

Opioidiriippuvaisten korvaushoidon toteutuksen mallintaminen Lahden A-klinikalla ja Lahden korvaushoitoklinikalla

LAHDEN
AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysala
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Kuntoutuksen koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Syksy 2016
Virpi Koivunen

Lahden ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammatti-korkeakoulututkinto, kuntoutuksen
koulutusohjelma,

KOIVUNEN, VIRPI:

Opioidiriippuvaisten korvaushoidon
toteutuksen mallintaminen
Lahden A-klinikalla ja Lahden
korvaushoitoklinikalla

87 sivua, 13 liitesivua

Syksy 2016

TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyönä toteutetun työelämälähtöisen kehittämishankkeen tavoitteena oli luoda opioidiriippuvaisten korvaushoidon toteutuksen prosessimallinnus Lahden A-klinikalla ja Lahden korvaushoitoklinikalla. Kehittämishankkeen tarkoituksena oli yhtenäistää ja selventää työkäytäntöjä selkeästi dokumentoidun mallinnuksen avulla. Kehittämistyöskentelyn taustalla oli tarve edistää opioidiriippuvaisten korvaushoidon toteutukseen liittyviä muutoksia ja uusia työkäytäntöjä sekä jäsentää perustyön toteutusta.

Kehittämishanke toteutui toimintatutkimuksena, joka eteni spiraalimallin mukaisesti jatkuvana syklinä, jossa käytäntö, reflektio, suunnittelu ja toteutus vuorottelivat. Keskeisinä toimijoina kehittämishankkeessa olivat Lahden A-klinikan ja korvaushoitoklinikan henkilöstö. Työntekijöiden osallistaminen kehittämistyöskentelyyn oli keskeistä hankkeen toteutuksessa ja aineiston hankinnassa. Työryhmätyöskentelyn lisäksi aineiston hankinnassa hyödynnettiin benchmarking -vertailua. Varsinaisena mallintamisen menetelmänä kehittämishankkeessa käytettiin prosessimallinnusta.

Tämän kehittämishankkeen tuloksena syntyi prosessimallinnus opioidiriippuvaisten korvaushoidon toteutuksesta, joka koostuu kolmesta osaprosessista: kuntouttava korvaushoito, elämänlaatua parantava korvaushoito ja raskaana olevan asiakkaan korvaushoito. Osaprosessien lisäksi hankkeessa tuotettiin prosesseja tukeva yksityiskohtaisempi sanallinen selite, joka dokumentoitiin käsikirjan muodossa. Mallinnus opioidiriippuvaisten korvaushoidon toteutuksesta on laadittu siten, että sitä voidaan käyttää työvälineenä asiakastyöskentelyssä. Lisäksi mallinnus on hyödynnettävissä uusien työntekijöiden sekä opiskelijoiden perehdyttämisen välineenä.

Avainsanat: opioidiriippuvuus, korvaushoito, kuntoutus, mallinnus, prosessit

Lahti University of Applied Sciences
Master`s Degree in Social and Health Care
Degree Programme in Rehabilitation

KOIVUNEN, VIRPI:

Modelling of implementation
of substitution treatment for opioid
dependence at Lahti A-clinic and
Lahti substitution treatment clinic

87 pages, 13 pages of appendices

Autumn 2016

ABSTRACT

The aim of this work related development project, which was implemented as a thesis, was to create a process model for implementing substitution treatment for opioid dependence at the Lahti A-clinic (addiction treatment clinic) and Lahti substitution treatment clinic. The purpose of the development project was to unify and clarify working practices through a carefully documented modelling. The project was established as there was a need to support implementing the changes in substitution treatment for opioid dependence and new working practices, as well as to construe the groundwork.

The development project was executed through action research which proceeded according to the spiral model as a continuous cycle, in which practice, reflection, planning and implementation alternated. The staff at Lahti A-clinic and the Lahti substitution treatment clinic had an essential role in the development project. It was crucial to include the staff in the development work whilst carrying out the project and collecting the data. In addition to using working groups, benchmarking was also used as a method for collecting the data. Process modelling was the chosen method for actually modelling the development project.

As a result of the development project, a process model for implementing substitution treatment for opioid dependence was created. The process model consists of three parts: rehabilitating substitution treatment, substitution treatment improving one's quality of life and substitution treatment for pregnant clients. The project also produced more detailed written keys for the different parts of the process, which were documented as a handbook. The modelling for substitution treatment for opioid dependence has been prepared in such a way that it can be used as a tool when working with clients. In addition, the modelling can be used for training new employees and students.

Key words: Opioid dependence, Substitution treatment, Rehabilitation, Modelling, Processes

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	
2	KEHITTÄMISHANKKEEN LÄHTÖKOHDAT	2
2.1	Kohdeorganisaation kuvaus	2
2.2	Kehittämishankkeen taustaa	4
2.3	Lainsäädäntö opioidikorvaushoidon taustalla	7
2.4	Kehittämishankkeen tavoite, tarkoitus ja rajaukset	8
3	OPIOIDIRIIPPUVAISTEN KORVAUSHOITO	10
3.1	Yleistä opioidikorvaushoidosta	10
3.2	Lääkehoito opioidikorvaushoidossa	13
3.3	Erytyspiirteitä opioidikorvaushoidossa	23
3.4	Psykososiaalinen tuki ja kuntoutus opioidikorvaushoidossa	28
3.5	Opioidikorvaushoidon vaikuttavuus	35
4	KEHITTÄMISMENETELMÄT JA KEHITTÄMISTOIMINTA	38
4.1	Toimintatutkimus	38
4.2	Prosessimallinnus mallintamisen menetelmänä	40
4.3	Aineiston hankinta	42
4.4	Kehittämishankkeen eteneminen	44
5	KEHITTÄMISHANKKEEN TOTEUTUS JA OPIOIDIRIIPPUVAISTEN KORVAUSHOIDON MALLIN LUOMINEN	46
5.1	Opioidikorvaushoidon toteutuksen lähtötilanteen kuvaus	46
5.2	Yhteistyössä kehittäminen-työryhmätyöskentely	51
5.3	Benchmarking-vertailu	63
5.4	Toteutuksesta tuotokseen	71
6	KEHITTÄMISHANKKEEN TUOTOS	74
6.1	Opioidiriippuvaisten korvaushoidon toteutuksen mallinnus prosessikuvauksina	74
6.2	Opioidiriippuvaisten korvaushoidon toteutuksen mallinnus käsikirjana	75
7	POHDINTA	76
7.1	Kehittämishankkeen toteutuksen arviointi	76
7.2	Kehittämishankkeen tuotoksen arviointi	80

7.3	Eettisyys ja luotettavuus	83
7.4	Jatkokehittämisaiheet	85
	LÄHTEET	88
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Euroopan huumeraportissa 2015 esitetyn arvion mukaan oli Euroopassa vuonna 2013 noin 1,3 miljoonaa opioidien ongelmakäyttäjää. Opioidien laiton käyttö aiheuttaa suuren osan huumeista johtuvasta sairastavuudesta ja kuolleisuudesta. Euroopassa eniten käytetty opioidi on heroini. Suomessa opioidien ongelmakäyttö liittyy useammin muihin opioideihin kuin heroiniin, nykyään eniten käytetty opioidi on buprenorfiini. Opioidien ongelmakäyttäjät muodostavat Euroopassa suurimman huumeiden vuoksi hoitoon hakeutuneiden ryhmän ja näin ollen kuluttavat suurimman osan saatavilla olevista hoitoresursseista. (EMCDDA 2015, 51, 66.)

Vuonna 2015 Suomessa huumehoitoon hakeutuneista asiakkaista 76 prosenttia oli opioidien päihdekäyttäjiä tai opioidiriippuvaisia. Asiakkaista 76 prosentilla opioidit olivat viiden ongelmallisimman päihteen joukossa ja ensisijaisena ongelmapäihteenä ne olivat 49 prosentilla asiakkaista. Huumehoidon asiakkaista 67 prosenttia oli miehiä, asiakkaiden ikämediaani oli 31 vuotta. (Forsell ja Nurmi 2016, 1, 3, 4, 6.)

Opioidit ovat keskushermoston kautta vaikuttavia ja lamaannuttavia valmisteita, jotka lievittävät kipua ja tuottavat mielihyvää. Opioidien kaikki vaikutukset välittyvät opioidireseptoreiden kautta. (Kiiänmaa 2012, 25-26; ks. Kalso 2009, 20.) Opioidi- ja opiaatti termejä käytetään usein toisilleen rinnakkaisina (Meririnne ja Seppälä 2004, 958). Opioidivalmisteet jakautuvat analgeettisen tehon mukaan heikkoihin, puolivahvoihin ja vahvoihin opioideihin (Nevantaus, Simojoki, Hamunen, Heiskanen ja Kalso 2013, 3330). Huumeikäytössä olevia opioideja ovat mm. kodeiini, tramadoli, buprenorfiini, heroini sekä morfiini (Kiiänmaa 2012, 25). Mikkosen (2012, 86) mukaan opioidien päihdekäyttö on Suomessa siirtynyt lähes kokonaan lääkeopioidien käyttöön. Opioidien pitkäaikaisen käytön yksi tunnetuimmista haittavaikutuksista on riippuvuus (Nevantaus ym. 2013, 3333). Opioidiriippuvuus on sairautena monimuotoinen ja usein pitkäkestoinen (Mikkonen 2012, 86).

Suomessa opioidien ongelmakäytön on osoitettu lisääntyneen. Ollgrenin, ym. (2014, 502-504, 506) tutkimustulosten perusteella esitetyn arvion mukaan vuonna 2012 opioidien ongelmakäyttäjää oli 13 000-15 000. Ongelmakäyttäjistä kaikkiaan 45 prosenttia sijoittui 25-34 vuotiaiden ikäryhmään. Tutkimustulosten mukaan erityisesti opioidien ongelmakäyttäjien osuus huumeiden käyttäjissä on kasvanut. Tulokset huomioiden voidaan olettaa opioidiriippuvuuden lääkkeellisen korvaushoidon tarpeen kasvavan. Selinin ym. (2015, 1348) tutkimustulosten mukaan opioidien päihdekäyttö Suomessa näyttäisi lisääntyvän nopeammin kuin korvaushoidon saatavuus. Myös Tourunen, Pitkänen, Harju-Koskelin, Häkkinen ja Holopainen (2009, 427) esittävät tutkimustulostensa perusteella tulevaisuudessa korvaushoitoa toteutettavan suurentuneelle asiakasryhmälle.

Opioidiriippuvaisten korvaushoito on käynnistynyt vuonna 1995 Helsingissä Hesperia sairaalan poliklinikalla, korvaushoito virallistettiin sosiaali- ja terveysministeriön määräyksellä vuonna 1997 (Vorma, Sokero, Turtiainen & Katila 2009, 1850). Nykyään korvaushoitoa ohjataan vuonna 2008 voimaan tulleen asetuksen mukaisesti (STM asetus 33/2008). Lahdessa opioidiriippuvaisten korvaushoito on käynnistynyt A-klinikalla vuonna 2002, Lahden korvaushoitoklinikka on aloittanut toimintansa vuonna 2007. Marraskuun lopussa 2011 oli Suomessa korvaushoidon piirissä 2439 asiakasta (Partanen, Vorma, Alho ja Leppo 2014, 482-483). Lahden avohoitopalveluissa opioidiriippuvaisten korvaushoidossa olevia asiakkaita oli 61 kehittämishankkeen suunnitelmavaiheessa keväällä 2014. Tällä hetkellä asiakkaita on 67, joista naisia on noin kolmannes. Asiakkaiden hoito on keskitetty pääasiassa Lahden korvaushoitoklinikalle.

Tämä kehittämishanke toteutuu tutkimuksellisen kehittämistoiminnan mukaisesti. Kehittäminen on konkreettista toimintaa, jolla pyritään saavuttamaan selkeästi määritellyt tavoitteet. Kehittäminen tähtää muutokseen, jolla tavoitellaan parempaa ja tehokkaampaa toimintatapaa kuin aikaisemmat toimintatavat ovat olleet. Kehittämistoiminnan kohteena on useiden yhtäaikaisten muutosten hallittu edistäminen opioidiriippuvaisten korvaushoidon toteutuksessa. Kehittäminen kohdistuu palvelun uudistamiseen sekä uudelleen järjestelyyn. Kehittämistoimintaa voidaan pitää tutki-

muksellisena toimintana, koska tutkimuksellisuus tarkoittaa pyrkimystä arvioida ja jäsentää kehittämistä, kehittämisen intressejä, eri vaiheita sekä tavoitteita ja tuloksia. (Toikko ja Rantanen 2009, 14, 16, 156-157.)

