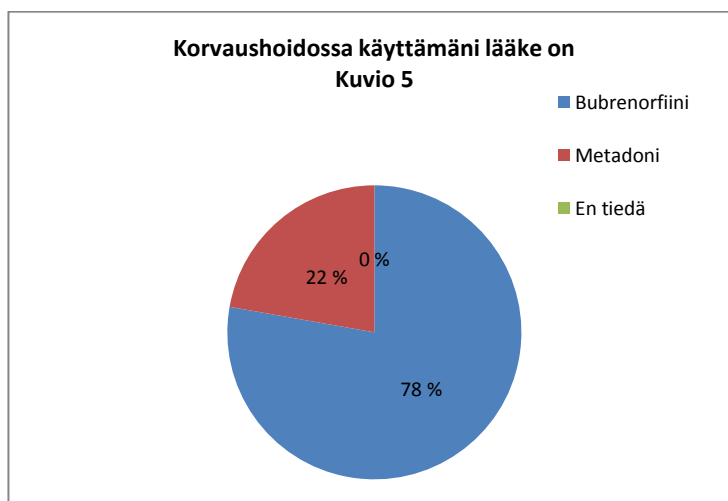
5.3 Hoitomuoto

Kyselylomakkeen toisessa osassa selvitettiin, mitä **korvaushoidon muotoa** ja **lääkettä vastaaja** oli saanut sekä kuinka kauan vuosina. Vastaajista 33 % (n=11) sai vieroitukseen tähtäävää korvaushoitoa, 33 % (n=11) kuntouttavaa korvaushoitoa ja ylläpito/ haittoja vähentävää korvaushoitoa sai 24 % (n= 8). Kolme vastaajista (9 %, n=3) ei tietänyt mitä korvaushoidon muotoa sai. (Kuvio 4).



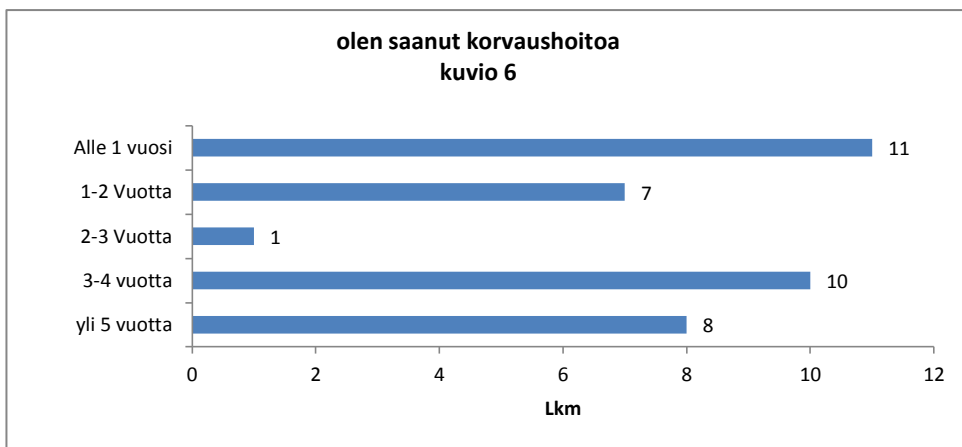
Kuvio 4. Hoitomuoto

Suurin osa vastaajista 78 % (n= 28) käytti **huumekorvaushoitona buprenorfiinia**. Loput vastaajista 22 % (n=8) käyttivät **metadonia**. Kaikkia vastaajat tiesivät mitä korvaushoitolääkettä saivat. Yhdestä lomakkeesta puuttui tieto. (Kuvio 5).



Kuvio 5. Korvaushoitolääke

Seuraavaksi selvitettiin **korvaushoidon kestoa**. Vastaajista 30 % (n=11) oli saanut korvaushoitoa alle vuoden, 19 % (n= 7) 1-2 vuotta, 3 % (n=1) 2-3 vuotta, 27 % (n= 10) 3-4 vuotta sekä loput 22 % (n=8) yli 5 vuotta. (Kuvio 6).

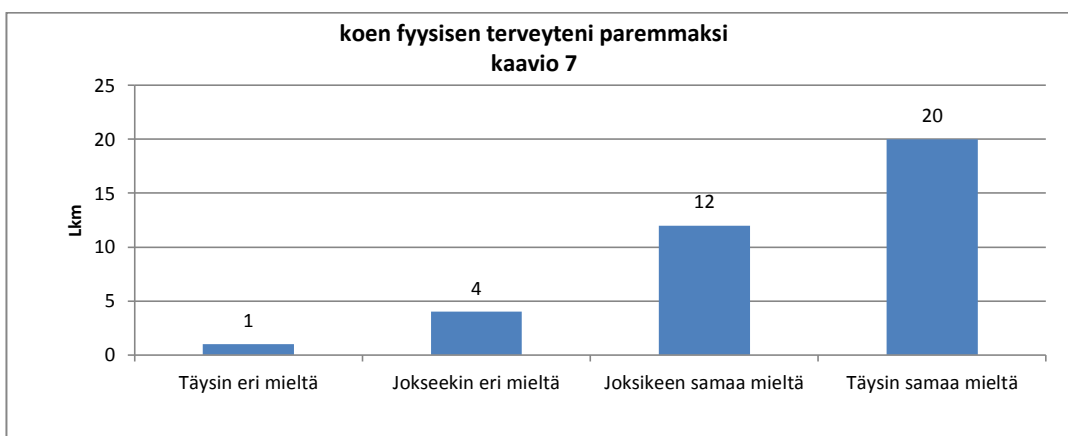


Kuvio 6. Korvaushoidon kesto

5.4 Terveydentila ja elämäntilanne

5.5 Terveydentila

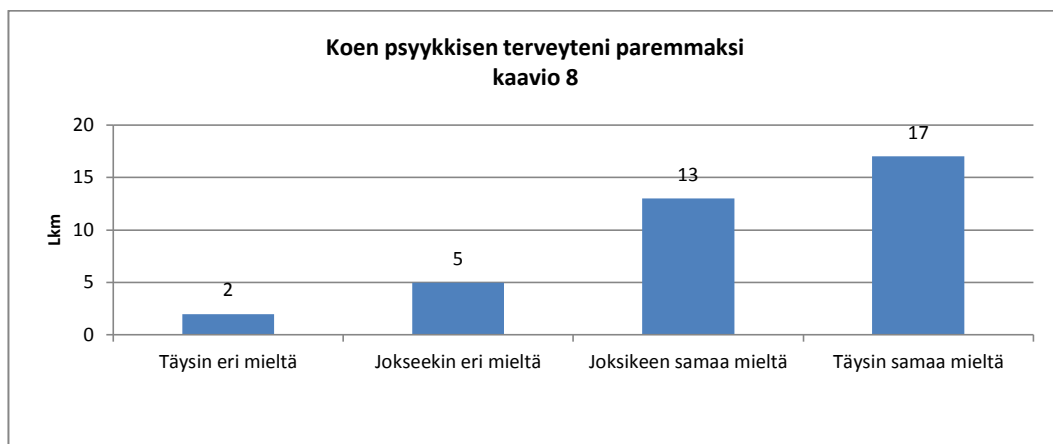
Kyselylomakkeen kolmannessa osassa pyydettiin vastaajia arviomaan huumekorvaushoidon vaikuttavuutta elämän- sekä terveydentilan kohentumiseen. Vastaajista 55 % (n=20) oli täysin samaa mieltä ja 32 % (n=12) jokseenkin samaa mieltä siitä, että heidän **fyysinen terveytensä** oli parantunut. Sen sijaan vastaajista 11 % (n=4) oli jokseenkin eri mieltä ja 3 % (n=1) täysin eri mieltä fyysisen terveytensä parantumisesta. (Kuvio 7).



Kuvio 7. Fyysisen terveyden kohentuminen

Psyykkisen terveyden parantumisesta 46 % (n=17) oli täysin samaa mieltä ja 35 % (n=13) jokseenkin samaa mieltä. Vastaajista oli 14 % (n=5) jokseenkin eri

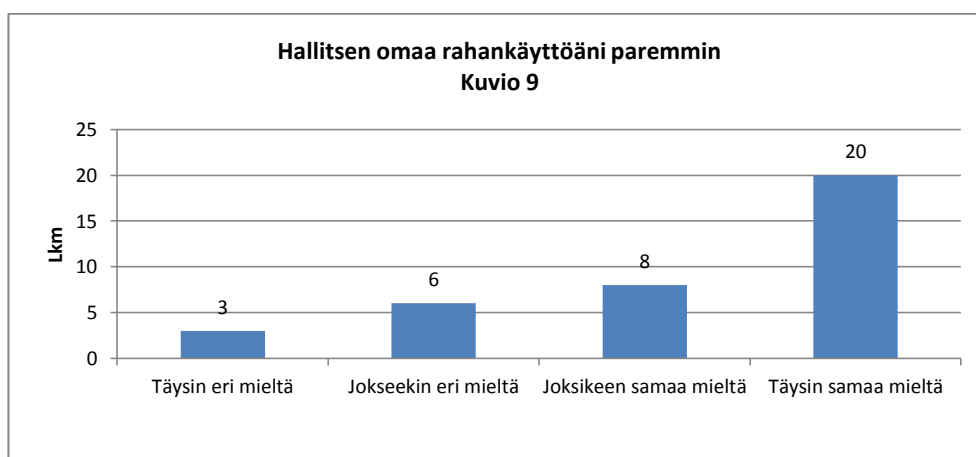
mieltä ja 5 % (n=2) täysin eri mieltä psyykkisen terveyden paranemisesta. (Kuvio 8).



Kuvio 8. Psyykkisen terveyden kohentuminen

5.5.1 Elämäntilanne

Seuraavaksi selvitettiin hallitsivatko vastaajat **rahankäyttöään** paremmin. Vastaa-
taajista 54 % (n=20) oli täysin samaa mieltä ja 22 % (n=8) oli jokseenkin samaa
mieltä. Rahankäyttönsä hallinnan parantumisesta 16 % (n=6) oli jokseenkin eri
mieltä ja 8 % (n=3) täysin eri mieltä. (Kuvio 9).

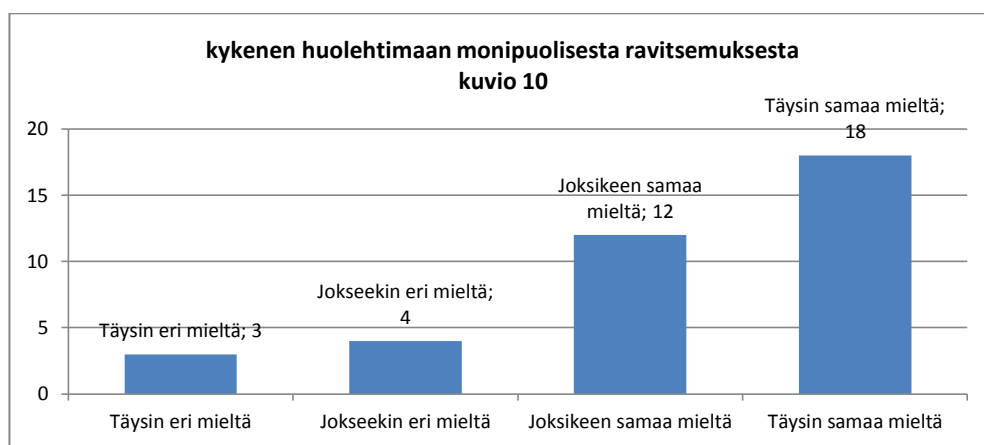


Kuvio 9. Rahankäyttö

Vastaajilta kysyttiin heidän **asumismuotoaan**. Suurin osa vastaajista 81 % (n=
30) asui vuokra-asunnossa. Vastaajista 5 % (n=2) asui vanhempiensa luona, omis-
tusasunnossa 3 % (n=1), asuntolassa 3 % (n=1) ja laitoksessa 3 % (n=1). Vain yk-
si (3 %, n=1) vastaajista ilmoitti olevansa asunnoton.

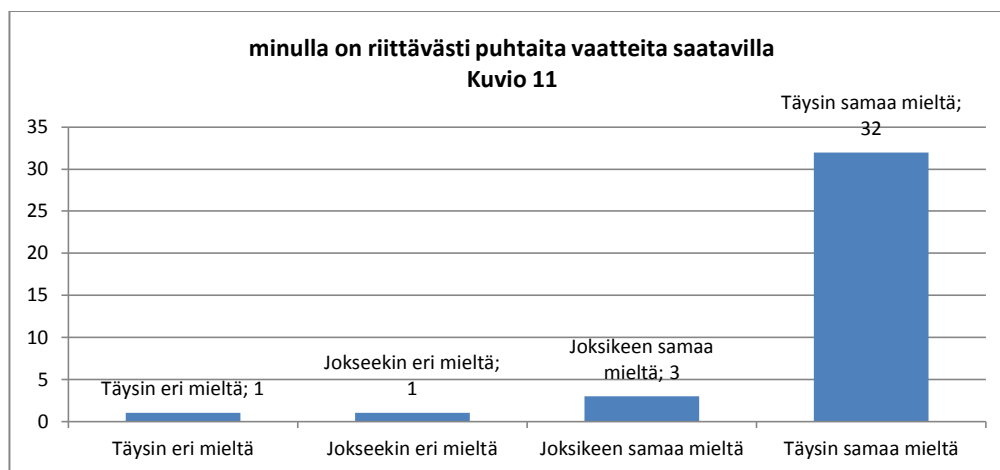
5.5.2 Ravitseminen ja puhtaus

Seuraavaksi kysyttiin kykenivätkö vastaajat huolehtimaan **monipuolisesta ravitsemuksesta**. Vastaajista 49 % (n=18) oli samaa mieltä ja 32 % (n=12) oli joksikeenkin samaa mieltä kyvystään huolehtia monipuolisesta ravitsemuksesta. Lopuista vastaajista 11 % (n=4) oli joksikeenkin eri mieltä sekä 8 % (n=3) oli täysin eri mieltä kyvystään huolehtia monipuolisesta ravitsemuksestaan. (Kuvio 10).



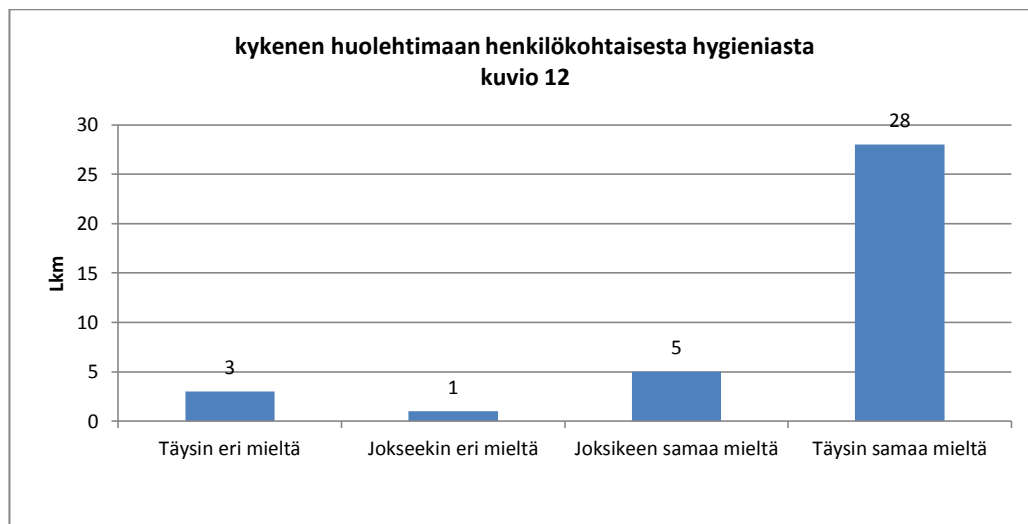
Kuvio 10. Ravitseminen

Vastaajilta kysyttiin oliko heillä riittävästi **puhtaita vaatteita saatavilla**. Suurin osa vastaajista 86 % (n=32) oli täysin samaa mieltä ja 8 % (n=3) oli joksikeenkin samaa mieltä että heillä oli saatavilla riittävästi puhtaita vaatteita. Vastaajista 3 % (n=1) oli joksikeenkin eri mieltä ja 3 % (n=1) täysin eri mieltä puhtaiden vaatteiden riittävydestä. (Kuvio 11).



Kuvio 11. Puhtaiden vaatteiden riittävyys

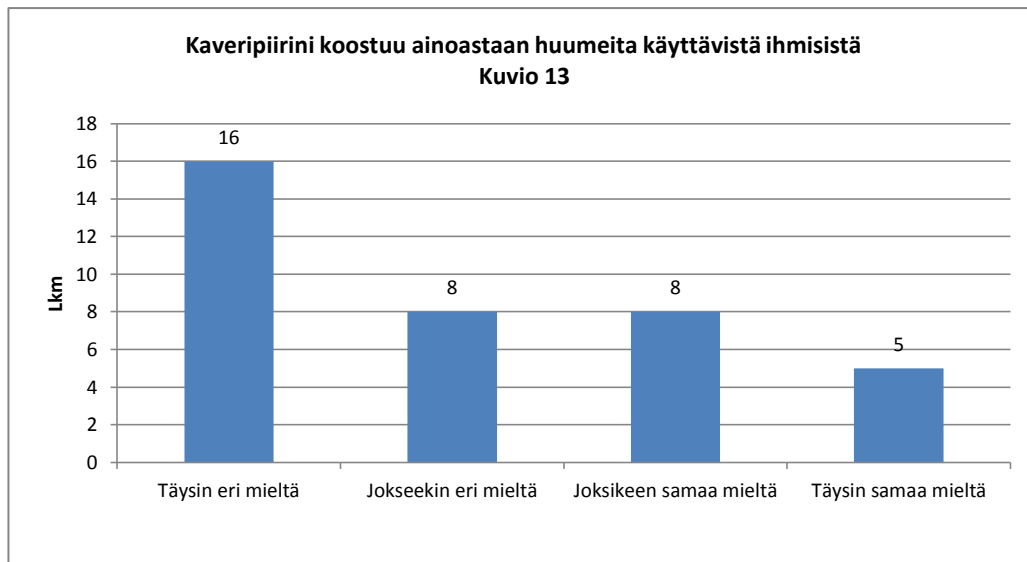
Seuraavaksi selvitettiin kykenivätkö vastaajat huolehtimaan **henkilökohtaisesta hygieniastaan**. Vastaajista 76 % (n=28) oli täysin samaa mieltä ja 14 % (n=5) jokseenkin samaa mieltä kyvystään huolehtia hygieniastaan. Vastaajista yksi (3 %, n=1) oli jokseenkin eri mieltä ja kolme (8 %, n=3) täysin eri mieltä kyvystään huolehtia henkilökohtaisesta hygieniasta. (Kuvio 12).



Kuvio 12 Henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtiminen

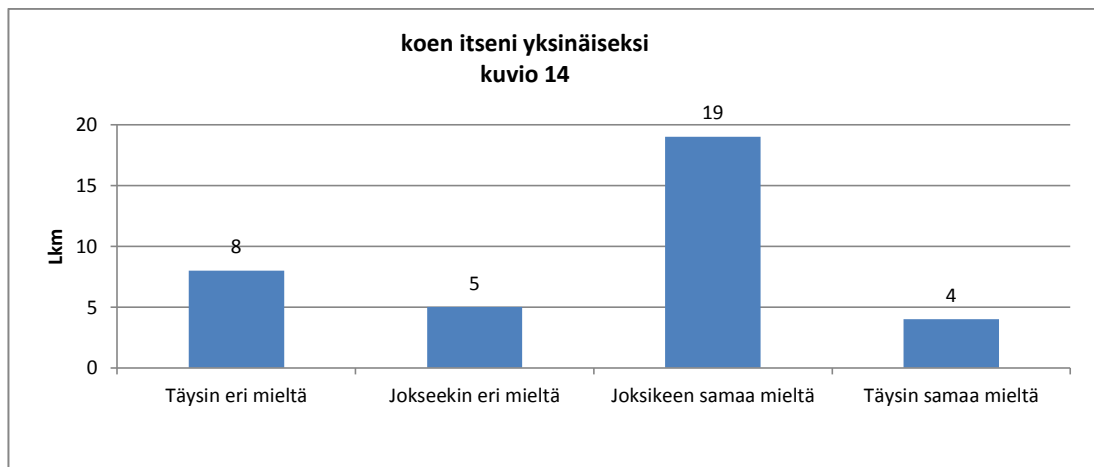
5.5.3 Ihmissuhteet

Vastaajilta kysyttiin koostuuko heidän **kaveripiirinsä** ainoastaan huumeita käyttävistä ihmisistä. Täysin samaa mieltä oli 14 % (n=5) ja jokseenkin samaa mieltä oli 22 % (n=8) vastaajista. Jokseenkin eri mieltä vastaajista oli 22 % (n=8) ja 43 % oli täysin eri mieltä omasta kaveripiiristään. (Kuvio 13).



Kuvio 13 Kaveripiiri

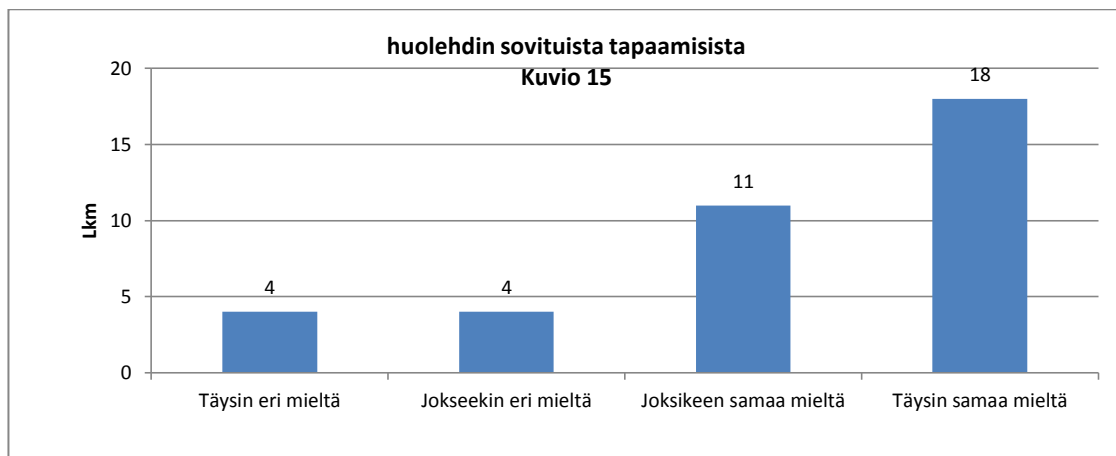
Vastaajilta seuraavaksi kysyttiin kokevatko itsensä **yksinäiseksi**. Vastaajista 22 % (n=8) oli täysin samaa mieltä ja 53 % (n=19) oli jokseenkin samaa mieltä että he ovat yksinäisiä. Vastaajista jokseenkin eri mieltä oli 14 % (n=5) ja täysin eri mieltä 22 % (n=8) yksinäisyydestään. (Kuvio 14).