Opioidiriippuvaisten korvaushoidon sisällöstä ei ole laadittu valtakunnallisia yhtenäisiä ohjeistuksia tai linjauksia (ks. Selin ym. 2015, 1348), jonka vuoksi hoidon kehittäminen kohdennetaan useinmiten yksittäisten alueiden tai kaupunkien tarpeiden mukaisesti. Kehittäminen tässä kehittämishankkeessa kohdentuu opioidiriippuvaisten korvaushoidon toteutuksen prosessiin Lahden A-klinikalla ja Lahden korvaushoitoklinikalla. Tämän kehittämishankkeen tavoitteena on luoda prosessimallinnus opioidiriippuvaisten korvaushoidon toteutuksesta A-klinikkasäätöön Lahden avopalvelu yksiköissä. Kehittämisen taustalla on tarve edistää opioidiriippuvaisten korvaushoidon toteutukseen liittyviä muutoksia ja uusia työkäytäntöjä sekä jäsentää perustyön toteutusta.

Soveltuvien osin tässä kehittämishankkeessa käytetään opioidiriippuvaisten korvaushoidosta termejä korvaushoito tai opioidikorvaushoito ja Lahden korvaushoitoklinikasta käytetään lyhennettä K-klinikka.

2 KEHITTÄMISHANKKEEN LÄHTÖKOHDAT

2.1 Kohdeorganisaation kuvaus

Lahdessa avohoitopalveluita tuotetaan Lahden A-klinikalla sekä Lahden korvaushoitoklinikalla, yksiköt kuuluvat A-klinikkasäätiön organisaatioon. A-klinikkasäätiö on vuonna 1955 perustettu palveluntuottaja ja järjestö, joka toimii voittoa tavoittelematta. Säätiön alaisuudessa toimivat palvelualueet solmivat puite- ja ostopalvelusopimuksia kuntayhtymien sekä kuntien kanssa. A-klinikkasäätiön liikevaihto on noin 50 miljoonaa euroa, säätiön palveluksessa työntekijöitä on yli 700. Asiakasmäärä on vuosittain noin 25 000 ja säätiön sähköiset palvelut tavoittavat yli 160 000 kävijää kuukaudessa. (A-klinikkasäätiö 2016 a.)

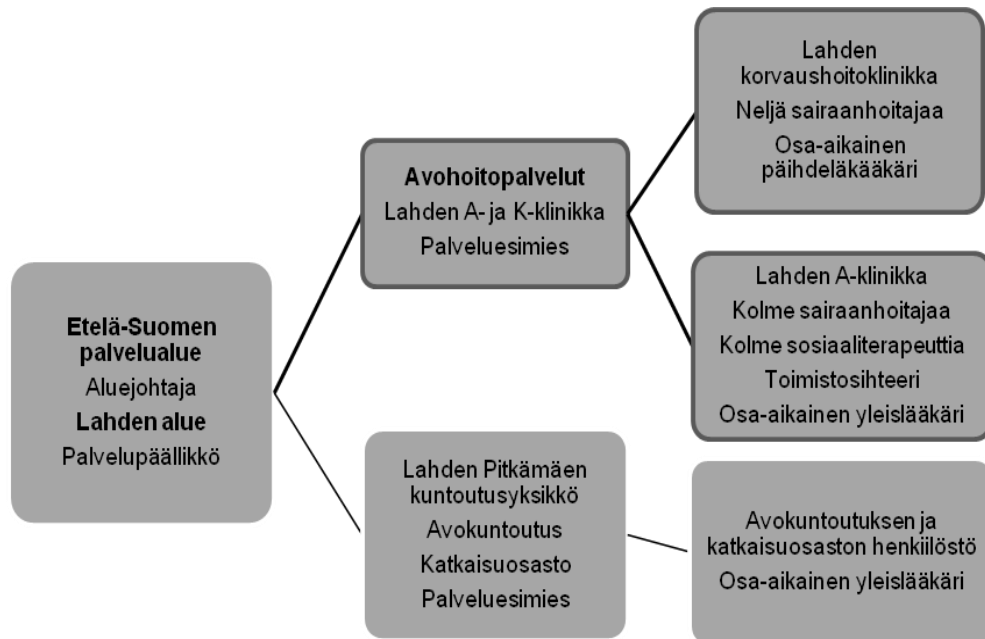
Säätiön ylin päättävä elin on valtuuskunta, joka valvoo säätiön toimintaa ja sen toimikausi on neljä vuotta. Valtuuskunta asettaa hallituksen kaksivuotiskaudeksi kerrallaan ja hallitus vastaa säätiön toiminnasta. Hallitus valitsee toimitusjohtajan, joka johtaa A-klinikkasäätiön toimintaa. Palvelutuotanto A-klinikkasäätiössä organisoitiin uudelleen kesäkuusta 2015 alkaen. Palvelualueet muodostuvat Etelä-Suomen, Länsi-Suomen ja Sisä-Suomen alueista. Lisäksi valtakunnalliset hoitopalvelut muodostavat oman alueensa, näihin palveluihin lukeutuvat mm. lastensuojeluyksiköt sekä Järvenpään päihdesairaala. Lahti kuuluu alueista suurimpaan Etelä-Suomen palvelualueeseen, alueella tuotetaan päihdehuollon erityistason palveluita Lahden seudulla, pääkaupunkiseudulla sekä Etelä- ja Pohjois- Kymenlaaksossa. (A-klinikkasäätiö 2016 a, b.)

Toiminta A-klinikkasäätiössä on alueellista, valtakunnallista sekä kansainvälistä. Säätiön kansainvälinen toiminta painottuu lähialueille ja Euroopan unionin alueelle. A-klinikkasäätiön tuottamien palveluiden tarkoituksena ja siten myös perustehtävänä on ehkäistä ja vähentää päihdehaittoja sekä muita psykososiaalisia ongelmia. Palvelut koostuvat mm. hoito- ja kuntoutuspalveluista. Säätiö tarjoaa hoidon ja kuntoutuksen lisäksi varhaisvaiheen palveluja sekä tekee ehkäisevää päihdetyötä. Säätiön perustehtäviin kuuluvat myös tutkimustyö, asiantuntijatoiminta sekä yhteiskuntapoliittinen

vaikuttaminen ja kuntien peruspalveluiden tukeminen. Lisäksi säätiö julkaisee myös päihdetyön erikoislehteä Tiimiä. (A-klinikkasäätiö 2016 a, b, c.)

Päihde- ja riippuvuusongelmaisia sekä heidän läheisiään autetaan tarjoamalla ammatillisesti laadukasta ja vaikuttavaa ehkäisevää työtä, kuntoutusta sekä edellytyksiä vertaistoiminnalle. Säätiön toimintaa ohjaavat vahvasti arvot: ihmisarvon kunnioittaminen, luottamuksellisuus, suvaitsevaisuus ja vastuullisuus. (A-klinikkasäätiö 2012.) Säätiön uuden vuosille 2016-2019 suunnatun strategian visiona on tuottaa hyvinvointia edistävää tietoa sekä laadukkaita palveluita yhteistyöhakuisesti ja yhteistyössä asiakkaiden kanssa. Toiminta perustuu säätiön arvoihin (ks. edellä), moniammatilliseen osaamiseen sekä joustavaan ja asiakaslähtöiseen palveluasenteeseen. (A-klinikkasäätiö 2016d.)

Lahden A-klinikka ja korvaushoitoklinikka muodostavat päihdetyön erityistason avohoitopalveluja tuottavan kokonaisuuden Etelä-Suomen palvelualueella. Lisäksi Lahden alueella toimii Pitkämäen kuntoutusyksikkö, jossa korvaushoitoa toteutetaan viikonloppuisin ja pyhäpäivinä. Pitkämäen kuntoutusyksikkö huomioidaan kehittämishankkeessa vain tarvittavin osin varsinaisten kohdeyksiköiden ohella. Etelä-Suomen palvelualueen toiminnasta vastaa aluejohtaja. Paikallistasolla Lahden seudulla yksiköiden toiminnasta vastaa palvelupäällikkö (Kuvio 1). Palvelutoiminta järjestetään kuntakohtaisilla ostopalvelusopimuksilla. Lahden seudulla sopimuskuntia ovat Lahti, Heinola, peruspalvelukeskukset Aava (Hartola, Iitti, Myrskylä, Nastola (1.1.2016 Lahti), Orimattila, Pukkila, Sysmä) ja Oiva-liikelaitos (Asikkala, Hollola, Hämeenkoski, Kärkölä, Padasjoki). Väestöpohja Lahden seudulla on noin 202 000. (A-klinikkasäätiö 2016 a, b, c.)



KUVIO 1. Etelä-Suomen palvelualueen Lahden seudun yksiköt

Lahden avohoitopalveluiden yksiköiden toiminnasta vastaa palvelupäällikkö, yksiköissä työskentelee yhteensä 15 työntekijää. Sairaanhoitajia on seitsemän, sosiaaliterapeutteja on kolme. Lisäksi henkilöstöön kuuluu kaksi osa-aikaista lääkäriä, toimistos sihteeri ja palveluesimies, joka on kehittäjän toimi. Opioidiriippuvaisten korvaushoidon toteutukseen osallistuu edellä kuvattu henkilöstö.

2.2 Kehittämishankkeen taustaa

Lahdessa opioidikorvaushoitoon on kohdistunut useita lähes yhtäaikaista niin sisällöllisiä, rakenteellisia kuin toimintaympäristönkin muutoksia viimeisen kolmen vuoden aikana. Korvaushoidon kehittämistyöskentelyä toteuttavan henkilöstön kanssa käynnistyi Lahdessa kevät-kesällä 2013. Tuolloin tarve oli yhtenäistää työkäytäntöjä ja toimintaa paikallisesti Lahdessa sekä laajemmin Hämeen palvelualueella Hämeenlinnan yksiköiden kanssa. Varsinaisesti tämä kehittämishanke käynnistyi syksyllä 2013, jolloin kehittäjän aiheen määrittely hankkeelle oli ajankohtaista. Kehittämishankkeen aiheen kohdentuminen opioidiriippuvaisten korvaushoidon toteutuksen mallinnukseen oli selkeä jatkumo jo työryhmässä alkaneelle

kehittämistyöskentelylle. Kehittämishankkeen taustalla on työelämälähtöinen tarve edistää opioidiriippuvaisten korvaushoidon toteutukseen liittyviä muutoksia ja uusia työkäytäntöjä sekä jäsentää perustyön toteutusta.

Kehittämishankkeen taustalla vaikuttaneet muutokset ja uudistukset esitetään koontina liitteessä (Liite 1). Hankkeen kannalta keskeisemmät taustavaikuttajat ajoittuvat vuodelle 2013 sekä vuoden 2014 kevääseen, jolloin hanke oli suunnitelmavaiheessa. Vuoden 2015 aikana toteutui kehittämishankkeen etenemisen kannalta merkittäviä muutoksia ja uudistuksia, jotka on esitetty koosteessa.

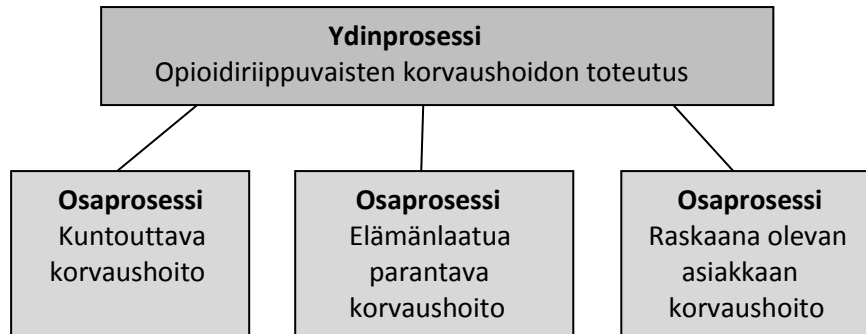
Muutoksista ja uudistuksista keskeisimmät (Liite 1) heijastuvat perustason työskentelyyn ja lisäävät haasteita toimintaan niin työntekijöiden kuin asiakkaidenkin näkökulmasta. Perustehtävien hallittavuuteen on vaikuttanut erityisesti usein vaihtuneet korvaushoidosta vastaavat lääkärit ja muutokset lääkäripalveluiden järjestelyissä. Lisäksi uuden potilastietojärjestelmän ja sähköisen reseptin käyttöönotto kuormitti perustehtävistä suoriutumista. Myös asiakasmäärien jatkuva lisääntyminen korvaushoidossa (ks. Ollgren ym. 2014, 502-504) edellyttää olemassa olevien työkäytäntöjen arviointia ja uudelleen järjestelyjä, jotta kasvavaan palvelutarpeeseen on mahdollista vastata (ks. Robson 2001, 27-29; Virtanen 2007, 93). Toimintaympäristön muutoksista haasteellisin kohdentui korvaushoidon keskittämiseen Lahden A-klinikalta Lahden K-klinikalle vuoden 2014 aikana. Muutokset näkyivät selkeästi epävakautena hoidossa niin siirrettyjen kuin K-klinikalla olemassa olevien asiakkaidenkin kohdalla. Henkilöstö toi esille myös omat huolensa hoidon toteuttamisen epäkohdista, sillä lisääntynyt asiakasmäärä ja vähäiset resurssit eivät mahdollistaneet hoitotyön laadukasta toteuttamista. Henkilöstö koki, ettei ollut mahdollista vastata asiakkaiden tarpeisiin ja riittämättömyyden tunne heikensi työssä jaksamista.