Kuvio 14. Yksinäisyys

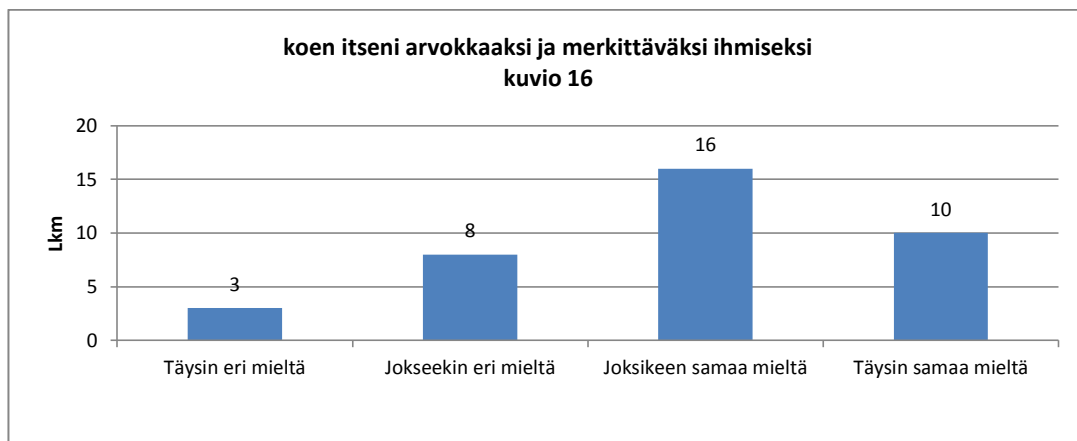
5.5.4 Asionti

Seuraavaksi kysyttiin huolehtivatko he **sovituista tapaamisistaan**. Täysin samaa mieltä oli 49 % (n=18) ja jokseenkin samaa mieltä oli 30 % (n=11) vastaajista huolehtimisistaan sovituista tapaamisista. Vastaajista jokseenkin eri mieltä oli 11 % (n=4) ja täysin eri mieltä 11 % (n=4). (Kuvio 15).



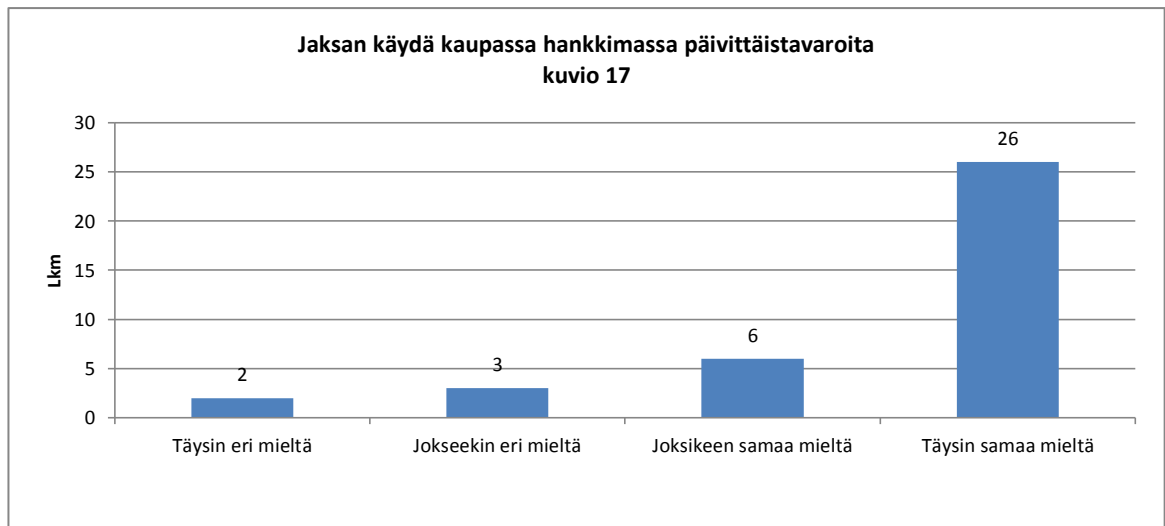
Kuvio 15. Sovituista tapaamisista huolehtimien

Vastaajilta kysyttiin kokevatko he itsensä **arvokkaiksi** sekä **merkityksellisiksi ihmisiksi**. Vastaajista täysin samaa mieltä oli 27 % (n=10) ja 43 % (n=16) oli jokseenkin samaa mieltä. Jokseenkin eri mieltä vastaajista oli 22 % (n=8) ja 8 % (n=3) oli täysin eri mieltä omasta merkityksestään ja arvokkuudestaan. (Kuvio 16).



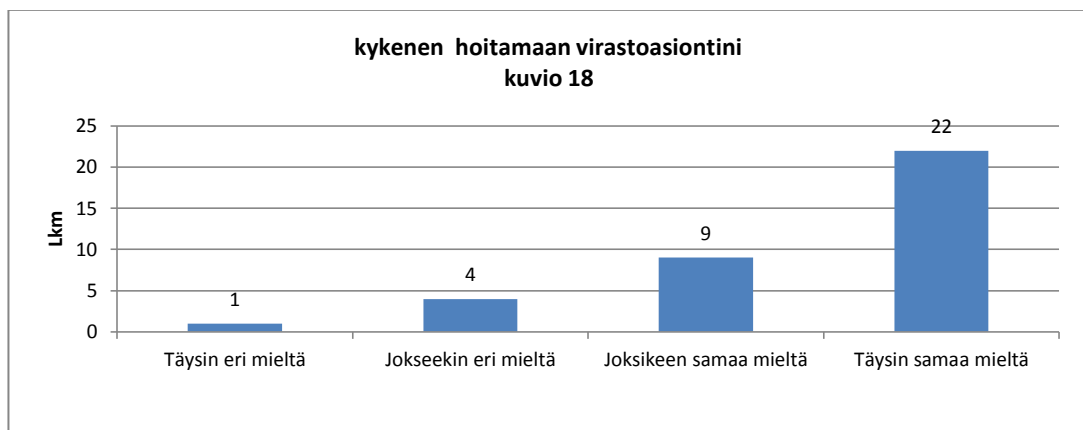
Kuvio 16. Itsevarmuus ja – tunto

Seuraavaksi selvitettiin jaksoivatko vastaajat **käydä kaupassa** säännöllisesti hankkimassa päivittäistavaroita. Vastaajista suurin osa 70 % (n=26) oli täysin samaa mieltä ja jokseenkin samaa mieltä oli 16 % (n=6). Lopuista vastaajista 8 % (n=3) oli jokseenkin eri mieltä ja täysin eri mieltä oli 5 % (n=2) siitä, että he jaksavat käydä säännöllisesti kaupassa. (Kuvio 17).



Kuvio 17. Kaupassa asiointi

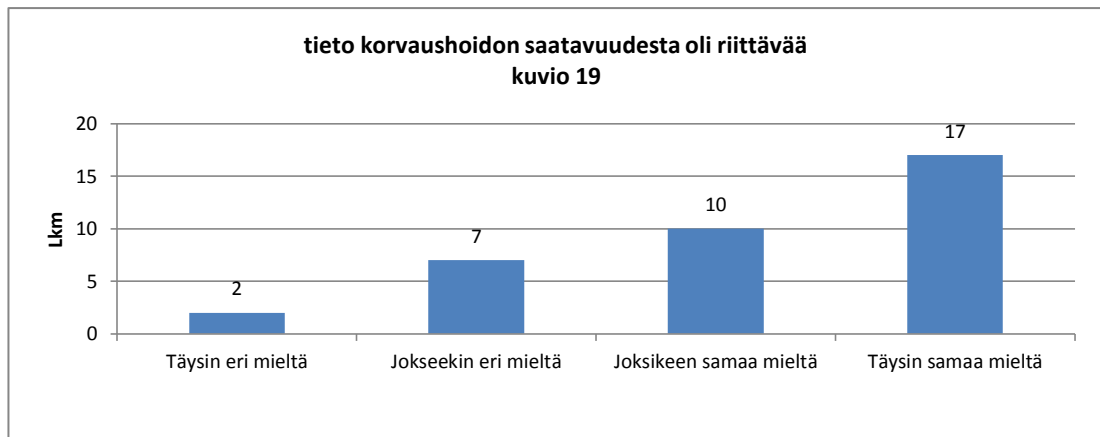
Viimeiseksi kolmannessa osuudessa kysyttiin jaksoivatko vastaajat hoitaa omat **virastoasiointinsa**. Vastaajista 61 % (n=22) oli täysin samaa mieltä sekä jokseenkin samaa mieltä oli 25 % (n=9). Vastaajista jokseenkin eri mieltä oli 11 % (n=4) ja täysin eri mieltä 3 % (n=1) sen suhteen, että he eivät jaksaa huolehtia virastoasiointistaan. (Kuvio 18).



Kuvio 18. Virastoasiointi

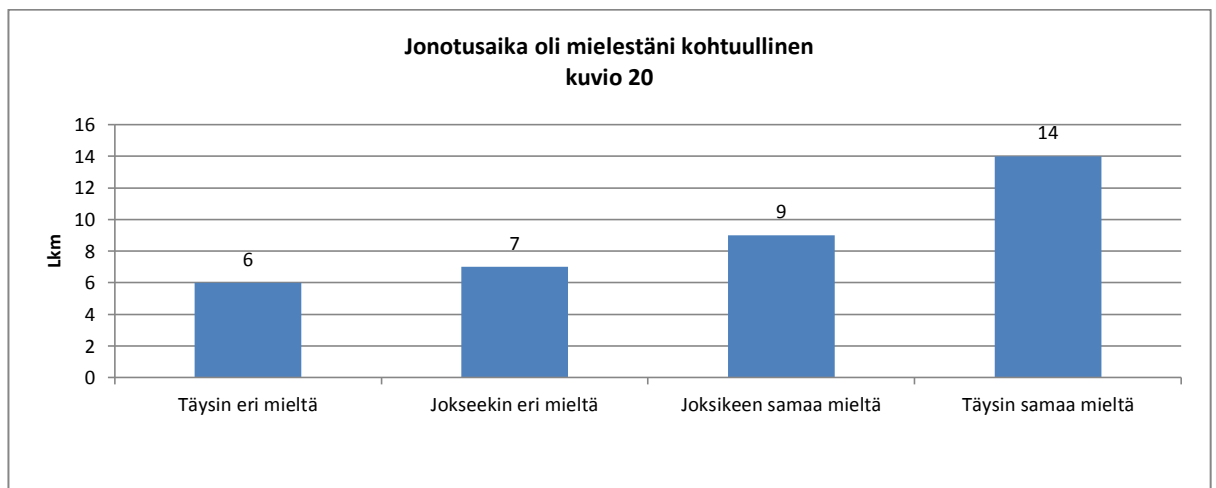
5.6 Korvaushoidon asiakastyytyväisyys

Viimeisessä kyselylomakkeen osiossa selvitettiin vastaajien mielipidettä korvaushoidon toteuttamisesta sekä mahdollisia kehittämisehdotuksia. Ensimmäiseksi kysyttiin oliko **tieto korvaushoidon saatavuudesta** riittävää vastaajien mielestä. Vastaajista täysin samaa mieltä oli 47 % (n=17) ja jokseenkin samaa mieltä 28 % (n=10) tiedon saatavuudesta. Vastaajista jokseenkin eri mieltä oli 19 % (n=7) ja täysin eri mieltä 6 % (n=2). (Kuvio 19).