Kehittämishankkeen lähtötilanteessa syksyllä 2013 keskeisimmät kehittämistä edellyttävät osa-alueet kohdentuivat korvaushoidon hoitolinjojen määrittelyyn kuntouttavaan korvaushoittoon sekä haittoja vähentävään korvaushoittoon. Tässä hankkeessa haittoja vähentävästä korvaushoidosta käytetään sovelletusti nimikettä elämänlaatua parantava korvaushoito,

joka on laadittu Hämeenlinnan avohoitopalveluissa toteutetun kehittämistyön tuloksena (ks. STM asetus 33/2008). Kehittämishankkeen aikana keväällä 2015 esiin tuli tarve laatia palvelukuvaus raskaana olevan opioidiriippuvaisen asiakkaan hoidosta. Palvelukuvauksen tarve esitettiin Lahdessa järjestetyn yhteistyöfoorumin jälkeisenä yhteistyön kehittämisen konkreettisena toimenpiteenä. Palvelukuvaus laadittiin yhteistyössä Lahden A- ja K-klinikan henkilöstön kanssa kesällä 2015. Kehittäjä dokumentoi yhteistyössä kehitetyn palvelukuvauksen, tässä kehittämishankkeessa palvelukuvaus esitetään mallinnuksessa omana osaprosessinaan.

Tähän hankkeeseen mallintamisen menetelmäksi valittiin prosessimallinnus sen kehittämistyöskentelyyn soveltuvuuden vuoksi. Prosessimallinnus toimii hyvin työn sisällön avaamisessa, toiminnan kuvaamisessa sekä toiminnan selventämisessä ja järjestämisessä. (Manssila 2011, 61-63.) Opioidiriippuvaisten korvaushoidon toteuttamisen mallinnuksessa avataan ja dokumentoidaan kaikki tarvittavat prosessin alueet, jotka tässä hankkeessa jakautuvat seuraaviin osa-alueisiin: hoidon järjestämiseen, hoidon suunnitteluun, lääkehoitoon, psykososiaalinen tukeen ja kuntoutukseen sekä hoidon seurantaan. Osa-alueet muodostuvat korvaushoitoa ohjaavan asetuksen mukaisesti (STM asetus 33/2008). Edellä kuvatut prosessin osa-alueet muodostavat pääosin kehittämistyön teema-alueet, joiden mukaisesti aineistoa hankitaan ja analysoidaan. Selkeästi rajatut kehittämistyön osa-alueet yhtenäistävät toimijoiden käsitystä perustehtävästä sekä työskentelyä ohjaavista arvoista. Kehittämiseen sitoutumisen voidaan osoittaa olevan vahvempaa, kun toimijoiden näkemykset perustehtävästä ovat yhdenmukaiset (ks. Jääskeläinen 2013, 149).

Opioidiriippuvaisten korvaushoidon toteutuksen mallinnuksessa esitetään kuvaukset kuntouttavan, elämänlaatua parantavan sekä raskaana olevan asiakkaan korvaushoidon hoitolinjauksista (Kuvio 2). Mallinnuksessa esitetään työntekijöiden tehtävät ammattiryhmittäin sekä asiakkaalle kohdenne-
tut velvollisuudet hoidon toteuttamiseksi. Lisäksi siinä huomioidaan hoidon toteutuksen erityispiirteet ja käytännöt sekä yhteistyötahojen ja verkostojen osallisuus korvaushoidossa.



KUVIO 2. Prosessimallinnuksen hoitolinjausten mukaiset osaprosessit

Mallinnusta laadittaessa on erityisesti huomioitava korvaushoidon toteutusta ja toimintaa ohjaava lainsäädäntö (ks. luku 2.3) sekä valtakunnalliset suositukset ja ohjelmat, jotka ohjeistavat asiakaslähtöisyyden, palveluiden saatavuuden sekä hyvinvointi- ja terveyserojen vähentämisen huomioimista palveluita kehitettäessä (STM 2012a, 43,48; STM 2012b, 8, 25, 31).

2.3 Lainsäädäntö opioidikorvaushoidon taustalla

Opioidiriippuvaisten korvaushoitoa sekä päihdehuollon erityispalveluiden toteuttamista ja valvontaa ohjataan lainsäädännöllä. Asetus opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeillä (33/2008) määrittelee opioidiriippuvuuden, lääkehoidon sekä korvaushoidon tavoitteet. Asetuksen 5 § mukaan korvaushoidon tulee perustua hoitosuunnitelmaan, jossa tulee määritellä lääkehoidon lisäksi hoidon tavoite, mahdollinen muu lääkkeellinen hoito, psykososiaalinen hoito sekä kuntoutus ja hoidon seuranta.

Lainsäädännöllä ohjataan myös palveluiden järjestämistä ja saatavuutta. Päihdehuoltolain 6 § mukaan päihdehuollon palveluja on järjestettävä yleisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja kehittämällä sekä antamalla erityisesti päihdehuoltoon tarkoitettuja palveluita. (Päihdehuoltolaki 41/1986.) Terveydenhuoltolain tarkoituksena on toteuttaa väestön tarvitsemien palvelujen yhdenvertaista saatavuutta, laatua ja potilasturvallisuutta sekä vahvistaa terveydenhuollon palveluiden asiakaskeskeisyyttä (Terveydenhuoltolaki 1326/2010). Laissa ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä

523/2015 3 §:n mukaisesti ehkäisevän päihdetyön tulee perustua päihteiden käytön ja siitä aiheutuvien haittojen seurantaan. Asiakkaan oikeuksista, osallisuudesta omaan hoitoonsa, palveluiden turvaamisesta ja laadukuudesta sekä asiakkaan kohtelusta säädetään erityisesti Sosiaalihuoltolaissa (1301/2014), Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) sekä Laissa sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2008).

Raskaana olevan päihteitä käyttävän asiakkaan hoitoon ja palveluihin pääsyä turvataan niin ikään lainsäädännöllä. Sosiaalihuoltolain 1301/2014 24§:ssä säädetään raskaana olevan päihteitä käyttävän subjektiivisesta oikeudesta saada päihteettömyyttä tukevat sosiaalipalvelut. Terveys- huoltolain 70§:ssä säädetään raskaana olevien välttämättömien palveluiden järjestämisestä syntymättömän lapsen ja raskaana olevan erityiseksi suojelemiseksi.

Erikoissairaanhoitolaki (1062/1989) ohjaa palveluita sekä hoitoyksiköiden tuottamien palveluiden valvontaa. Lain mukaan kunnan on huolehdittava siitä, että kuntalainen saa tarpeellisen erikoissairaanhoidon terveydenhuoltolain mukaisesti. Lain mukaan erikoissairaanhoidon yleinen suunnittelu, ohjaus ja valvonta kuuluvat sosiaali- ja terveysministeriölle. Sosiaali- ja terveysministeriön alaisuudessa toimiva sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto ohjaa ja valvoo erikoissairaanhoitoa.

2.4 Kehittämishankkeen tavoite, tarkoitus ja rajaukset

Tämän kehittämishankkeen tavoitteena on luoda prosessimallinnus opioi- diriippuvaisten korvaushoidon toteutuksesta Lahden avohoitopalveluita tuottavissa yksiköissä. Prosessimallinnuksessa huomioidaan työelämä- lähtöisen tarpeen mukaisesti korvaushoidon toteutukseen kohdentuneet muutokset ja uudistukset.

Kehittämishankkeen tarkoituksena on yhtenäistää ja selventää työkäytän- töjä selkeästi dokumentoidun mallinnuksen avulla. Mallinnus kuvataan prosessikaavioina sekä kirjallisena dokumenttina käsikirjan muodossa.

Laajempaan tarkoituksena voidaan onnistuneen mallinnuksen nähdä vaikuttavan työn sujuvuuden myötä myös työntekijöiden työhyvinvointiin. Mallinnus laaditaan siten, että sitä on mahdollisuus käyttää työvälineenä asiakastyöskentelyssä. Lisäksi mallinnusta voidaan hyödyntää uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdyttämisen välineenä.

Kehittämishankkeessa tehtiin sisällöllisiä rajoituksia, koska opioidiriippuvaisten korvaushoidon prosessi on laaja kokonaisuus. Tässä kehittämishankkeessa kohde rajataan käsittämään prosessin korvaushoidon aloituksesta korvaushoidon mahdolliseen päättymiseen. Raskaana olevan opioidiriippuvaisen asiakkaan korvaushoidon prosessi esitetään kuitenkin muusta hoidosta poiketen laajempaan kokonaisuutena. Siinä käsitellään koko prosessin hoidon tarpeen arvioinnista hoidon mahdolliseen päättymiseen sen erityispiirteiden vuoksi. Kehittämishankkeella saavuttavien oletettujen hyötyjen vuoksi on tarkoituksenmukaista rajata hankkeen toimijat tässä yhteydessä korvaushoidon toteuttajiin eli työntekijöihin. Huomioitavaa on, että kehittämishankkeessa käytetään korvaushoidossa olevista pääasiassa asiakas-termiä. Potilastermiä käytetään viitatuun alkuperäisen lähdekirjallisuustekstin mukaisesti.

3 OPIOIDIRIIPPUVAISTEN KORVAUSHOITO

3.1 Yleistä opioidikorvaushoidosta

Opioidiriippuvaisten korvaushoitoa ohjataan vuonna 2008 voimaan tulleen asetuksen mukaisesti, korvaushoitoa käytetään nimityksenä kaikista opioidilääkkeillä toteutettavista päihteettömyyteen tähtäävistä tai haittoja vähentävistä hoidoista (Kuvio 3) (STM asetus 33/2008).

Vieroitushoito	Kuntouttava korvaushoito	Haittoja vähentävä korvaushoito (Elämänlaatua parantava)
<ul style="list-style-type: none"> •Vieroitushoidolla tähdätään opioidiriippuvaisen päihteettömyyteen. •Hoidossa käytetään buprenorfiinia tai metadonia sisältäviä lääkevalmisteita. 	<ul style="list-style-type: none"> •Kuntouttavan korvaushoidon tavoitteena on päihteettömyys ja kuntouttaminen. •Hoidossa käytetään buprenorfiinia tai metadonia sisältäviä lääkevalmisteita. 	<ul style="list-style-type: none"> •Haittoja vähentävän hoidon tavoitteena on potilaan elämänlaadun parantaminen. •Hoidolla pyritään ehkäisemään tartuntatautien leviämistä ja muita terveyshaittoja. Hoidolla pyritään vähentämään laittomien opioidien käyttöä, oheiskäyttöä, pistämistä ja rikollisuutta •Hoidossa käytetään buprenorfiinia tai metadonia sisältäviä lääkevalmisteita.

KUVIO 3. Lääkkeellisen vieroitus- ja korvaushoidon hoitomuodot (STM asetus 33/2008; mukailten Partanen, Vormaa, Alho ja Leppo 2014, 482)

Opioidikorvaushoidon aloitukseen vaikuttavat asiakkaan todennettu opioidiriippuvuus (Liite 2) ja epäonnistunut vieroittautumisyritys (STM asetus 33/2008; ks. myös Käypähoito-suositus 2012,14). Korvaushoidossa on yksikertaisemmillaan kysymys siitä, että asiakkaalle annettavalla lääkkeellä korvataan aikaisemmin huumeikäytössä olleet opioidit ja sen avulla vieroitusoireet sekä aineen himo pidetään hallinnassa (Mikkonen 2012, 86; ks. Selin 2011, 42). Selinin (2013, 23-25) tutkimustulosten mukaan korvaushoito on pääsääntöisesti pitkäkestoista ja siitä vieroittautuminen on vähäistä. Tutkimuksen seurantajakson aikaisista asiakkaista ainoastaan 2-4 prosenttia vieroittautui hoidosta kokonaan.

Opioidiriippuvuus on biopsykososiaalinen häiriö, joka on luonteeltaan monimuotoinen. Opioidien toistuva käyttö johtaa hermosoluyhteyksien uudelleen muovautumiseen sekä jatkuvaan opioidivaikutusten tottumiseen aivoissa ja elimistössä (ks. Meririnne ja Seppälä 2004, 952). Opioidiriippuvuus on pitkäkestoinen, mahdollisesti elinikäinen etenevä sairaus, joka voi uusiutua pitkästäkin päihteettömästä jaksosta huolimatta. Opioidiriippuvuus on verrattavissa somaattisiin pitkäaikaissairauksiin, joissa pyritään mahdollisimman hyvään hoitotasapainon. Hoito voi olla elinikäistä ja siihen saattaa liittyä ajoittaisia sairauden pahenemisvaiheita. (Mikkonen 2012, 86.) Simojoen (2013, 66) tutkimustulosten mukaan opioidiriippuvuuden kroonisuus, pitkäkestoisuus ja jopa elinikäisyys tulee ottaa huomioon korvaushoidon resursoinnissa.

STM asetuksen (33/2008) 5 pykälän mukaan korvaushoidon tulee perustua hoitosuunnitelmaan, jossa määritellään lääkehoidon lisäksi hoidon tavoite, mahdollinen muu lääkkeellinen hoito, psykososiaalinen hoito sekä kuntoutus ja hoidon seuranta. Huumeongelmaisten Käypä hoitosuosituksessa (2012, 14-15) ohjataan asetuksen (33/2008) mukaisesti korvaushoidon perustuvan asiakkaan hoitosuunnitelmaan. Hoitosuunnitelman lisäksi hoitosopimusta voidaan käyttää hoidon tukena. Hoitosopimuksella on tarkoitus parantaa hoidon tulosta sekä asiakkaan sitoutumista hoitoon. Kaskela (2011, 9) toteaa hoitosopimusten olevan hoitopaikkakohtaisia korvaushoitoa ohjaavia sopimuksia, jotka tulkinnoiltaan poikkeavat hoitopaikan mukaisesti. Hoitosopimuksella potilas sitoutetaan hoitopaikan sääntöihin, kuten käyttäytymään asianmukaisesti hoidossa ollessaan. Lisäksi sopimuksen allekirjoittaessaan potilas hyväksyy yksityiskohtaiset säännöt ja antaa suostumuksen esimerkiksi huumeeseulakontrolliin osana hoitoaan.

Korvaushoidossa olevilla asiakkailla on usein moniongelmaisuuksia. Sosiaalisina ongelmina näyttäytyy mm. huono-osaisuus, taloudelliset vaikeudet ja huumeiden käytöstä aiheutunut velkakierre. Seurantatutkimusten mukaan mielenterveyden ongelmat ovat yleisiä, ongelmia esiintyy myös ihmissuhteissa sekä perhesuhteissa. Lisäksi asiakkailla ilmenee huumeiden käytöstä johtuvia terveydellisiä haittoja, kuten tartuntatauteja ja muita so-

maattisia terveystriskejä. (Kaskela, Pitkänen ja Tourunen 2011, 24; Tourunen ym. 2009, 426; Vormaa ym. 2009, 1857.)

Maailman terveysjärjestön suositusten (2009) mukaan lääkkeellisellä ja psykososiaalisesti tuetulla opioidiriippuvaisten korvaushoidolla tavoitellaan ensisijaisesti opioidien käytön vähentämistä tai mahdollisesti kokonaan lopettamista. Lisäksi tavoitteena on estää opioidien käyttöön liittyvien haittojen lisääntyminen sekä parantaa opioidiriippuvaisten potilaiden elämänlaatua ja hyvinvointia. (WHO 2009, 7). Lääkkeellisen korvaushoidon yksilöidyt tavoitteet on esitetty taulukossa 1.

TAULUKKO 1. Lääkkeellisen opioidikorvaushoidon tavoitteet (WHO 2009,7)

- Laittomien opioidien käytön vähentäminen tai lopettaminen
- Suonensisäisen käytön vähentäminen tai lopettaminen ja suonensisäiseen käyttöön liittyvien veritartuntatautiin leviämisen vähentäminen
- Yliannostusriskien vähentäminen
- Rikollisuuden vähentäminen
- Fyysisen ja henkisen terveyden parantaminen

Opioidikorvaushoidon tavoitteena on asiakkaan yhteiskuntaan integroituminen, huumeiden käyttöön liittyvien terveystriskien vähentäminen sekä päihderiippuvuuden hallinta. Korvaushoito on pitkäkestoista ja kokonaan vieroittautuminen opioideista on vähäistä. Suomessa korvaushoitoasiakkaiden hoitoon sitoutuminen on hyvällä tasolla. Sitoutuminen hoitoon mahdollistaa sosiaalisen kuntoutumisen, parantaa asiakkaiden elämänlaatua ja vähentää sekä ehkäisee terveystriskejä, toisaalta asiakkaat tuovat esille hoidon sitovuuden yhtenä korvaushoidon haittatekijöistä. Kuntouttavan korvaushoidon mallin rinnalle on viime vuosina luotu ylläpitävän ja haittoja vähentävän hoidon mallia, ylläpitävässä hoidossa korostuu lääkkeellinen hoito (ks. Kuvio 4). Tulevaisuus näyttää, mitkä ovat ylläpitohoidon hyödyt ja vaikuttavuudet kuntouttavaan hoitomalliin nähden. (Kaskela ym. 2011; Tourunen ym. 2009, 421-422.)

Selinin (2011, 41-42, 44-45) tutkimustulosten mukaan korvaushoito näyttää perustellulta hoitomuodolta asiakkaan eettisiä oikeuksia ja ihmisoi-
keuksia puolustelemalla. Korvaushoito on perusteltavissa myös huumaus-
aineisiin liittyvää rikollisuutta ja tartuntatauteja vähentävänä hoitomuotona.
Selin tuo esille huolensa hoidon standartoitumisesta, hänen mukaansa
tuolloin asiakkaiden huumeiden käyttöön liittyvät moninaiset ongelmat se-
kä kokemukset saatetaan sivuuttaa.

Kansainväliset suositukset suosittavat psykososiaalisesti avustettua opioi-
dikorvaushoitoa raskaana olevan opioidiriippuvaisen ensisijaisena hoito-
muotona, mikäli kokonaan vieroittautumiseen ei ole edellytyksiä. Tärkeim-
pänä tavoitteena hoidossa on tasapainottaa asiakkaan tilanne. Vahvasti
tuettu hoito parantaa syntymättömän lapsen elinmahdollisuuksia, sillä eh-
käistään mm. ennenaikaisia synnytyksiä ja vähennetään vastasyntyneen
vieroitusoireita. Lisäksi hoidettavan äidin fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista
toimintakykyä voidaan vahvistaa ja parantaa. Usein huomattavissa ole-
vansa raskaana tuleva äiti haluaa lopettaa huumeiden käytön, tästä on
kuitenkin suurempi haitta syntymättömälle lapselle, kuin hallitusta vieroit-
tautumisesta tai hoidosta. Suositusten mukaan raskaana olevia opioidiriip-
puvaisia tulee rohkaista hoitoon hakeutumiseen tai olemassa olevan kor-
vaushoidon jatkamiseen. (EMCDDA 2014, 2-3, 18; WHO 2014, 101; WHO
2009, 51.)

3.2 Lääkehoito opioidikorvaushoidossa

Opiatit ovat peräisin oopiumunikon kuivatetusta maitiaisnesteen alka-
loideista ja ovat siten oopiumalkaloideja sekä niiden johdannaisia. Ne vai-
kuttavat morfiinin lailla ja niillä on lääkinnällisiä käyttötarkoituksia. Opioidit
ovat oopiumista saatavia ja synteettisiä yhdisteitä, jotka myös vaikuttavat
morfiinin kaltaisesti. (Meririnne ja Seppälä 2004, 951.) Nevantauksen ym.
(2013, 3330) mukaan Suomessa oli vuonna 2013 käytössä yhdeksän eri-
laista opioidivalmistetta. Analgeettisen tehon mukaan nämä valmisteet
jakautuvat siten, että heikkoja opioideja ovat kodeiini, tramadoli ja etyyli-

morfiini. Teholtaan puolivahva opioidi on buprenorfiini. Vahvoja opioideja ovat morfiini, oksikodoni, hydromorfon, fentanyl sekä metadoni.

Suomessa opioidikorvaushoidossa käytettävät lääkkeet määräytyvät korvaushoitoasetuksen (STM 33/2008) mukaisesti (ks. myös Käypä hoito -suositus (2012, 15). Korvaushoidossa käytettävät lääkkeet ovat joko metadoni tai buprenorfiini. Suomessa buprenorfiini-naloksoni yhdistelmälääke on tavallisesti eniten käytetty hoitava lääke. Valmistuksessa olevan naloksonin tarkoituksena on estää lääkkeen suonensisäistä käyttöä, väärinkäytettynä se aiheuttaa vieroitusoireita (ks. Käypä hoito suositus 2012, 15). Ainoastaan buprenorfiinia sisältävää lääkevalmistetta käytetään erityisluvalla ja erityisestä syystä raskauden tai allergian vuoksi. (Mikkonen 2012, 89.) Korvaushoitoasetuksen (33/2008) 7 § mukaan buprenorfiini-naloksoni yhdistelmälääkkeellä on asiakkaan mahdollista päästä apteekkijakeluun, joka vahvistetaan apteekkisopimuksella (ks. Valvira 2013, 2). Partasen ym. (2014, 483, 485) tutkimustulosten mukaan opioidiriippuvaisten korvaushoidossa olevilla asiakkailla yleisin käytetty lääkevalmiste vuonna 2011 oli buprenorfiini-naloksoni yhdistelmä (58 %) ja toiseksi eniten käytössä oli metadoni-valmiste (38 %), ainoastaan prosentilla asiakkaista oli käytössä monobuprenorfiini lääkevalmiste. Apteekkijakelussa asiakkaita oli vuonna 2011 seitsemän prosenttia.

Korvaushoidossa käytettävät lääkkeet buprenorfiini ja metadoni eroavat toisistaan saavutettavissa olevien opioidivaikutusten vuoksi. Buprenorfiini on ns. osittainen agonisti, jonka vaikutukset lisääntyvät lääkemannosta nostettaessa, mutta saavutettuaan tietyn annoksen eli kattoannoksen vaikutukset eivät enää lisääny. Buprenorfiini on tablettimuotoinen kielen alla liuotettava lääke. Metadoni on täysagonisti, jonka vaikutukset voimistuvat annosta suurennettaessa, metadonin kohdalla ei ole selvää kattovaikutusta ja sen huippuvaikutukselle on vaikea määrittellä ylärajaa. Metadoni on liuosmuotoinen juotava lääkevalmiste. (Mikkonen 2012, 89-90.) WHO:n suosituksessa (2009, 31) korvaushoitolääkitykseksi suositellaan ensisijaisesti metadon-lääkevalmistetta, mikäli potilas käyttää buprenorfiinia suonensisäisesti.

Raskaana olevien korvaushoitolääkkeinä sekä metadon että buprenorfiini ovat tutkitusti molemmat tehokkaita. Kuitenkin buprenorfiini lääkityksellä olevien asiakkaiden vastasyntyneillä on tutkitusti vähemmän vieroitusoireita, syntymäpaino on korkeampi ja ennenaikaisia syntymiä on vähemmän. WHO:n suosituksissa (2009, 51) suositellaan metadon-valmistetta, koska se on tutkitumpi raskauden aikana käytetty lääke. Buprenorfiini lääkityksestä kuitenkin todetaan sen olevan lääkkeenä toimiva, mikäli asiakkaalla on ollut tasapainoinen hoito kyseisellä lääkkeellä. EMCDDA (2014, 18) raportissa tuetaan buprenorfiinin käyttöä syntymättömälle lapselle vähäisempiä haittoja aiheuttavana. Sekä buprenorfiini että metadon lääkkeellä olevia äitejä tulee rohkaista lapsen imettämiseen, mikäli muita lääkkeitä tai huumaavia aineita ole käytössä. Korvaushoitolääkkeillä ei tutkitusti ole niin huomattavia haittoja lapselle, että se olisi este rintaruokinnalle, haitat ovat etuja vähäisempiä. (EMCDDA 2014, 18; WHO 2014, 15, 100; WHO 2009, 51.) (ks. myös Äitiysneuvolaopas 2013, 69-70).