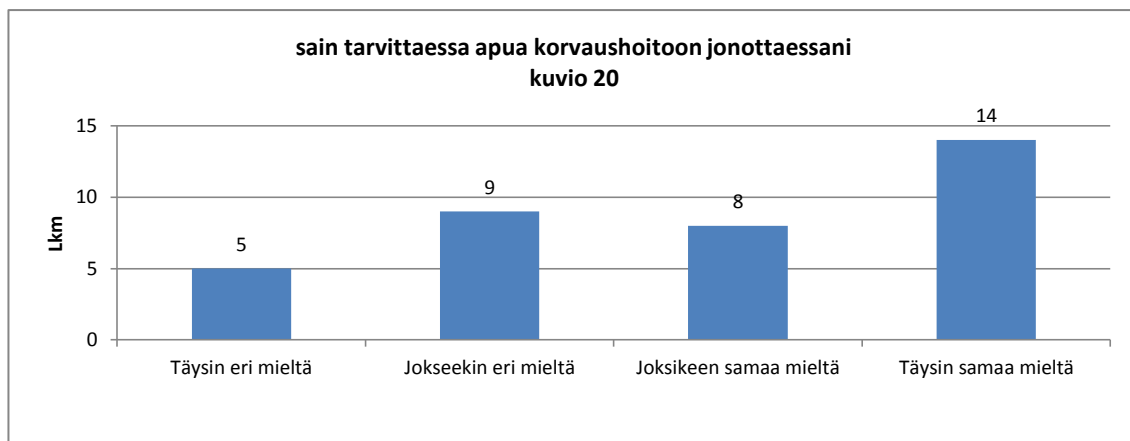
Kuvio 19. Tieto korvaushoidon saatavuudesta.

Seuraavaksi kysyttiin oliko vastaajien mielestä **jonotusaika** korvaushoitoon kohtuullinen. Vastaajista täysin samaa mieltä oli 39 % (n=14) ja jokseenkin samaa mieltä 25 % (n=9). Jonotusajan kohtuullisuudesta vastaajista oli 19 % (n=7) jokseenkin eri mieltä ja täysin eri mieltä 17 % (n=6). Yhdestä kohtaa puuttui tieto. (Kuvio 20).



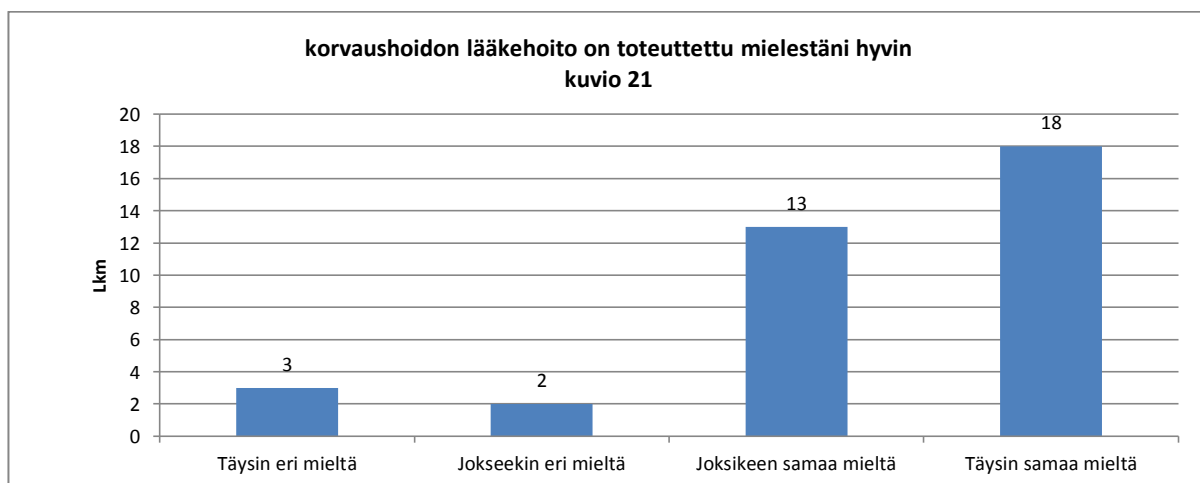
Kuvio 20. Jonotusaika

Vastaajilta selvitettiin olivatko he saaneet tarvitsemaansa **apua jonotuksen aikana** korvaushoitoon. Vastaajista oli täysin samaa mieltä 39 % (n=14) ja jokseenkin samaa mieltä 22 % (n=8) siitä, että he olivat saaneet tarvittaessa apua. Jokseenkin eri mieltä vastaajista oli 25 % (n=9) ja täysin eri mieltä 14 % (n=5) Yhdestä lomakkeesta puuttui tieto (Kuvio 21).



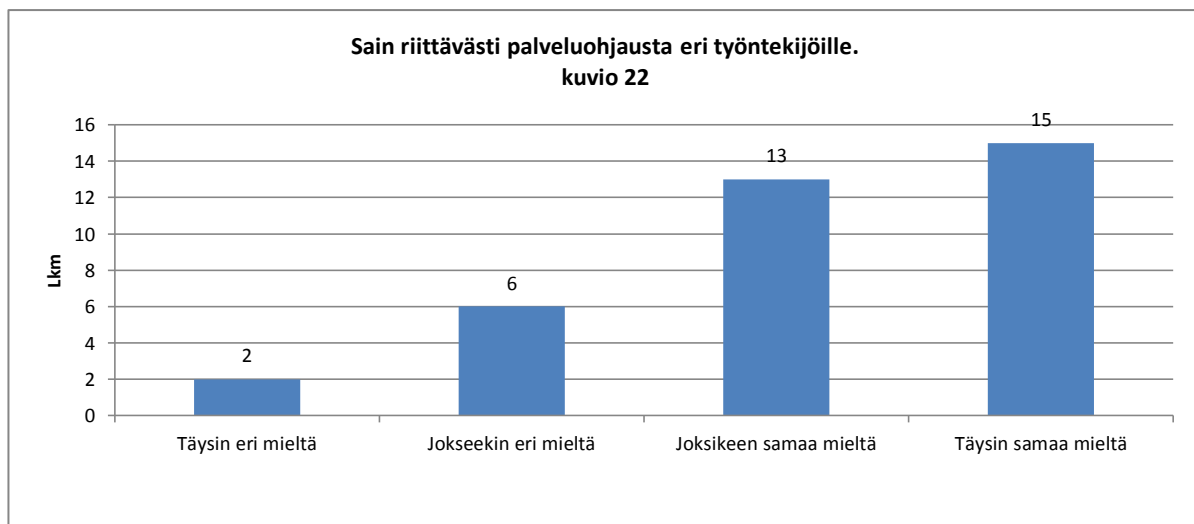
Kuvio 21. Hoidon saaminen jonotuksen aikana

Seuraavaksi kysyttiin oliko vastaajien mielestä **korvaushoidon lääkehoito** toteutettu hyvin. Vastaajista noin puolet 50 % (n=18) oli täysin samaa mieltä ja jokseenkin samaa mieltä oli 36 % (n=13) että korvaushoidon lääkehoito oli toteutettu hyvin. Lääkehoidon toteutumisesta hyvin oli jokseenkin eri mieltä 6 % (n=2) ja täysin eri mieltä 8 % (n=8) vastaajista. Yhdestä lomakkeesta puuttui tieto. (Kuvio 22).



Kuvio 22. Lääkehoidon toteutus

Vastaajilta kysyttiin myös olivatko he saaneet **palveluohjausta** eri työntekijöille tarpeensa mukaan. Vastaajista täysin samaa mieltä oli 42 % (n=15) ja jokseenkin samaa mieltä 36 % (n=13). Vastaajista jokseenkin eri mieltä oli 17 % (n=6) ja täysin eri mieltä 6 % (n=2) että he olivat saaneet palveluohjausta tarpeidensa mukaan. Yhdestä lomakkeesta puuttui tieto. (Kuvio 23).



Kuvio 23. Palveluohjauksen riittävyys.

5.7 Kehittämisehdotukset

Vastaajista 22 jätti omia kehittämisehdotuksia korvaushoidon toteuttamiseen. Vastaajien mukaan keskeisimmät kehittämistarpeet korvaushoidon toteuttamisessa olivat asiakas-hoitaja suhteessa (n=7) sekä lääkkeen annoskoon säätelyssä (n=4). Vastaajien mukaan hoitaja-asiakas suhteessa vallitsee usein molemmin puolin luottamuspula. Lisäksi vastaajien mielestä asiakkaita korvaushoidossa ei kohdella tasa-arvoisesti. Lääkehoidon toteutukseen vastaajista suurin osa oli tyytyväisiä, mutta annoskoon säätelyssä, erityisesti sen nostaminen koettiin ongelmalliseksi. Osa vastaajista (n=4) vaati että valvontaa pitäisi kiristää lisäämällä seulontakokeita ja pistotarkastuksia. Samalla myös kotilääkityksen seuranta pitäisi tehostaa korvaushoitolääkkeiden myynnin estämiseksi (n=2). Samaan aikaan (n=2) vaadittiin että valvontaa tulisi löysentää hieman. Loput kehittämisideoita antaneista olivat tyytyväisiä nykyiseen käytäntöön (n=3).

Ristiintaulukoinnin perusteella näyttäisi, että vastaajan sukupuolella, iällä tai muulla taustamuuttujalla ei näyttäisi olevan mitään selvää vaikutusta arjenhallinta taitoihin tai päivittäisiin toimintoihin. Samoin myös korvaushoitomuodolla, korvaushoitolääkkeellä tai korvaushoidon pituudella ei näytä olevan tilastollista merkitystä arjenhallintataitoihin tai päivittäisiin toimintoihin saati asiakastyytyväisyyteen.

6 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

6.1 Tutkimuksen luotettavuus

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida validiteettia ja reliabiliteettia tarkastelemalla. Validiteetilla eli luotettavuudella tarkoitetaan onko tutkimuksessa mitattu sitä ilmiötä, mitä oli tarkoituskin. Tutkimuksen ulkoisella validiteettia tarkastelemalla arvioidaan, miten hyvin saadut tulokset voidaan yleistää ulkopuoliseen perusjoukkoon. Mittarin sisältövaliditeetti on koko kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden perusta. Jos mittari on valittu väärin suhteessa mitattavaan ilmiöön, ei ole mahdollista saada luotettavia tutkimustuloksia. Reliabiliteetilla tarkastellaan saatujen tulosten pysyvyyttä. Mittarin reliabiliteettia arvioidessa tarkastellaan erityisesti sen kykyä ei-sattumanvaraisia tutkimustuloksia. Jos mittarin tuottamat tulokset ovat samansuuntaisia eri aineistoissa, voidaan mittarin reliabiliteettia pitää suurena (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009, 152-153.)

Tämän tutkimuksellisen opinnäytetyön mittari laadittiin teoreettisen viitekehyksen pohjalta. Teoreettinen viitekehys laadittiin suppeamman kirjallisuuskatsauksen pohjalta ennen mittarin laatimista. Mittarin luotettavuutta parannettiin esitarkastamalla kyselylomake ohjaavalla opettajalla sekä hoitoyksiköiden henkilökunnalla. Kysymyksiä tarkennettiin ja selvennettiin, mikä taas lisäsi mittarin reliabiliteettia. Lisäksi tutkimusta laajennettiin toiseen korvaushoitoa antavaan yksikköön. Laajennuksella pyrittiin lisäämään tutkimuksen luotettavuutta isomman aineiston toivossa. Aineisto jäi tästä huolimatta jokseenkin pieneksi minkä vuoksi muuttujien välisiä riippuvuuksia ei ollut mielekästä tarkastella tilastollisilla menetelmillä. Syy-seuraussuhteita on myös vaikea arvioida pieni kokoisella aineistolla. Samalla vastaajien yksityisyyttä parannettiin kun vastaukset käsiteltiin yhdessä. Aineiston keruusta vastasivat korvaushoitoa antavat sairaanhoitajat. Sairanhoitajat antoivat kyselylomakkeen vastaanotolla asiakkaalle, jonka he palauttivat odotustilan palautuslaatikkoon. Kyselylomakkeessa painotettiin tutkimukseen osallistumisen olevan vapaaehtoista.

6.2 Tutkimuksen eettisyys

Kaiken tieteellisen toiminnan takana voidaan pitää tutkimuksen eettisyyttä. Tutkimusetiikka tarkoitetaan aiheen valintaa, tutkimuksen toteuttamista sekä julkaisemista. Tutkimuksen aiheen valintaa voidaan pitää eettisenä ratkaisuna ja sitä valitessa tulee huomioida mitä varten tutkimus tehdään. Tutkimuksen toteutuksessa tulee erityisesti huomioida tutkimuksen merkitys ja vaikutus tutkijalle, yhteiskunnalle sekä tutkimukseen osallistuville. Tutkimuksessa tutkijan pitää välttää epärehellisyyttä ja johdattelua (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009, 172, Hirsjärvi & yms. 2009, 25–28.)

Itsemääräämisoikeutta pidetään tutkimukseen osallistumisen keskeisenä lähtökohdana. Tutkimukseen osallistuminen tulee perustua vapaaehtoisuuteen ja tutkimuksesta pitää olla mahdollisuus kieltäytyä. Tutkimukseen osallistuvalla on oikeus esittää kysymyksiä, kieltäytyä antamasta tietoja sekä keskeyttää tutkimus milloin vain. Tutkimuksesta kieltäytyminen tai siihen osallistuminen ei tule aiheuttaa uhkia tai haittaa tutkittaville. Osallistumisen on perustuttava siis aidolle vapaaehtoisuudelle (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 176–177.)

Tutkimustyössä on aina huolehdittava osallistujien anonymiteetista. Tutkimuksen aineisto on aina luottamuksellista, joten on huomioitava ettei tutkimustietoihin pääse käsiksi tutkimuksen ulkopuoliset tahot. Tutkimuksen päätyttyä kaikki sähköiset ja kirjalliset aineistot pitää tuhota niin että niitä kukaan voisi saada käsiinsä. Tutkijan on oltava rehellinen itselleen ja osallistuville, joten aineistoa ei saa käsitellä haluttuun suuntaan. Tutkimustulokset raportoidaan rehellisesti kuten myös tutkimusprosessi (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009 176–177.)

Tämä tutkimuksellinen opinnäytetyön aihe valittiin työelämälähtöisesti ja tutkimuksen tilasi alun perin Rauman päihdekliniikka. Porin A-kliniikka pyydettiin mukaan tutkimukseen luotettavuuden lisäämiseksi tutkijan aloitteesta. Tutkimusta varten ei tarvittu eettisen toimikunnan lausuntoa, mutta tutkimusta varten anottiin tutkimusluvut. Tutkimuksesta vastaajille tiedottivat yksiköiden henkilökunta. Tutkimukseen osallistuminen oli klinikoiden asiakkaille vapaaehtoista ja luottamuksellista. Vastaajille tarkennettiin saatekirjeessä että tutkimukseen osallistuttiin va-

paahtoisesti ja nimettömästi. Lisäksi vastaajille selvitettiin mitä varten tutkimusta ja kenelle tutkimusta tehdään. Kyselylomakkeeseen jätettiin yhteystiedot, jos vastaajalla oli kysyttävää tutkimukseen liittyen.

7 POHDINTA

7.1 Tulosten tarkastelu

Ensimmäisenä tutkimusongelmana oli selvittää miten opiaattikorvaushoitoa toteutetaan Rauman päihdekllinikalla sekä Porin A-klinikalla. Molempien yksiköiden toimintamallit selvitettiin toimintakertomuksen ja korvaushoidon perehdytyskansion perusteella. Toimintamallit on tarkemmin esitelty korvaushoito käsitteen kanssa.

Toisena tutkimusongelma selvitettiin minkälaisia vaikutuksia huumekorvaushoidolla on asiakkaan arjenhallintataitoihin ja päivittäisiin toimintoihin. Tulosten perusteella korvaushoito vaikuttaa positiivisesti asiakkaan fyysiseen ja psyykkiseen terveydentilaan. Vastaajista suurin osa koki fyysisen ja psyykkisen terveyden parantuneen, mikä on osoitus korvaushoidon merkityksestä elämänlaadun parantamisessa sekä huumehaittojen vähentämisessä. Korvaushoito näyttäisi tulosten pohjalta vaikuttavan myös asiakkaan arjenhallinta taitoihin ja päivittäisiin toimintoihin myönteisesti. Kolme neljästä vastaajista koki hallitsevansa rahankäyttöään paremmin ja kykenevänsä huolehtimaan tapaamisista. Vastaajista melkein lähes kaikki pystyivät mielestään huolehtimaan kaupassa käynnistä. Suurimmalla osalla vastaajista oli asunto, vain muutama asui laitoksessa, asuntolassa tai oli asunnon. Suurin osa vastaajista jaksoi huolehtia monipuolisesta ravitsemuksesta, henkilökohtaisesta hygieniastaan ja heillä oli riittävästi puhtaita vaatteita saatavilla. Ilmeisesti vieroitusoireiden poistuttua ja terveydentilan kohentuessa korvaushoidon aikana asiakkaiden selviämisen voimavarat lisääntyvät, mikä taas tukee heidän selviytymistä päivittäisistä toiminnoistaan ja lisää tunnetta oman elämänsä hallittavuudesta.

Korvaushoidolla ei näyttäisi olevan kovin voimakasta vaikutusta asiakkaiden sosiaaliseen hyvinvointiin. Kaveripiirinsä koostui suurelta osin ainoastaan huumeita käyttävistä ihmisistä ja myös yksinäisyys oli samanaikainen ongelma. Kuitenkin suurimmalla osalla vastanneista omanarvotunne oli jäljellä elämäntilanteesta huolimatta. Voidaan ajatella huumeista irtautumista vaikeuttaa tutun huumeita käyttävän kaveripiirin tarjoama seura sekä hyväksyntä. Kaveripiirin ihmisissä yhdistää huumeidenkäyttö, mikä taas osaltaan ylläpitää yksilön omaa päihteenkäyttöä. Uusien ihmissuhteiden solmiminen voi olla työlästä sen rinnalla, että entinen kaveripiiri on tuttu ja näennäisesti turvallinen. Erityisen haastavaksi uusien ihmissuhteiden luomisen tekee asiakkaan heikko itsetunto ja huumeriippuvuuteen liittyvä häpeä. Lisäksi ulkopuolisten tahojen huumeenkäyttäjiin liittyvät pelot sekä stereotypiat hankaloittavat entisestään entisestä kaveripiiristä irtautumista. Koska ihmissuhteet muodostavat merkittävän selviytymisvoimavaran, voidaan irtautumista huumeita käyttävästä kaveripiiristä pitää ehdottomana päihteettömän elämäntavan rakentamisessa. Korvaushoidon rinnalla tarvitaankin ehdottomasti jatkokuntoutusta esimerkiksi päivätoimintakeskuksen muodossa. Ristiintaulukoinnin perusteella vastaajien taustatiedolla tai hoitomuodolla ei ole vaikutusta terveydentilaan tai päivittäisiin toimintoihin.

Aikaisempiin tutkimuksiin verrattuna opinnäytetyön tulokset olivat samansuuntaisia. Aikaisemmissakin tutkimuksissa korvaushoidossa hoitotulokset ovat olleet hyviä. Kuten Tourusen & ym. (2003) ja Vorman & ym. (2005) HYKS:ssa tehdyissä tutkimuksissa, asiakkaiden elämäntilanne sekä toimintakyky kohenivat selvästi korvaushoidon aloittamisesta alkaen. Nykyisten tutkimusten perusteella vaikuttaisi, että korvaushoito auttaa huumeriippuvaisia irtautumaan päihteistä ja koventaa heidän elämänlaatuaan. Perinteisiä psykososiaalisia hoitomuotoja ei tule unohtaa, sillä tulosten mukaan lääkehoidolla ei ole niin voimakasta vaikutusta sosiaaliseen hyvinvointiin. Korvaushoito ilman psykososiaalisia hoitomuotoja ei takaa välttämättä kovin pysyviä hoitotuloksia, sillä yksin lääkehoito ei motivoi asiakkaita irtautumaan huumeista. Lääkehoito yksinään voidaan nähdä ainoastaan riippuvuuden ylläpitämisenä, mikäli ei tietoisesti pyritä rakentamaan asiakkaan kanssa yhdessä elämäntapaa ilman huumeita.

Kolmantena tutkimusongelmana oli kartoittaa korvaushoidon asiakastyytyväisyyttä sekä asiakkaiden kehittämisehdotuksia korvaushoidon suhteen. Tulosten perusteella näyttöä siitä että tieto korvaushoidon saatavuudesta on ollut melko riittävää ja jonotusaika pysynyt tutkimusyksiköissä kohtuullisena. Lääkehoitokin on tutkimusyksiköissä toteutettu hyvin tulosten perusteella. Palveluohjausta suurin osa vastaajista koki saaneensa tarpeen mukaan, mutta jonotusvaiheessa apua koki saaneensa vain noin joka toinen. Jonotusvaihe ei saisi olla kohtuuttoman pitkä. Liian pitkä jonotusaika heikentää motivaatiota sekä saattaa osaltaan myös yllyttää pyymään entisessä elämäntavassa. Huumehaittojen vähentäminen ja aktiivinen auttaminen jonotuksen aikana lisää asiakkaiden motivaatiota vieroittautua sekä pitää heidät hoidon piirissä paremmin jonotusaikojen pidentyessäkin ajoittain.