Lääkehoidon toteutus

Opioidikorvaushoidossa olevilla potilailla on opioidiriippuvuuden lisäksi usein jokin muu lääkeaineriippuvuus (Tourunen ym. 2009, 423; Vormaa ym. 2009, 1855). Rauhoittavien lääkkeiden, erityisesti bentsodiatsepiini-valmisteiden aiheuttama lääkeaineriippuvuus ja ongelmakäyttö on varsin yleistä (Forsell ja Nurmi 2015, 7; Launonen 2013, 58; Vormaa ym. 2009, 1855). Kaskelan ym. (2011, 25) tutkimuksessa haastatelluista korvaushoitopotilaista 89 prosentilla oli bentsodiatsepiinilääkitys, potilaista 37 prosenttia oli asettanut tavoitteeksi lääkkeestä vieroittautumisen. Haastatelluista useat kertoivat käyttävänsä bentsodiatsepiineja johonkin toiseen sairauteen ja jotkut totesivat niistä luopumisen olevan vaikeampaa kuin korvaushoitolääkkeestä vieroittautumisen. Launosen (2013, 47-48) tutkimustulosten mukaan korvaushoidossa olevista potilaista noin puolella oli käytössään lääkärin määräämät rauhoittavat lääkkeet.

Bentsodiatsepiinit kuuluvat niin sanottuihin PKV-lääkkeisiin, jotka ovat pääasiassa keskushermostoon vaikuttavia. PKV-lääkkeitä käytetään kivun, ahdistuneisuuden sekä unettomuuden hoitoon ja ne ovat reseptilääke

valmisteita. PKV-lääkkeisiin liittyy lääkeriippuvuuden muodostumisen riski ja niitä usein myös väärinkäytetään. Opioidikorvaushoidossa erityisesti bentsodiatsepiinien hallitsemattomalla käytöllä voi olla hoidon onnistumisen kannalta merkittäviä haittoja ja seurauksena voi olla jopa hoidon päättäminen. PKV-lääkkeiden väärinkäytön riskien vuoksi ja turvallisen lääkehoidon toteutuksen tueksi on suositeltavaa laatia apteekkisopimus. Sopimuksella varmistetaan turvallisen ja hyvän lääkehoidon toteutusta. Päihdeongelma taustaisen potilaan lääkehoitoa tulee seurata tiiviisti ja etenkin hoidon alkuvaiheessa voidaan lääkkeet jakaa valvotusti. (Seppä ja Heinälä 2012, 62, 66-69.)

THL:n (2015a, 2, 3) ohjeessa määritellään PKV-lääkkeiden määräämistä ja toimittamista. Ohjeistuksen mukaan kaikki julkisen ja yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköt sekä itsenäiset ammatinharjoittajat, jotka ovat liittyneet valtakunnalliseen Kanta-palveluun, ovat velvoitettuja laatimaan PKV- ja huumausainereseptit sähköisesti 1.11.2015 alkaen. Toimintamallin mukaan reseptejä laadittaessa lääkkeen määrääjää velvoitetaan tekemään kysely Reseptikeskukseen potilaan olemassa olevista vastaavanlaisista lääkemääräyksistä. Reseptikeskuksesta palautetaan kysely lääkemääräyksen laatijalle kaikista potilaan PKV- ja huumausaineresepteistä. Tiedot palautetaan siitäkin huolimatta, että potilas olisi Omakanta-palvelussa asettanut reseptikohtaisen tietojen luovutuskiellon.

Erilaiset mielenterveyden häiriöt ja ongelmat ovat yleisiä korvaushoidossa olevilla potilailla (Tourunen ym. 2009, 423, 426; Vormaa ym. 2009, 1855). Hoidossa on tärkeää yhdistää sekä päihdeosaaminen että psykiatrinen osaaminen (Vormaa ym. 2009, 1857). Tehokkaalla opioidikorvaushoidolla mahdollistetaan parempi psykiatristen sairauksien hoito, koska hoidossa olevan potilaan opioidivaikutus tasaantuu ja näin ollen toimintakykyä haittaavat vieroitusoireet tai päihtymys eivät ole esteenä muulle hoidolle (Aalto 2015, 14). Päihde- ja mielenterveysongelmien arviointi ja hoito sekä siten myös lääkehoito pyritään keskittämään yhdelle hoitavalle taholle. Mikäli hoidon keskittämiseen ei ole edellytyksiä tulee päihde- ja mielenterveys-toimijoiden tehdä tiivistä yhteistyötä. (Seppä, Aalto, Alho ja Kiiänmaa 2012, 12-13.) Myös Mikkonen (2012, 94) toteaa erityisesti vakavien psyki-

atristen häiriöiden hoidon suunnittelun ja seurannan vaativan joissakin tapauksissa erikoislääkärin asiantuntemusta.

Korvaushoidon lääkehoitoa toteutetaan useinmiten valvotusti, lääkehaku toteutuu käytännössä lähes päivittäin (Partanen ym. 2014, 435; Pitkänen ja Simojoki 2011, 24). STM asetuksen (33/2008) 6 pykälässä säädetään lääkehoidon toteuttamisesta ja lääkkeen luovutuksesta potilaan otettavaksi vain valvonnan alaisuudessa. WHO:n suosituksissa (2009, 35-36) perustellaan valvottua lääkkeenottoa turvallisuuden varmistamiseksi ja hoitoon kiinnittymisen näkökulmasta. Lisäksi valvotulla lääkkeenotolla pyritään ehkäisemään sen väärinkäyttöä, kuten lääkkeen välittämistä tai suonensisäistä käyttöä. Siitäkin huolimatta, että valvottu lääkkeenotto on aikaa vievää, hoitoresursseja sitovaa ja kustannuksia lisäävää, suositellaan potilaan edunmukaisesti valvottua ja tiivistä lääkkeenottoa ainakin hoidon alkuvaiheessa. Lääkehoidossa buprenorfiini-valmisteiden valvonta sitoo enemmän resursseja, lääke liuotetaan kielen alla ja tapahtuma kestää keskimäärin 5-15 minuuttia. Lääkkeen sulattamisen varmistamiseksi voidaan vielä tarkistaa potilaan suu hoitotilanteen lopuksi. Metadon-valmisteiden valvonta on helpompaa, koska lääke on nestemäinen ja juotavassa muodossa, lääkkeenottoon menee vain muutama minuutti.

Opioidikorvaushoidossa käytettävien lääkkeiden luovutuksesta potilaalle säädetään STM asetuksen (33/2008) 6 pykälässä. Säädöksen mukaisesti potilaalle voidaan luovuttaa toimintayksiköstä enintään kahdeksan vuorokauden lääkeannos, edellytyksenä luovutukselle on potilaan hyvä hoitoon sitoutuminen. Erityisestä syystä ja poikkeuksellisesti voidaan hoitoon sitoutuneelle potilaalle luovuttaa toimintayksiköstä 15 vuorokausiannosta vastaava määrä. Myös WHO:n suositusten (2009, 36) mukaan voidaan kotiannoksia antaa, mikäli hoitoon sitoutuminen on hyvällä tasolla.

Kotiannosten tarkoituksena on vähentää hoidon kuormittavuutta ja helpottaa potilaiden arkea, esimerkiksi työssäkäyntiä ja päivien sisällön vapaampaa suunnittelua. Lisäksi myönteisenä vaikutuksena on kuntoutuksen tukeminen potilaan lisääntyvällä vastuunotolla hoidon onnistumiseksi. (Mikkonen 2012, 92; Pitkänen ja Simojoki 2011, 25.) Mikkonen (2012, 92) tuo

esille myös hyötynäkökulman hoitojärjestelmälle, hoidon kustannusten vähentymisenä ja hoitoresurssien vapautumisena.

Kotiin luovutettavissa lääkkeissä on omat tunnistetut riskinsä, ne voivat haitata potilaiden terveyttä ja kuntoutumista. Riskit voivat kohdentua kotilääkkeiden laittomaan jakamiseen ja myymiseen. Lisäksi kotilääkkeitä voidaan käyttää esimerkiksi alkoholin ja muiden rauhoittavien lääkkeiden kanssa, myös lääkkeiden suonensisäinen käyttö on mahdollista. Mahdollinen riski voi olla kotilääkkeiden päätyminen esimerkiksi lasten tai lääkkeisiin tottumattomien haltuun, jolloin seuraukset voivat olla vaarallisia. (Mikkonen 2012, 91-92; Pitkänen ja Simojoki 2011, 24.)

Suomessa kotilääkeannosten määräytyminen ja niiden myöntämisen kriteerit vaihtelevat huomattavasti korvaushoitoyksiköiden välillä. Myönnettäessä ja suunniteltaessa kotilääkeannoksia tulisi potilaan tilanne kartoittaa kokonaisvaltaisesti ja yksilöllisesti. Mikäli myöntämisen taustalla ja mittarina käytetään esimerkiksi yksittäisiä huumeeseulatuloksia, on mahdollista, että kotiannoksista hyötyvät potilaat eivät niitä saa ja toisaalta kotilääkkeitä voi päätyä potilaille, joille niitä ei kuuluisikaan antaa. Mikkonen on laatinut koosteen kotilääkeannoksien myöntämisessä huomioitavista tekijöistä, jotka esitetään kuviossa 4. (Mikkonen 2012,92.) Pitkäsen ja Simojoen (2011, 24-25) mukaan hoitopaikoissa joudutaan pohtimaan, miten vastata hoitomyönteisen potilaan tukemiseksi normaaliin elämään ja toisaalta, miten minimoidaan kotiannosten riskit yksilön ja yhteiskunnan tasolla. Käytännössä kotiannosten määräytymisen taustalla olevan oheiskäytön huomattava kontrollointi vaikeuttaa hoidossa tarvittavan luottamussuhteen rakentamista.



KUVIO 4. Opioidikorvaushoidossa kotiannoksien myöntämisessä huomiioon otettavia tekijöitä, mukaillen (Mikkonen 2012, 92)

Kotilääkeannosten riskien arviointiin ei Suomessa ole ollut käytettävissä yhtenäistä työvälinettä ja siten käytännöt hoitoyksiköissä ovat vaihtelevia. Käytäntöjen erilaisuus ei mahdollista potilaiden tasavertaista kohtelua. Pitkänen ja Simojoki (2011) testasivat Australiassa laaditun korvaushoitolääkkeen riskiarviointilomakkeen suomennettua ja Suomen oloihin muokattua versiota käytännön työvälineenä kotiannosten määräytymisessä. Lomakkeessa on 13 osa-aluetta, joiden mukaan kotilääkityksen riskejä arvioidaan. Testauksessa saatujen tutkimustulosten perusteella tutkijat pohtivat kotiannosten myöntämisen taustalla olevia erilaisia ratkaisuja, kuten onko perusteena yksilölliset ratkaisut, vaiko mahdolliset taloudelliset ratkaisut esimerkiksi vähäiset henkilöstöresurssit. Tutkijoiden mukaan yhteistä keskustelua ja yhdenmukaisia työvälineitä (esim. riskiarviointilomake) tarvitaan, jotta potilaat saisivat tasavertaista kohtelua hoitopaikasta riippumatta. Yksilön kannalta he pitävät kuitenkin tärkeimpänä luottamusta hoitosuhteessa ja yksilöllistä hoidon suunnittelua. (Pitkänen ja Simojoki 2011, 24-25.)

Lääkehoidon ja hoidon seuranta

Turvallisen lääkehoidon ja hoidon toteuttamisen varmistamiseksi seurataan potilaan tilaa ja hyvinvointia erityyppisillä menetelmillä. Siitäkin huolimatta, että potilas saa korvaushoitolääkettä voi opioidien aiheuttamia vieroitusoireita esiintyä. Vieroitusoireiden taustalla voi olla esimerkiksi vastikään käynnistynyt korvaushoito, riittämätön lääkeannos tai tarve vaihtaa korvaushoitolääke toiseen valmisteeseen. Lisäksi tulee huomioida mahdollinen lääkkeen väärinkäyttö. (Mikkonen 2012, 88, 90, 93.) Vieroitusoireita voidaan mitata erilaisilla mittareilla. SOWS (Subjective Opiate Withdrawal Scale) -mittaria täyttää potilas omien subjektiivisten tuntemustensa mukaisesti. Työntekijöiden käyttöön on COWS-mittari (Clinical Opiate Withdrawal Scale), jota käytetään kliinisen arvioinnin apuvälineenä. (Käypä hoito suositus 2012, 14; WHO 2009, 86-87). Hoidon seurannan välineinä käytetään myös huumehoidon tiedonkeruun Pompidou-lomaketta (Forsell ja Nurmi 2013, 40) sekä toimintakykyä kartoittavaa Paradise 24fin-lomaketta (Pitkänen, Kaskela, Tourunen, Levola ja Holopainen 2014).