Malin & ym.(2006) tutkimukseen verrattuna opinnäytetyön tulokset asiakastyytyväisyydestä poikkeavat toisistaan hieman. Vuonna 2006 Malin & ym. tekemässä tutkimuksessa korvaushoidon heikko saatavuus sekä pitkät jonotusajat koettiin ongelmana. Rauman päihdeklinikan sekä Porin A-klinikan asiakkaista suurin osa piti jonotusaikaa korvaushoittoon kohtuullisena ja tieto korvaushoidon saatavuudestakin näytti olevan pääosin riittävää. Kuuden vuoden aikana Suomessa on kuitenkin korvaushoitopaikkoja lisätty tasaisesti myös pienemmissä kunnissa verrattuna vuoteen 2006, mikä saattaa selittää erot asiakastyytyväisyydessä. Poikkeavaa opinnäytetyön tuloksissa muihin aikaisempiin tutkimustuloksiin verrattuna, että osa vastaajista vaati asiakaspalautteessa korvaushoidon valvonnan kiristämistä lääkkeiden väärinkäytön ja ohivuotamisen vähentämiseksi.

7.2 Jatkotutkimusehdotukset

Tutkimusta tehdessä itselleni nousi jatkotutkimusehdotuksia. Olisi mielenkiintoista selvittää laadullisella tutkimuksella tarkemmin minkälaisia vaikutuksia huumekorvaushoidolla asiakkaan elämänhallintaan haastatteleamalla heitä. Laadullisella tutkimuksella voitaisiin selvittää mitä elämänhallinnan teemoja asiakkaat itse painottaisivat. Olisi myös mielekäs laajentaa tutkimusta ja kartoittaa vastaajien nykyinen tila ennen korvaushoidon aloittamista. Kun asiakas on ollut hoidon piirissä jonkin aikaa, voisi kartoituksen tehdä uudestaan ja näin arvioida korvaushoidon

vaikutuksia. Samalla tätä tutkimuksen kyselyä voidaan käyttää työkaluna asiakkaan yksilöllisen hoitosuunnitelman laatimisessa ja päivittämisessä.

LÄHTEET

A-klinikan korvaushoidon perehdytyskansion 2011.

Baas, A & Seppänen-Leiman, T. 2002. Kadulta korvaushoitoon Buprenorfiinihoidon kehittämisprojektin loppuraportti. Helsinki. A-klinikkasäätiö. Raportti 38.

Duodecim lääketietokanta. 2012. Viitattu 10.10.2012. [http/ www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi)

Erikoissairaanhoidolaki. 1989. 1062/1989. Viitattu. 3.10.2012. [http/www.finlex.fi](http://www.finlex.fi).

Friis L, Seppänen R & Mannonen M. 2006. Lasten ja nuorten mielentereystyö. 1-2uud. painos. Helsinki. WSOY.

Hakkarainen, P & Tigerstedt, C. 2005. Korvaushoidon läpimurto Suomessa. Yhteiskuntapolitiikka. 2/2005, 143-154.

Hirsjärvi, S, Remes, P & Sajavaara P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uud. painos. Hämeenlinna. Karisto kirjapaino Oy.

Holmberg, J. 2010. Päihderiippuvuudesta elämänhallintaan. 1.painos. Helsinki. Edita Prima Oy.

Holopainen, A, Fabritius, C & Salaspuro, M. 2003. Opiaattiriippuvuus. Teoksesta Salaspuro, A, Kiianmaa, K & Seppä K (toim.) Päihdelääketiede. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino Oy. 468–482

Holopainen, A, Oksanen, J, Pennane P, Peura, S & Kause, J. 2005. Apteekkisopimukset Ohjeistus lääkäreille ja apteekkeille. Viitattu 12.10.2012. [http/ www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi).

Kankkunen, P & Vehviläinen- Julkunen, K. 2010. Tutkimus hoitotieteessä. 1-2. uud. painos. WSOY.

Kansanterveyslaki. 1972. 66/1972). Viitattu 3.10.2012. [http/www.finlex.fi](http://www.finlex.fi)

Knuuti, U. 2007. Matkalla marginaalista valtavirtaan?– Huumeiden käytön lopettaneiden elämäntapa ja toipuminen. Yhteiskuntapolitiikan laitoksen tutkimuksia 1/2007. Helsinki.

Kontianen, S. 2003. Haluttava, pelottava buprenorfiini. Sosiaaliturva 15/2003, 14-15.

Kotovirta, E & Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2009. Huumeriippuvuudesta toipuminen Nimettömien Narkomaanien toveriseurassa. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino Oy.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 1992. 785/1992. Viitattu 3.10.2012. [http/ www.finlex.fi](http://www.finlex.fi).

- Lappalainen-Lehto, R. Romu, M & Taskinen, M. 2008. Haasteena päihheet - Ammatillisen päihdetyön perusteita. 1.painos. Helsinki. WSOY.
- Lyyra, T. Tiikkainen, P & Luoma, M. 2010. Terveys ja elämänlaatu gerontologisen hoitotyön tavoitteena teoksesta Vuotilainen, P & Tiikkainen, P (toim.) Gerontoginen hoitotyö.
- Malin, K, Holopainen, A, & Tourunen, J. 2006. ”mä käytän subua, että mä pysyn terveenä ja pystyn toimimaan”- Käyttäjän kokemuksia ja näkemyksiä buprenorfiinin käytöstä. Yhteiskuntapolitiikka 3/2006, 297-305.
- Meririnne, E & Seppälä T. 2004. Opiiaattiriippuvuuden neurobiologia. Duodecim 120/2004. 951-959.
- Mikkonen, A. Niemelä, S. Koivumäki, V. Heinisuo, A & Salokangas, R. 2008. Joustava opioidikorvaushoito vastaa lisääntyvään hoidontarpeeseen. Suomen Lääkärilehti. 23/2008. 2161-2165.
- Mikkonen, A, Rantala, V & Saarijärvi S. 2010. Nuorten huumeriippuvuus- Tarvitaanko opioidikorvaushoitoa. Suomen Lääkärilehti. 37/2010, 2943-2948.
- Mäkelä, K. 2002. Huumeiden käyttäjien korvaushoito. Yhteiskuntapolitiikka 2/2002, 176-178.
- Mäkelä, R. 2005. Korvaushoito auttaa opiaattiriippuvaisia. Suomen Lääkärilehti. 9/2005. 1011.
- Opiiaattiriippuvuuden korvaushoidon työkalumappi. 2005. Helsinki: Gummerrus Kirjapaino Oy.
- Poliisin WWW-sivut. 2012. Viitattu 3.10.2012. <http://www.poliisi.fi>
- Päihdehuoltolaki. 1986. 41/1986. Viitattu 3.10.2012. <http://www.finlex.fi>
- Rauman Päihdeklinikan toimintakertomus vuodelta 2011.
- Salo, O & Tuunainen, K. 1996. Da-Capo- Alusta uudelleen. 1.painos. Hämeenlinna. Karisto Oy:n kirjapaino.
- Salokangas, R. 2002. Huumeriippuvaisten hoidossa monia näkökulmia. Haaste 1/2002, 21-23.
- Skretting, A. 2007. Harm reduction- any limits?. Nordic studies on alcohol and drugs 24/2007. Raportti 3/2007.
- Skretting, A & Rosenqvist P. 2010. Shifting focus in substitution treatment in the Nordic countries. Nordic studies on alcohol and drugs 27/2010. Raportti 6/2010.
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeillä.2008.Viitattu 3.10.2012. <http://www.finlex.fi>.

Sosiaali- ja terveysministeriön päätös huumausaineita koskevasta kirjanpito- ja tietojenantovelvollisuudesta sekä huumausaineiden käsittelystä ja hävittämisestä. 1993. 1708/1993. Viitattu 3.10.2012. <http://www.finlex.fi>

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. 2012. Huumeongelmaisen hoito. Viitattu 14.10.2012. <http://www.kaypahoito.fi>.

Tanhua, H. Virtanen A. Knuuti, U. Leppo, A & Kotovirta, E. 2011. Huumetilanne Suomessa 2011. Helsinki. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 62/2011.

Toim. Havio M, Inkinen M & Partanen A. 2009. Päihdehoitotyö. 5-6 uud.painos. Helsinki. Tammi.

Toim. Pienimäki, A. 2001. Päihteiden ongelmakäytön hoito vuonna 2001- opas hoitopaikoista ja niissä käytetyissä menetelmistä. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino Oy.

Tourunen, J, Pitkänen, T, Harju-Koskelin, O, Häkkinen, A & Holopainen, A. 2009. Korvaushoitopotilaiden kuntoutuminen on pitkä ja haasteellinen prosessi. Yhteiskuntapolitiikka 4/2009, 421-428.

Veide, N, Alaja, R & Seppä, K. 2007. Millaisia ovat potilaat opioidiriippuvuuden hoito-ohjelmassa. Suomen Lääkärilehti 19/2007, 1964-1966.

Vilka, H. 2007 Tutki ja Mittaa. Helsinki. Gummerus kirjapaino Oy.

Vorma, H, Sokero, P, Turtiainen, S & Katila, H. 2009. Opioidiriippuvaisen korvaushoito HYKS:n päihdepsykiatrian yksikössä 2003–2005. Suomen Lääkärilehti. 20/2009, 1853–1857.

Weckroth, A.2007. Drug-related harm according to opiate users on buprenorphine treatment. Nordic studies on alcohol and drugs 24/2007. Raportti 3/2007.



SATAKUNNAN AMMATTIKORKEAKOULU
SATAKUNTA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OP07A

SAMK / Sopimus opinnäytetyön tekemisestä

Opinnäytetyön tekijä: <i>Jenni Merisalo</i>	Opiskelijanumero: <i>10 000 73</i>	Aiotuuryhmä: <i>HT70P7/13</i>
Koulutusohjelma: <i>Hoitotyön Suunnittelu- ja Valmistus</i>		
Opinnäytetyötä ohjaavan opettajan nimi, sähköposti, puhelinnumero ja osoite: <i>Margja Flinck margja.flinck@samk.fi +358 44 770 3430</i>		
Toimeksiantaja, yhteyshenkilön nimi, sähköposti, puhelinnumero ja osoite: <i>Ruumun Paiketelekinikka Kauliomäki kirsi kauliomaki.kirsi@ruumun.fi</i>		
Opinnäytetyön nimi: <i>Korvushoidon vuikuvauus</i>		
Työn etenemisaikataulu: <i>7.1.2012 - 1.5.2013</i>		
Tarkempi selvitys on sopimuksen liitteenä olevassa hyväksytyssä tutkimus-/projekti-suunnitelmassa.		
<p>Vakuutukset. Jos opinnäytetyö tehdään kokonaan tai osittain työsuhteessa palkkaa vastaan, niin toimeksiantajan on laadittava asianmukainen kirjallinen työsuopimus. Työnantaja huolehtii lainmukaisista vakuutuksista, sillä ammattikorkeakoulun vakuutukset eivät kata työsuhteessa tehtävän opinnäytetyön tekijää.</p> <p>Opinnäytetyön kustannukset ja niiden korvaaminen. Opinnäytetyöstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten (m. Aineiston hankinta, raaka-aineet, matkat, työkorvaus jne.) korvaamisesta sopivat toimeksiantaja ja opiskelija keskenään. Pääsääntöisesti Satakunnan ammattikorkeakoulu ei vastaa yksittäisen opinnäytetyön kustannusten korvaamisesta.</p> <p>Oikeudet opinnäytetyön tuloksiin. Toimeksiantaja saa käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin ja niiden kaupalliseen hyödyntämiseen. Opinnäytetyön tekijä on velvollinen raportoimaan opinnäytetyön tulokset toimeksiantajalle.</p> <p>Immateriaalioikeudet. Tekijänoikeus ja muut immateriaalioikeudet opinnäytetyöhön kuuluvat opinnäytetyön tekijälle. Opinnäytetyön tekijä ja toimeksiantaja sopivat erikseen, missä laajuudessa tekijänoikeus tai muut immateriaalioikeudet siirtyvät toimeksiantajalle.</p> <p>Opinnäytetyön ohjaus ja vastuu. Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Ammattikorkeakoulu vastaa työn ohjauksesta, seurannasta ja työn riittävästä laadusta. Ammattikorkeakoulu ei ole taloudellisesti vastuussa työn tuloksista tai aikataulusta. Opinnäytetyön tekijä ei vastaa toimeksiantajalle vahingosta, joka toimeksiantajalle syntyy opinnäytetyön viivästyneisistä, eifei erikseen toisin sovita. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta. Opiskelija sitoutuu palauttamaan toimeksiantajalle työn aikana saamansa luottamuksellisen aineiston, kun opinnäytetyö on valmistunut, tai kun osapuolet yhdessä toteavat, että yhteistyöedellytyksiä opinnäytetyön loppuun saattamiseksi ei ole.</p> <p>Tulosten julkistaminen ja luottamuksellisuus. Opinnäytetyö on kokonaisuudessaan julkinen. Mikäli opinnäytetyö sisältää liikesalaisuuksia tai muuta julkisuudessa saiaessa pidettäväksi määrättyä tietoa, on opinnäytetyön raportti laadittava niin, että tietojen luottamuksellisuus säilyy. Tarvittaessa salassa pidettävät tiedot on jätettävä työn tausta-aineistoon. Opinnäytetyö tai sen osia voidaan julkaisa myös internetissä sopimalla niistä erikseen. Opinnäytetyön osapuolet (opiskelija, toimeksiantaja ja opettaja) sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat sekä pidättäytymään käyttämästä hyväkseen toisen osapuolen ilmaisema luottamuksellisia tietoja ilman erillistä lupaa.</p> <p>Tätä sopimusta koskevat erimielisyydet pyritään ratkaisemaan ensisijaisesti neuvottelemalla osapuolten kesken. Mikäli asiasta ei päästä sopimukseen, erimielisyydet ratkaistaan Satakunnan käräjäoikeudessa.</p> <p>Tätä sopimusta on laadittu <i>3</i> kappaletta, yksi kullekin osapuolelle.</p> <p>Satakunnan ammattikorkeakoululla on oikeus käyttää yhteistyöhanketta referenssinä ammattikorkeakoulun työelämäyhteistyöstä, mukaan lukien SAMK:n yhteistyöselokanta, johon voi tehdä hakuja internetissä. Opinnäytetyöstä näkyvät otsikko, organisaatio ja organisaation yhteyshenkilö. Hanketta voidaan lisäksi hyödyntää ammatillisen korkeakoulutuksen tavoitteita edistävissä esim. opetusmateriaalina tai -metodina edellyttäen, ettei hankkeeseen sisältyneiden tietojen luottamuksellisuutta vaaranneta.</p>		
Päiväys: <i>10.6.2012</i>		
Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus, nimi ja nimen selvitys: <i>Mari Siltanen</i>	Koulutusohjajan/Toimialajohtajan allekirjoitus ja nimen selvitys: <i>Brunkarke</i>	
Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus: <i>Jenni Merisalo</i>		

Sisältövastaava: Anne Sankari

Tarkistettu viimeksi: 22.11.2010

RAUMAN KAUPUNKI
Sosiaali- ja terveysvirasto
Sosiaali- ja terveysjohtaja

PÄÄTÖSPÖYTÄKIRJA
16.7.2012

83/2012

Muut asiat

OPINNÄYTETYÖ-/TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Tutkimuslupa myönnetään seuraavin ehdoin:

- tutkija sitoutuu tietojen käsittelyssä ja suojaamisessa noudattamaan henkilötietolain määräyksiä
- tutkimuksessa mahdollisesti syntyvät yksittäisten henkilöiden tietoja koskevat tutkimusrekisterit hävitetään tai arkistoidaan henkilötietolaissa edellytetyllä tavalla
- tutkimusraportista ei ole yksilöitävissä tutkimuksen piiriin tai otantaan kuulunutta henkilöä
- mahdollisesti tarvittaessa suostumusasiakirjassa tulee ilmetä ao henkilön lupa käyttää häntä koskevia tietoja, tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus ja henkilöiden mahdollisuus keskeyttää osallistuminen tutkimukseen heti niin halutessa.

Opinnäytetyö/tutkimus: Korvaushoidon vaikuttavuus

Hakija: Merisalo Lauri
Reposaaren maantie 770 b
28900 Pori

Päätös Hyväksyn tutkimuslupa-anomuksen.

Litteet Hakemus

Päätöksen allekirjoitus 
Kristiina Kuusio
Vs sosiaali- ja terveysjohtaja

Pöytäkirja nähtävillä 25.7.2012

Tiedoksi Hakija, yhteyshenkilö

Tiedoksianto Tässä päätös on Tässä päätös on Päiväys 16.7.2012
asianosaiselle [x] lähetetty tiedoksi mainituille [] annettu tiedoksi mainituille

Tiedoksiantaja Marja Laasonen

Otto-oikeus Päätös voidaan panna täytäntöön, etei siihen käytetä kuntalaisten mukaista otto-oikeutta.

Oikaisuvaatimus-ohjeet Oikaisuvaatimusviranomaisen
Sosiaali- ja terveystieteiden
PL 283
26101 Rauma

SATAKUNNAN AMMATTIKORKEAKOULU SATAKUNTA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES		OP07A
sammk		
SAMK / Sopimus opinnäytetyön tekemisestä		
Opinnäytetyön tekijä:	Lauri Merisalo	
Opinnotnumerot:	10 00073	Aloiteryhmä: HT10P1/B
Koulutusohjelma:	Hoitotyön suostautumisvaihtoehto	
Opinnäytetyötä ohjaavan opettajan nimi, sähköposti, puhelinnumero ja osoite:		
Marja Flink, marja.flink@sammk.fi +358 44 770 3430		
Toimeksiantaja, yhteyst henkilön nimi, sähköposti, puhelinnumero ja osoite:		
Pöytäpsykososiaaliset palvelut, Matti Järvinen, matti.jarvinen@ppn.fi 044 7076567		
Opinnäytetyön nimi:	Korvaushoidon vaikuttavuus	
Työn etenemisajankäyttö:	1.7.2012 - 1.5.2013	
Tarkempi selvitys on sopimuksen liitteenä olevassa hyväksytyssä tutkimus-/projekti suunnitelmassa.		
<p>Vakuutukset. Jos opinnäytetyö tehdään kokonaan tai osittain työsuhteessa palkkaa vastaan, niin toimeksiantajan on laadittava asianmukainen kirjallinen työsuhteesta. Työnantaja huolehtii lainmukaisista vakuutuksista, sillä ammattikorkeakoulun vakuutukset eivät kata työsuhteessa tehtävän opinnäytetyön tekijää.</p> <p>Opinnäytetyön kustannukset ja niiden korvaaminen. Opinnäytetyöstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten (m. Aineiston hankinta, raaka-aineet, matkat, työkorvaus jne.) korvaamisesta sopivat toimeksiantaja ja opiskelija keskenään. Pääsääntöisesti Satakunnan ammattikorkeakoulu ei vastaa yksittäisen opinnäytetyön kustannusten korvaamisesta.</p> <p>Oikeudet opinnäytetyön tuloksiin. Toimeksiantaja saa käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin ja niiden kaupalliseen hyödyntämiseen. Opinnäytetyön tekijä on velvollinen raportimaan opinnäytetyön tulokset toimeksiantajalle.</p> <p>Immateriaalioikeudet. Tekijänoikeus ja muut immateriaalioikeudet opinnäytetyöhön kuuluvat opinnäytetyön tekijälle. Opinnäytetyön tekijä ja toimeksiantaja sopivat erikseen, missä laajuudessa tekijänoikeus tai muut immateriaalioikeudet siirtyvät toimeksiantajalle.</p> <p>Opinnäytetyön ohjaus ja vastuu. Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Ammattikorkeakoulu vastaa työn ohjauksesta, seurannasta ja työn riittävästä laatuasteesta. Ammattikorkeakoulu ei ole taloudellisesti vastuussa työn tuloksista tai aikataulusta. Opinnäytetyön tekijä ei vastaa toimeksiantajalle vahingosta, joka toimeksiantajalle syntyy opinnäytetyön viivästymisestä, ellei erikseen toisin sovit. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation rahoituksesta. Opiskelija sitoutuu palauttamaan toimeksiantajalle työn aikana saamansa luottamuksellisen aineiston, kun opinnäytetyö on valmistunut, tai kun osapuolet yhdessä toteavat, että yhteistyöedellytykset opinnäytetyön loppuun saattamiseksi ei ole.</p> <p>Tulosten julkistaminen ja luottamuksellisuus. Opinnäytetyö on kokonaisuudessaan julkinen. Mikäli opinnäytetyö sisältää liikesalaisuutta tai muuta julkisuustalossa salassa pidettäväksi määrättyä tietoa, on opinnäytetyön raportti laadittava niin, että tietojen luottamuksellisuus säilyy. Tarvittaessa salassa pidettävät tiedot on jätettävä työn taustatietoon. Opinnäytetyö tai sen osa voidaan julkaista myös internetissä sopimalla niistä erikseen. Opinnäytetyön osapuolet (opiskelija, toimeksiantaja ja opettaja) sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sillä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat sekä pidättäytymään käyttämästä hyväkseen toisen osapuolen ilmaisemia luottamuksellisia tietoja ilman erillistä lupaa.</p> <p>Tätä sopimusta koskevat erimielisyydet pyritään ratkaisemaan ensisijaisesti neuvottelemalla osapuolten kesken. Mikäli asiasta ei päästä sopimukseen, erimielisyydet ratkaistaan Satakunnan käräjäoikeudessa.</p> <p>Tämä sopimus on laadittu kappaleetta, yksi kullekin osapuolelle.</p> <p>Satakunnan ammattikorkeakoululla on oikeus käyttää yhteistyöhanketta referenssinä ammattikorkeakoulun työelämäyhteyksistä, mukaan lukien SAMKin yhteistyötietokanta, johon voi tehdä hakuja internetissä. Opinnäytetyöstä</p>		