Korvaushoitolääkkeistä metadon-valmiste saattaa aiheuttaa joillakin sydämen QT-ajan pidentymistä eli hidastaa sydämen sähköistä johtumista. Tästä johtuen potilas voi altistua vaarallisille rytmihäiriöille. QT-ajan mahdollista pidentymistä seurataan säännöllisesti EKG-tutkimuksella, joka tehdään myös ennen lääkehoidon aloitusta. (Mikkonen 2012, 91.) Laboratoriotutkimuksia voidaan käyttää lääkehoidon ja potilaiden fyysisen voiminnan seurannan tukena, esimerkiksi lääkeainepitoisuuksien mittauksessa tai maksan toimintaa selvittäville kokeilla. Pistospaikkojen tarkistus kuuluu niin ikään olennaisesti hoidon seurantaan. (WHO 2009, 19.)

Hoidon tukena ja hoidon seurannassa käytetään yleisesti huumeetestausta. Valvonnallisesta testauksesta voidaan puhua esimerkiksi silloin, kun kyseessä on ns. hoitosopimuspotilas. Sairaanhoidollisista syistä testauksia voidaan tehdä esimerkiksi raskaana oleville äideille sekä hoidon seurannan että diagnoosin varmistamisen vuoksi. Valvonnallisia huumeetestejä tehdään myös sosiaalihuollon tai muiden viranomaisten aloitteesta. Huumeetestaukseen kuuluu olennaisesti valvottu näytteenotto, käytännössä se

tarkoittaa luotettavan testituloksen saamista oikealta henkilöltä. Valvonnallisen testauksen positiivisella tuloksella voi olla potilaalle esimerkiksi oikeudellisia tai hoidollisia seuraamuksia, jonka vuoksi potilas saattaa yrittää testin manipulointia saadakseen negatiivisen tuloksen. (Seppälä 2012, 54.)

Huumetestauksessa ensivaiheen analyysillä tarkoitetaan seulaa, joka voidaan tehdä pikatestinä esimerkiksi syljestä tai virtsasta, joista virtsasta otettavaa testiä voidaan pitää varmempana testauksen muotona. Pikatestien tulokset ovat luettavissa muutaman minuutin kuluessa. Ne ovat yleensä immunologisia seulamenetelmiä ja saattavat antaa siten vääriä negatiivisia tai vääriä positiivisia tuloksia. Jotta on mahdollista saada oikeat positiiviset tulokset, tulee ensivaiheen analyysit varmentaa varmistusanalyysillä. Varmistusanalyysi on luotettava sekä spesifi usein massaspektrometrillä menetelmällä laboratorio-olosuhteissa suoritettu tutkimus. Mikäli varmistuksesta saadaan positiivinen testitulos, osoittaa se silloin ensivaiheen analyysissä olleen todettua ainetta. (Seppälä 2012, 55-57.)

Mykkänen, Kuoppasalmi, Tissari ja Henriksson (2015, 14) ovat laatineet suosituksen terveydenhuollollisesta huumetestauksesta. Suosituksen mukaan on terveydenhuollollinen huumetestaus pääsääntöisesti vapaaehtoista eli potilasta ei voida pakottaa näytteen antamiseen. Lisäksi huumetestien ja sen mahdollisten positiivisten tulosten merkitys potilaan hoidon kannalta tulee olla tarkasti kirjattuna hoitosuunnitelmaan. Potilaan hoidossa on huomioitava seulontamenetelmän herkkyys ja siten mahdollisuus väärin negatiivisiin tai positiivisiin tuloksiin. Erityisesti se on huomioitava silloin, kun johtopäätöksiä joudutaan tekemään ensivaiheen seulatestin perusteella ja näytteen varmistusta ei ole vielä saatavilla. Pikatestit tulee tehdä asiakkaan hoidon tarpeen mukaisesti, ei niiden helppokäyttöisyyden vuoksi. Yksittäisen testin tulosta ei saa käyttää potilaan hoidon, palvelun tai kuntoutuksen saatavuutta heikentävänä mittarina. Huumetestejä ei tehdä rutiininomaisesti kaikille, ne tehdään yksilöllisesti perustelluin syin.

Huumetutkimusta potilaalta pyydettyäessä on arvioitava tarkkaan minkälaisia seuraamuksia mahdollisesta positiivisesta tuloksesta voi potilaalle seu-

rata välittömästi näytteenoton jälkeen tai myöhemmässä vaiheessa. Mikäli seuraamukset koskevat esimerkiksi lastensuojelun asiakkuudessa olevan asiakkaan tapaamisoikeuden rajoittamista tai seuraamusten ollessa oikeudellisia, taloudellisia, sosiaalisia tai hoidollisia tulee ensivaiheen seulanäyte aina lähettää varmistusanalyysiin. Lisäksi näyte otetaan valvotuissa olosuhteissa. Ensivaiheen positiivisella tuloksella voi olla huomattavia haittoja esimerkiksi korvaushoidossa olevan potilaan kotiloman peruuntumiseen, koska varmistusanalyysin tulokset eivät ole sillä hetkellä saatavilla. Huumetutkimusta tehdessä on aina huomioitava ensivaiheen analyysin tuloksien käytettävyyteen liittyvät rajoitteet. (Mykkänen ym. 2015, 11, 14.)

Päihdehoidossa huumetestausta voi parhaimmillaan olla asiakasta motivoiva, asiakas saa hyvää palautetta negatiivisista tuloksista ja siinä ohessa saadaan tietoa hoitovasteesta. Huumetestausta voidaan käyttää myös päihtymistilan arvioinnin tukena. Päihdehoidossa tehtävät ensivaiheen huumetutkimusten positiiviset tulokset tulee niin ikään lähettää varmistusanalyysiin, poikkeuksia varmistuskäytännöissä saa tehdä ainoastaan erityistapauksissa. Mikäli toimitaan poikkeavasti, kirjataan menettelytapa ja sen perustelut potilas- tai asiakasasiakirjoihin. Poikkeava menettelytapa voi olla esimerkiksi korvaushoitopotilaan kohdalla, jonka seulontatuloksena on positiivinen vain korvaushoidossa käytettävän lääkkeen osalta. Kustannukset eivät riitä perusteeksi varmistuksen tekemättä jättämiselle. Mikäli potilas on kliinisen arvion perusteella päihtynyt ja ensivaiheen seulatuloksena on negatiivinen, tulee näyte varmentaa laajalla huume- ja lääkeainetutkimuksella. (Mykkänen ym. 2015, 15.)

Mykkäsen ym. (2015, 15) mukaan hyvää päihdehoitoa on asiakkaan kliinisen tilan ja päihtymystason arviointi jokaisen kohtaamisen yhteydessä. Päihtymystilan arvioinnissa he pitävät tärkeämpänä sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilöiden tekemää arvioita kuin ensivaiheen huume-seulatestiä. Haasteellisissa tilanteissa on arvio hyvä tehdä kahden työntekijän toteuttamana. Tukena päihtymystilan arvioinnissa on mahdollista käyttää myös uloshengitysilman alkoholimitausta. Arvio päihtymystilasta ja siihen liittyvät näkemykset kirjataan tarkasti hoitoa koskeviin asiakirjoihin.

3.3 Erityispiirteitä opioidikorvaushoidossa

Erityispiirteenä suomalaisten päihdekäytössä on päihdyttävien aineiden sekakäyttö sekä suonensisäinen käyttö (Simojoki, Pentikäinen, Fabritius ja Vuori 2012, 1737). Vuonna 2014 hoitoon hakeutuneista huumeasiakkaista 77 prosenttia oli käyttänyt huumeaineita pistämällä käyttöhistoriansa aikana ja 43 prosenttia edeltävän kuukauden aikana (Forsell ja Nurmi 2015, 13-14).

Opioidikorvaushoidon aikainen oheiskäyttö ja suonensisäinen käyttö

Opioidiriippuvaisten potilaiden vointi paranee pian korvaushoidon aloituksen jälkeen ja opioidiriippuvuus on hoidossa. Tästä syystä potilaiden moniongelmaisuus ja muut lääke- sekä huumeaineriippuvuudet tulevat esille melko pian hoidon käynnistyttyä. (Forsell ja Nurmi 2015, 7; Holopainen 2011, 100-101.) Opioidikorvaushoidon aikana käytettävät ylimääräiset opioidit tai muut huumeet ja lääkkeet sekä suonensisäinen käyttö luokitellaan hoidon aikaiseksi oheiskäytöksi. Erityisesti hoidossa puututaan opioidien oheiskäyttöön, koska korvaushoidon yhtenä tavoitteena on laittomien opioidien päihdekäytön lopettaminen. Oheiskäyttö johtaa yleensä ongelmiin, kuten lääkkeenotolta pois jäämiseen, jolloin vaarantuu myös turvallisen lääkehoidon toteuttaminen. Oheiskäytön vuoksi hoidon tehostaminen on usein tarpeellista ja perusteltua. Hoidon tehostamiseen liittyviä käytännön toimia esitellään taulukossa 2. (Mikkonen 2012, 93.)

TAULUKKO 2. Korvaushoidon tehostamiseen liittyviä toimenpiteitä, mukailen (Mikkonen 2012, 93)

- Tavataan potilasta useammin
- Lääkkeenhakuvälejä tihennetään
- Otetaan läheisiä tiiviimmin mukaan hoitoneuvotteluihin
- Huumeseuloja ja pistopaikkoja tutkitaan tiheämmin
- Järjestetään verkostopalaveri
- Psykologiset ja psykiatriset tutkimukset
- Muut toimintakyvyn tutkimukset
- Laboratoriokokeet

Launosen (2013, 43, 48, 50, 57-58) tutkimustulosten mukaan korvaushoitopotilaiden hoidon aikainen lääkkeiden ja päihteiden käyttö on yleistä. Tutkimuskyselyyn vastanneista korvaushoitopotilaista oli käyttänyt alkoholia 60 prosenttia, kannabista 33 prosenttia ja muita kuin lääkärin määräämiä PKV-lääkkeitä 33 prosenttia. Lisäksi muita huumeita oli käyttänyt 24 prosenttia vastaajista. Tulosten mukaan naisilla oli vähemmän päihde- ja lääkekäyttöä kuin miehillä. Ne korvaushoitopotilaat, jotka eivät mielestään saaneet tarpeeksi tukea hoitotavoitteisiin nähden, käyttivät tilastollisesti merkittävästi enemmän kannabista, muita huumeita, lääkärin määräämiä PKV-lääkkeitä sekä muualta saatuja PKV-lääkkeitä, kuin mielestään tarpeeksi tukea saaneet potilaat. Vastaajista 34 prosentilla oli ollut pistoskäyttöä edeltäneen kuuden kuukauden aikana, pistoskäyttöä esiintyi yleisemmin niillä potilailla, jotka eivät mielestään saaneet riittävää tukea. Tulosten mukaan pistoskäyttö väheni tilastollisesti merkittävästi korvaushoidon keston mukaan.

PKV-lääkkeiden käytön yleisyys oli Launosen (2013) mukaan yllättävä tutkimustulos, rauhoittavien lääkkeiden ja bentsodiatsepiinien käyttö oli hyvin yleistä (Launonen 2013, 58). Pregabaliinin väärinkäyttö päihdekäyttäjien keskuudessa on lisääntynyt, lääkkeellä tavoitellaan bentsodiatsepiinien kaltaista rauhoittavaa vaikutusta ja pyritään voimistamaan alkoholin tai opioidien vaikutusta (Vorma 2012, 729). Häkkisen (2015, 3) tutkimustulosten mukaan buprenorfiiniin liittyviin kuolemantapauksiin liittyi yleisesti alkoholi ja bentsodiatsepiini löydökset. Tulosten mukaan pregabaliini näyttäytyi huomattavan usein väärinkäytettynä etenkin alle 50 vuotiaiden menehtyneiden kuolemantapauksissa. Pregabaliini ja gabapentiini valmisteiden väärinkäyttö yhdessä opioidien kanssa käytettynä voi olla vaarallista.