<p>näkyvät ötsikko, organisaatio ja organisaation yhteyshenkilö. Hanketta voidaan lisäksi hyödyntää ammatillisen korkeakoulutuksen tavoitteita edistävissä esim. opetusmateriaalina tai -metodina edellyttäen, ettei hankkeeseen sisällyneiden tetojen luottamuksellisuutta vaaranneta.</p>
<p>Päiväys: 9.10.12</p>
<p>Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus, nimi ja nimen selvitys:</p> <p><i>Matti Järvinen</i> 27.11.2012 <i>Rath Järvinen psykologian palvelusjohtaja</i></p>
<p>Koulutusjohtajan/Toimialajohtajan allekirjoitus ja nimen selvitys:</p> <p><i>Antti Mäkelä</i></p>
<p>Opetusneuvoston jäsenen allekirjoitus:</p> <p><i>Jenni Naalio</i></p>

Sisällysvastaava: Anne Sankari Tarkistettu viimeksi: 28.6.2012

 PORI Perusturvakeskus		Liite 2
OPINNÄYTETYÖN/TUTKIELMAN/ TUTKIMUKSEN TUTKIMUSLUPAHAKEMUKSEN VALMISTELU JA PÄÄTÖS		
Opinnäytetyön tekijä/tekijää koskevat tiedot	Suku- ja etunimet Merisalo Lauri Virka/toimi tai oppiarvo/koulutustausta ja koulutusohjelma Opiskelija Perusturvakeskuksen palveluksessa <input type="checkbox"/> Kyllä, missä <input checked="" type="checkbox"/> Ei Kotiosoite Reposeenmaantie 770B Yliopisto ja laitos/Ammattikorkeakoulu/oppilaitos, jossa opiskelee SAMK	
Opinnäytetyötä koskevat tiedot	Opinnäytetyön nimi Osaattikorvaushoidon vaikuttavuus	
Lupahakemuksen valmistelua koskevat tiedot	Valmistelija ; Suku- ja etunimi/virka/toimi /Sähköpostiosoite/puh/gsm Matti Järvinen Lupahakemus saapunut (pp.kk.vvvv) 5.11.2012 Vhteyshenkilön nimeäminen tarvittaessa Riiva Iivonen Opinnäytetyön raportointi <input checked="" type="checkbox"/> Valmis raportti toimitetaan sähköisesti luvan valmistelijalle (liite 2) <input type="checkbox"/> Työ esitetään palvelualueen työryhmässä <input type="checkbox"/> osastokokouksessa <input type="checkbox"/> Jokin muu tapa, msk Päiväys 27.11.12  valmistaja perusturvakeskuksessa	
PÄÄTÖS	<input checked="" type="checkbox"/> Myönnetään hakemuksen mukaisesti <input type="checkbox"/> Myönnetään edellyttäen, että <input type="checkbox"/> Hakemus hylätään seuraavin perusteluin Tutkimusluvan aikaispäivä 1.12.2012	

LIITE

4

	Tutkimusluvan päättymispäivä
	15.5.2013
	Päiväys 27.11.12
	
Tutkimusluvan myöntäjä	
nimenselvennys	
ESKO KARAA	

Arvoisa vastaaja

9.12.2012

Olen Lauri Merisalo Satakunnan ammattikorkeakoulusta. Opiskelen sairaanhoitajaksi Porin kampuksella. Teen opinnäytetyöni yhteistyössä Rauman Päihdeklinikan sekä Porin A-klinikan kanssa. Opinnäytetyöni tavoitteena on tutkia korvaushoidon vaikuttavuutta. Lisäksi käsittelen opinnäytetyössäni korvaushoidon asiakastytyväisyyttä.

Saadut vastaukset ovat ensiarvoisen tärkeitä kun kehitetään korvaushoitoikäntäntöjä. Kyselyyn vastataan nimettömänä ja kyselylomakkeet hävitetään opinnäytetyön valmistuttua silppuamalla. Molempien tutkimusyksiköiden vastaukset käsitellään yhtenä aineistona ja niistä tehdään yhteenveto. Opinnäytön tulokset raportoidaan kevään 2013 aikana.

Ystävällisin terveisin;

Lauri Merisalo, Hoitotyön opiskelija, SAMK Pori

lauri.merisalo@samk.student.fi

Opinnäytetyön ohjaaja

Marja Flinck, Lehtori, KT

marja.flinck@samk.fi

1. Vastaaajan taustatiedot

1. Sukupuoli

1. Mies

2. Nainen

2. Ikä vuosina

1. 18-25v

2. 26-33v

3. 34-41v

4. 42-49v

5. 50-57v

6. 58-65v

7. yli 65v

3. Siviilisääty

1. Naimaton
röity parisuhde

2. Naimisissa

4. Eronnut

3. Rekiste-

5. Leski

4. Lapsien lukumäärä

1. 0

2. 1

3. 2

4. 3

5. 3 tai

enemmän

5. Minulla on lapsieni huoltajuus

1. Kyllä

2. Ei

6. Käyn säännöllisesti töissä

1. Kyllä

2. Ei

7. Minulla on opiskelupaikka

1. Kyllä

2. Ei

8. Käyn työvoimapolitiisessa työharjoittelussa.

1. Kyllä

2. Ei

9. Olen käyttänyt huumausaineita vuosina

1. alle 1v

2. 1-2v

3. 2-3v

4. 3-4v

5. 4-5v

6. yli 5v

2. Hoitomuoto

1. Saamani korvaushoito on

1. Vieroitus korvaushoitoa

2. Kuntouttavaa korvaushoitoa

3. Ylläpito/ haittoja vähentävää korvaushoitoa

4. En tiedä

2. Korvaushoidossa käyttämäni lääke on

1. Buprenorfiini
2. Metadoni
3. En tiedä

3. Olen saanut korvaushoitoa

1. alle 1 vuosi
2. 1-2 vuotta
3. 2-3 vuotta
4. 3-4 vuotta
5. yli 5 vuotta

3. Terveydentila ja elämäntilanne. Vastaa viimeisen kuluneen kuukauden ajalta.

1. Koen fyysisen terveyteni paremmaksi

- | | |
|---|---|
| 4. <input type="checkbox"/> Täysin samaa mieltä | 3. <input type="checkbox"/> Jokseenkin samaa mieltä |
| 2. <input type="checkbox"/> Jokseenkin eri mieltä | 1. <input type="checkbox"/> Täysin eri mieltä |

2. Koen psyykkisen terveyteni paremmaksi

- | | |
|---|---|
| 4. <input type="checkbox"/> Täysin samaa mieltä | 3. <input type="checkbox"/> Jokseenkin samaa mieltä |
| 2. <input type="checkbox"/> Jokseenkin eri mieltä | 1. <input type="checkbox"/> Täysin eri mieltä |

3. Hallitsen omaa rahankäyttöäni paremmin

- | | |
|---|---|
| 4. <input type="checkbox"/> Täysin samaa mieltä | 3. <input type="checkbox"/> Jokseenkin samaa mieltä |
| 2. <input type="checkbox"/> Jokseenkin eri mieltä | 1. <input type="checkbox"/> Täysin eri mieltä |

4. Asun tällä hetkellä

- | | | |
|--|--|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Omistusasunnossa | 2. <input type="checkbox"/> Vuokra-asunnossa | 3. <input type="checkbox"/> Asumis-oikeusasunto |
| 4. <input type="checkbox"/> Asuntolassa | 5. <input type="checkbox"/> Laitoksessa | 6. <input type="checkbox"/> Asunnon |
| 7. <input type="checkbox"/> Vanhempien luona | | |

5. Kykenen huolehtimaan monipuolisesta ravitsemuksesta

- | | |
|---|---|
| 4. <input type="checkbox"/> Täysin samaa mieltä | 3. <input type="checkbox"/> Jokseenkin samaa mieltä |
| 2. <input type="checkbox"/> Jokseenkin eri mieltä | 1. <input type="checkbox"/> Täysin eri mieltä |

6. Minulla on riittävästi puhtaita vaatteita saatavilla

- | | |
|---|---|
| 4. <input type="checkbox"/> Täysin samaa mieltä | 3. <input type="checkbox"/> Jokseenkin samaa mieltä |
| 2. <input type="checkbox"/> Jokseenkin eri mieltä | 1. <input type="checkbox"/> Täysin eri mieltä |

7. Kykenen huolehtimaan henkilökohtaisesta hygieniasta

- mieltä
- | | |
|---|---|
| 4. <input type="checkbox"/> Täysin samaa mieltä | 3. <input type="checkbox"/> Jokseenkin samaa |
| 2. <input type="checkbox"/> Jokseenkin eri mieltä | 1. <input type="checkbox"/> Täysin eri mieltä |

8. Kaveripiirini koostuu ainoastaan huumeita käyttävistä ihmisistä

- mieltä
- | | |
|---|---|
| 4. <input type="checkbox"/> Täysin samaa mieltä | 3. <input type="checkbox"/> Jokseenkin samaa |
| 2. <input type="checkbox"/> Jokseenkin eri mieltä | 1. <input type="checkbox"/> Täysin eri mieltä |

9. Koen itseni yksinäiseksi

- mieltä
- | | |
|---|---|
| 4. <input type="checkbox"/> Täysin samaa mieltä | 3. <input type="checkbox"/> Jokseenkin samaa |
| 2. <input type="checkbox"/> Jokseenkin eri mieltä | 1. <input type="checkbox"/> Täysin eri mieltä |

10. Huolehdin sovituista tapaamisista

- mieltä
- | | |
|---|---|
| 4. <input type="checkbox"/> Täysin samaa mieltä | 3. <input type="checkbox"/> Jokseenkin samaa |
| 2. <input type="checkbox"/> Jokseenkin eri mieltä | 1. <input type="checkbox"/> Täysin eri mieltä |

11. Koen itseni arvokkaaksi ja merkittäväksi ihmiseksi

- mieltä
- | | |
|---|---|
| 4. <input type="checkbox"/> Täysin samaa mieltä | 3. <input type="checkbox"/> Jokseenkin samaa |
| 2. <input type="checkbox"/> Jokseenkin eri mieltä | 1. <input type="checkbox"/> Täysin eri mieltä |

12. Jaksan käydä kaupassa säännöllisesti hankimassa päivittäistavaroita

- mieltä
- | | |
|---|---|
| 4. <input type="checkbox"/> Täysin samaa mieltä | 3. <input type="checkbox"/> Jokseenkin samaa |
| 2. <input type="checkbox"/> Jokseenkin eri mieltä | 1. <input type="checkbox"/> Täysin eri mieltä |

13. Kykenen hoitamaan virastoasiointini (pankki, työvoimatoimisto, KELA)

- mieltä
- | | |
|---|---|
| 4. <input type="checkbox"/> Täysin samaa mieltä | 3. <input type="checkbox"/> Jokseenkin samaa |
| 2. <input type="checkbox"/> Jokseenkin eri mieltä | 1. <input type="checkbox"/> Täysin eri mieltä |

4. Korvaushoidon asiakastyytyväisyys

1. Tieto korvaushoidon saatavuudesta oli riittävää