Hoidettaessa oheiskäyttöä korvaushoidon aikana, käytetään päihderiippuvuuden hoitomenetelmiä, kuten laitoshoidojaksoja, mahdollisia lääkehoitoja tai erilaisia terapian muotoja. Ensisijaisena hoitomuotona voidaan toteuttaa avointa keskustelua. (Mikkonen 2012, 93.) Turvallisen hoidon toteuttamiseksi käytetään myös päihdehoidon seurannan menetelmiä ja välineitä, joita on kuvattu luvussa 3.2. Päihderiippuvuuden vakavuuden arviointiasteikko SDS on hyvä työväline oheiskäytön kartoituksessa. (SDS 2012).

Asiakkaiden kohtaaminen ja yhteistyösuhde

Perälän (2007, 265-266, 268-269) tutkimustulosten mukaan huumeiden käyttäjien yhteiskunnan tasolla kohtaamat negatiiviset asenteet ovat esteenä avun tarpeen toteutumiselle. Huumeita käyttävät asiakkaat kokivat suureksi ongelmaksi julkisissa palveluissa työskentelevien viranomaisten epäkunnioittavan kohtelun. Joillekin huumeiden käyttäjille jokainen kohtaaminen palvelujärjestelmässä on omaa ihmisyyttä ja yhteiskunnallista asemaa koetteleva kokemus. Asiakkaat kokivat kohtaamisen viranomaisien kanssa olevan kasvotonta ja välinpitämätöntä. Tulosten mukaan näyttääkin siltä, että julkisuudessa esiintyvien viranomaisten ja huumeiden käyttäjien väliset ongelmatilanteet ovat eräänlaista vastapuhetta. Käyttäjät vastaavat heihin kohdistuviin negatiivisiin asenteisiin odotusten mukaisesti käyttäytymällä esimerkiksi aggressiivisesti ajaessaan omia oikeuksiaan. Toimintamuoto tällaisenaan on kuitenkin tuhoisa, koska se vahvistaa entisestään kielteisiä asenteita huumeiden käyttäjien kohtaan.

Vaikuttavaksi todettua huumehoitoa ja erityisesti opioidikorvaushoitoa ei Skotlannin kansalaisille suunnatun kyselytutkimuksen tulosten mukaan arvosteta. Hoidosta ei olla valmiita maksamaan, koska yleisen mielipiteen mukaan huumeongelma on itse aiheutettua ja huumehoito on yhteiskunnan etujen hyväksikäyttämistä. Lisäksi huumehoidon vaikuttavuutta yleisesti kyseenalaistetaan. Tutkimustulosten mukaan huumehoitoon suhtauduttiin positiivisemmin, mikäli vastaajalla oli kokemusta ja tietoa huumehoidosta sekä huumeriippuvuuden luonteesta. Opioidikorvaushoitoa arvostettiin huumehoidoista vähiten sen osoitetusta vaikuttavuudesta huolimatta. Tutkijoiden mukaan tietoa huumehoidosta ja sen vaikuttavuudesta tuleekin yleisellä tasolla lisätä. (Matheson ym. 2013, 7-8.)

Raskaana oleviin päihteiden käyttäjiin kohdistuu usein leimaavia, syyllistäviä ja negatiivisia asenteita. Heitä syyllistetään huumeiden käytöstä, sikiön vahingoittamisesta ja heidän äitiyttään kyseenalaistetaan. Asenteet heitä kohtaan vaikeuttavat ja pitkittävät usein palveluihin hakeutumista. Jopa vaikuttavaksi osoitettua opioidikorvaushoitoa kohtaan on negatiivisia asenteita, ne ilmenevät niin toisten huumeiden käyttäjien kuin ammattilaisten ja

yhteiskunnankin taholta. Raskaana olevien hakeutumista hoitoon tulee tukea, he ovat oikeutettuja saamaan hoitoa sekä palveluita päihteettömyyden tukeen, kuntoutumiseen ja pyrkimykseen toimia lapsen parhaaksi. (Terplan, Kennedy-Hendrics & Chisolm 2015, 1-3; WHO 2014, 101.)

Erilaisten riippuvuuksista kärsivien asiakkaiden, kuten opioidiriippuvaisten kuntoutusprosessi on pitkäkestoinen ja vaatii ymmärrystä riippuvuusongelmien luonteesta sekä päihteiden käytöstä johtuvista ongelmista. Työskentelyssä asiakkaalle tulee asettaa selkeät, mutta inhimilliset rajat. Hoitosuhteessa luottamus syntyy yleensä melko hitaasti, luottamus on kuitenkin onnistuneen hoitosuhteen perusta. Riippuvuusongelmissa kuntoutusprosessi on asiakkaan motivoimista ja sitouttamista hoitoon, kuntoutusprosessin tulee perustua yksilöllisyyteen ja asiakaslähtöisyyteen. Lisäksi onnistuneessa hoitosuhteessa on merkittävää asiakkaan kokemus aidosta arvostuksesta ja huolenpidosta. (Simojoki 2015.)

Mielenterveys- ja päihdetyössä on Laitilan (2010) tutkimustulosten mukaan tärkeää asiakaslähtöinen yhteistyösuhde, jota voidaan luonnehtia aitona asiakkaan ja työntekijän vuorovaikutussuhteena. Suhde perustuu asiakkaan kohteluun aikuisena ihmisenä, yksilöllisyyteen, tasa-arvoisuuteen sekä ihmisarvon kunnioittamiseen. Työskentelyssä on huomioitava kokonaisvaltaisuus, joka merkitsee asiakkaan perheen, sosiaalisen verkoston, taloudellisten asioiden sekä fyysisen terveydentilan huomioimista, eikä keskity siten ainoastaan asiakkaan päihdeongelmaan tai psyykkiseen vointiin. Ristiriitojen sekä vaikeiden asioiden käsittely mahdollistetaan turvallisen ja luottamuksellisen suhteen avulla. Yhteistyösuhteen perustuessa vastavuoroisuuteen sekä voimavaralähtöisyyteen, on työntekijän tehtävä luoda asiakkaalle erilaisia mahdollisuuksia ja motivoida sekä tukea asiakasta. Yhteistyösuhteessa tärkeimpänä voidaan pitää asiakkaan omia voimavaroja, motivaatiota, vastuuta sekä kykyä asettaa omia tavoitteita. (Laitila 2010, 144.) Sosiaalihuoltolain (1301/2014) 30 §:n 1. momentin mukaan asiakasta on kohdeltava hyvin ja ilman syrjintää. Asiakasta tulee kohdella siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata. Lisäksi asiakkaan yksityisyyttä ja vakaumusta tulee kunnioittaa sosiaalihuoltoa toteutettaessa.

Lastensuojelu

Päihdehoitoon vuonna 2014 hakeutuneista täysikäisistä huumeita käyttävistä asiakkaista 42 prosentilla oli vähintään yksi lapsi, asiakkaista ainoastaan 14 prosenttia asui alaikäisen lapsen kanssa. Alle kouluikäisten vanhemmista oli lastensuojelun tukitoimien piirissä 80 prosenttia, jolloin lapset asuivat lastensuojelun tukemana vanhempansa kanssa, lastensuojelun sijoittamana erillään vanhemmista tai toisen vanhempansa kanssa. (Forssell ja Nurmi, 2015, 4.) Päihdepalveluissa kartoitetaan jokaisen hoitoon hakeutuneen huume- tai lääkeaineriippuvaisen aikuisen perhetilanne, lasten mahdollinen tuen tarve sekä lastensuojelun tarve. Tarvittavat lastensuojelun tukitoimenpiteet ja niiden koordinointi edellyttävät tiivistä yhteistyötä lastensuojelun toimijoiden kanssa. (Partanen ja Holopainen 2012, 80-81.) Lastensuojelun ilmoitusvelvollisuudesta säädetään lastensuojelulain 25 §:ssä. Ennakollisesta lastensuojeluilmoituksesta säädetään lastensuojelulain pykälässä 25 c, se tulee tehdä, mikäli on perustellusti syytä epäillä syntyvän lapsen tarvitsevan lastensuojelun tukitoimia välittömästi syntymänsä jälkeen. (Lastensuojelulaki 417/2007.)

Pitkäsen, Kaskelan, Halmeen ja Perälän (2014, 75, 96) tutkimustulosten mukaan asiakkaiden hoitoon hakeutumista vaikeutti usein pelko lastensuojelua ja lastensuojelun toimenpiteitä kohtaan. Sosiaalihuoltolain (1301/2014) 35 pykälän mukaan yhteydenotto sosiaalihuoltoon tuen tarpeen arvioimiseksi on riittävä myös joissakin aikaisemmin lastensuojelun ilmoitusta vaativissa tilanteissa. Lastensuojelulain (417/2007) 25 a §:n mukaisesti ilmoitusvelvollisuus voidaan toteuttaa myös asianosaisen kanssa yhdessä tehtynä yhteydenottona sosiaalihuoltoon. Yhteydenotto tulee tehdä viipymättä ja ilmoitusvelvollisen tulee ilmoittaa ilmoituksen syyt.

Lähisuhde- ja perheväkivalta

Lähisuhde- ja perheväkivallan kartoittaminen on tärkeää päihdeongelmista kärsivien asiakkaiden hoidossa, erityisen tärkeää se on raskaana olevan päihteitä käyttävän asiakkaan hoidossa. Päihteitä käyttävät naiset kohtavat hyvin usein fyysistä ja seksuaalista väkivaltaa sekä häirintää (WHO

2009, 51). Päihdepalveluita käyttäneistä vanhemmista useat olivat kokeneet lähisuhdeväkivaltaa, jopa 13 prosentilla palveluihin hakeutuneista asiakkaista oli tämä kokemus (Pitkänen ym. 2014, 68). Lähisuhde- ja perheväkivallan kirjaamisen sekä puheeksi ottamisen tukena käytetään strukturoituja lomakkeita (THL 2015b). Sosiaalihuoltolain (1301/2014) 11 §:n mukaan lähisuhde- ja perheväkivallasta sekä muusta väkivallasta ja kaltoinkohtelusta aiheutuvaan tuen tarpeeseen tulee vastata järjestämällä tarpeen mukaisia sosiaalipalveluita. Kanste, Halme, Nykänen ja Perälä (2014, 119) esittävät tutkimustulostensa mukaan päihdepalveluissa vanhemmuuteen liittyvien huolien usein kohdentuvan lähisuhdeväkivaltaan. Päihdepalveluyksiköissä tämä oli huomioitu hyvin, jopa 40 prosentilla yksiköistä oli käytössään kirjalliset menettelytavat huolen kohtaamiseen lähisuhdeväkivallasta.

3.4 Psykososiaalinen tuki ja kuntoutus opioidikorvaushoidossa

Käypä hoito-suosituksen (2012, 9-10) ja STM asetuksen (33/2008) mukaan tulee korvaushoittoon liittää psykososiaalinen tuki. Suosituksessa psykososiaalisen tuen muotoina kuvataan mm. kahdentoista askeleen hoito, kognitiivinen käyttäytymisterapia, motivoiva haastattelu, palkkiohoito, palveluohjaus, ratkaisukeskeinen terapia, retkahdusten ehkäisy ja yleinen tukeminen. Suosituksen mukaan käytännössä hoitomuotoja ei ole aina valittavissa ja käytännöt ovat vaihtelevia, siinä korostetaan kaikkiin hoitomuotoihin kuuluvan asumisen, toimeentulon, työn ja vapaa-ajan tukeminen yhteistyössä sosiaalitoimen kanssa. (ks. myös WHO 2014, 9; WHO 2009, 19-20.)

Simojoki ym. (2012, 1737-1738) toteavat, että korvaushoidossa olevien moniongelmaisten potilaiden ensisijaisena haasteena on kokonaisvaltainen turvallisuus. Heidän mukaansa moniongelmaiset potilaat tarvitsevat monipuolista psykososiaalista tukea ja kuntoutusta korvaushoitolääkityksen lisäksi, jotta toipumisen tavoitteellinen eteneminen olisi mahdollista varmistaa. Edellä kuvatun lähtökohdan tulisi heidän mukaansa näkyä myös haittoja vähentävässä hoidossa olevien potilaiden kohdalla, jotta

hyvän hoitosuhteen rakentuessa olisi mahdollista valmentaa potilaita kuntouttavaan korvaushoittoon. Hyvän hoidon perustana on yksilöllinen hoidon suunnittelu, jolloin hoidon voidaan katsoa pohjautuvan kuntouttavaan ja motivoivaan otteeseen sekä potilaan osallistamiseen omaan hoitoonsa (ks. myös Varjonen 2015, 63). Tämän näkökulman mukaisesti tulee toteuttaa niin kuntouttavaa kuin haittoja vähentävääkin korvaushoitoa. STM asetuksen (33/2008) 3 pykälässä muistutetaan haittoja vähentävän korvaushoidon valmentavasta otteesta vaativampaan kuntouttavaan korvaushoittoon.

Vuonna 2002 laaditussa kuntoutusselonteossa määritellään kuntoutusta ihmisen tai ihmisen ja ympäristön muutosprosessina. Kuntoutus on suunnitelmallista sekä monialaista. Kuntoutuksen muutosprosessin tavoitteena voidaan kuvata olevan kuntoutujan itsenäisen selviytymisen, toimintakyvyn ja yleisen hyvinvoinnin edistäminen. Selonteossa selvitetään kuntoutuksen eroavaisuutta tavallisesta hoidosta kuntoutuksen monialaisuuden ja siinä käytettävien menetelmien vuoksi. Samassa yhteydessä tuodaan esille hoidon ja kuntoutuksen vaikea rajaus erilaisissa tilanteissa, toisaalta pohditaan myös rajojen vetämisen tarpeettomuutta. Selonteossa muistutetaan kuntoutuksen ydinkysymyksistä, joissa tulee ottaa huomioon kuntoutujan oma osallisuus sekä ympäristöön vaikuttaminen kuntoutuksen prosessissa. Päihdekuntoutuksessa tulee kohdentaa erityisiä toimenpiteitä mm. päihderiippuvuudesta tai sen liitännäisongelmista, kuten psyykkisistä ongelmista kärsiviin ihmisiin. Päihdekuntoutuksen katsotaan olevan vaikuttavaa. Huumeriippuvaisten kuntoutuksen vaikuttavuus on mitattavissa esimerkiksi rikollisuuden tai riskikäyttäytymisen vähentymisenä. (STM 2002, 3, 16.)

Järvikosken (2013, 47, 55) mukaan sosiaalisella kuntoutuksella tavoitellaan kuntoutujan arkipäivän välittömistä toiminnoista selviytymistä, vuorovaikutussuhteiden sekä toimintaympäristön roolien palauttamista tai niiden saavuttamista. Kuntoutujan yhteiskunnallista osallisuutta vahvistetaan tukemalla itsenäistä suoriutumista, sosiaalista toimintakykyä sekä sosiaalista vuorovaikutusta. Kuntoutujalle luodaan edellytyksiä osallistumiseen ja tuetaan kuntoutujan sosiaalisten verkostojen toimivuutta. Lisäksi tuetaan kun-

toutujan taloudellista turvallisuutta, asumista ja liikkumista. Sosiaalinen kuntoutus tavoittelee ensisijaisesti tuen tarpeessa olevien tai erilaisista syistä syrjäytyneiden henkilöiden yhteiskunnallisen ja yhteisöllisen osallisuuden vahvistamista. Sosiaalihuoltolain (1301/2014) 17 pykälän mukaisesti sosiaalinen kuntoutus on sosiaalityön ja sosiaaliohjauksen keinoin annettavaa tehostettua tukea sosiaalisen toimintakyvyn vahvistamiseksi, syrjäytymisen torjumiseksi ja osallisuuden edistämiseksi. Siihen kuuluu mm. sosiaalisen toimintakyvyn ja kuntoutustarpeen selvittäminen, kuntoutusneuvonta ja -ohjaus sekä tarvittaessa kuntoutuspalvelujen yhteensovittaminen sekä valmennus arkipäivän toiminnoista suoriutumiseen ja elämänhallintaan.

Lääkinnällisen eli toimintakyvykuntoutuksen keskeisenä alueena Järvikoski (2013, 54) kuvaa erilaiset elin- ja elämäntapoihin liittyvät asiat. Niin sanotun elämäntapakuntoutuksen voidaan katsoa sisältävän elämäntapamuutosten mahdollistamisen mm. erilaisten fyysisten, sosiaalisten ja taloudellisten ratkaisujen avulla kuntoutujan opetuksen ja ohjauksen lisäksi. Toimintakyvykuntoutuksella tavoitellaan kuntoutujan fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn kohenemistä sekä pyritään estämään toimintakyvyn alentumista entisestään.

Kankaanpää (2013, 101, 105) on tutkielmassaan selvittänyt opioidiriippuvaisten korvaushoidosta onnistuneesti irrottautuneiden toipumisprosessia, siinä selvitettiin asiakkaiden kuntoutumisen kannalta merkityksellisiä tekijöitä. Tutkielman tuloksena muodostui korvaushoidossa kuntoutumista kuvaava kolmen askeleen malli: ensimmäinen askelma muodostuu korvaushoidon aloituksesta ja haittojen vähentämisestä, toisella askelmalla tapahtuu kuntoutusmotivaation todellinen herääminen ja asiakkaan päihteettömyyteen sitoutuminen. Mallin kolmannella askelmalla tapahtuu hoidosta irrottautuminen sekä asiakkaan toipuminen ilman hoidon asettamia rajoja. Tulosten mukaan prosessin kaikissa vaiheissa on yksilöllisesti kuntoutumista tukevia tekijöitä ja kuntoutujan identiteetti on jatkuvassa muutoksessa prosessin ajan. Asiakkaan vähitellen tapahtuva kiinnittyminen yhteiskuntaan sekä sosiaalisten verkostojen uudelleen luominen ovat oleellinen osa kuntoutumisen prosessia. Prosessin aikana asiakkaan oma sisäinen

elämänhallinta ottaa vallan entiseen korvaushoidon mukanaan tuomaan ulkoiseen elämänhallintaan nähden. Merkittävänä tuloksena kuntoutusprosessissa oli haittojen vähenemisen ja päihteettömyystavoitteiden asettuminen toisiaan seuraaviksi vaiheiksi, eivät toisilleen vaihtoehtoisiksi.

Palveluohjaus

Palveluohjaus on toimintaa, jossa koordinoidaan eri ammattialojen asiantuntijoiden ja samanaikaisesti usean asiantuntijan apua tarvitsevan asiakkaan välille tarkoituksenmukaisin palvelukokonaisuus. Palveluohjauksen voidaan katsoa muodostuvan kolmesta erityyppisestä ohjauksen muodosta. Se voi olla asiakkaan neuvontaa ja ohjausta, palveluohjauksellista työotetta tai intensiivisempää yksilöohjausta. Edellä kuvattuja ohjauksen muotoja on mahdollista käyttää asiakastyöskentelyn eri vaiheissa, asiakkaan yksilöllisten tarpeiden mukaisesti. Sosiaali- tai terveysalan ammattilainen voi toteuttaa palveluohjausta asiakastyöskentelyssä oman varsinaisen työnsä ohessa. Keskeistä palveluohjauksessa on asiakkaan omien voimavarojen tukeminen ja tulevaisuuteen suuntautuva työote. Asiakaslähtöisessä työskentelyssä asiakas kohdataan yksilönä ja kumppanina unohtamatta kokonaisuutta palveluntarpeen taustalla. Yhtenä palveluohjauksen tärkeimmistä tavoitteista voidaan pitää asiakkaan voimaantumista. (Hänninen 2007, 11, 13-15.) Hesse, Vanderplasschen, Rapp, Broekaert & Fridell (2007, 11) esittävät tutkimustulostensa perusteella, että voimavaralähtöinen palveluohjaus on osoittautunut kaikkein tehokkaimmaksi ohjauksen muodoksi.

Huumeongelmaisten käypähoitosuosituksessa (2012, 9) palveluohjauksen todetaan olevan yksi psykososiaalisen hoidon ja – kuntoutuksen muoto. Hessen ym. (2007, 11) tutkimustulosten mukaan palveluohjauksella ei voi korvata päihteiden käyttäjien palveluita, mutta se tulisi huomioida palveluita vahvistavana sekä täydentävänä muotona. Hänninen (2007,11) pitää palveluohjausta erityisen käyttökelpoisena menetelmänä silloin, kun asiakkaalla ilmenee monimuotoinen ja pitkäkestoinen palveluntarve. Myös Hesse ym. (2007, 11) toteavat, että palveluohjauksella olisi todennäköisesti vaikuttavuutta niiden asiakkaiden kohdalla, joilla on useiden palveluiden

yhtäaikainen tarve. Huumeongelmaisella on usein terveyshaittojen lisäksi monia eri alueiden ongelmia, jolloin palveluntarve kohdentuu usealle eri sektorille ja niiden toimijoille (Käypä hoito-suositus 2012, 2; ks. myös Kas-kela ym. 2011, 24; Tourunen ym. 2009, 426; Vormo ym. 2009, 1857).

Päihdeongelmaisten ja sosiaalisista ongelmista kärsivien asiakkaiden tie-don, tuen ja ohjauksen tarve tulee esille sekä Laitilan (2010) että Latvalan (2007) tutkimusten tuloksissa. Laitilan (2010, 107, 165) tutkimustulosten mukaan asiakkaat toivovat esimerkiksi luentoja sekä teoretietoa erilaisista sairauksista, oireista ja lääkehoidosta, lisäksi annettavan tiedon tulisi hei-dän mukaansa olla ymmärrettävässä muodossa. Tulosten mukaan asiak-kailla on tarve saada perustelut erilaisille ratkaisuille, joita kuntoutuksen ja hoidon aikana tehdään. Asiakkaat kokivat myös tarvitsevansa lisää tietoa päih-teistä sekä niihin liittyvistä kysymyksistä. Latvalan (2007, 59, 68) tut-kimuksessa haastateltiin sosiaalitoimiston toimeentulotukiasiakkaita, tulos-ten mukaan asiakkaat kaipasivat enemmän ohjausta, tukea ja tietoa oman tilanteensa ratkaisemiseksi. Tulokset osoittivat myös, että mitä pidempään asiakas on ollut toimeentulotuen asiakkuudessa sitä enemmän sosiaalisen tuen, ohjauksen ja neuvonnan tarve lisääntyy.

Ryhmätoiminta ja vertaistuki

Groh, Jason ja Keys (2007) tutkivat laajassa kirjallisuuskatsauksessaan sosiaalisen verkoston muuttujia AA toiminnassa. Tutkimustulosten mukaan vertaistukiryhmistä hyötyivät eniten ne osallistujat, joilla oli vaikutuksiltaan huonoin sosiaalinen verkosto. Tulosten mukaan on suositeltavaa, että päih-teiden- ja huumeiden käyttäjät hakeutuisivat sellaisiin palveluihin, jois-sa on tarjolla sosiaalista tukea. Erityisesti kyseisiä palveluita tulisi suositel-la niille asiakkaille, joiden olemassa olevat verkostot eivät tue heidän päih-teettömyyttään. (Groh, Jason & Keys 2007, 18.) Jantusen mukaan (2010, 97) vertaistukimuodot ja vertaistoiminta ovat osalliseksi tulemisen ja osal-listumisen keinoja eri syistä syrjäytymisvaarassa oleville tai ulkopuolisuutta kokeville. Vertaisryhmässä tai -toiminnassa on mahdollista vahvistaa osal-lisuuden kokemuksia onnistuneen vuorovaikutuksen kautta, jota myös

ammattilaisten ohjaamassa toiminnassa tulisi hyödyntää. Vertaistuki tulisi nähdä myös ammatillisia hoitomuotoja täydentävänä mahdollisuutena.

Ryhmätoiminnalla ja vertaistuella vahvistetaan psykososiaalisen tuen kokonaisuutta. Siekkisen (2008, 61) tutkimustulosten mukaan vertaistukiryhmät luovat rutiineja, jotka auttavat jäseniä pysymään normaalissa päivärhythmissä. Ryhmiin osallistuminen lisää jäsenten arjen- ja elämänhallinnan keinoja. Jaksamista edesauttaa sosiaalinen vuorovaikutus sekä ihmissuhteet. Laitilan (2010, 102) tutkimustulosten mukaan asiakkaat kokivat vertaistuen olevan ymmärrystä, empatiaa ja tasavertaista hengenheimoisuutta. Jotkut haastatellut kertoivat vertaistuen ja ryhmien olleen heille paras apu.

Moniammatillinen yhteistyö ja verkostotyöskentely

Nummenmaa (2011, 178) kuvaa moniammatillisuuden toteutuvan ja ilmeväen erilaisten organisaatioiden ja toimijoiden arjessa niin sisäisinä kuin ulkoisinakin yhteistyösuhteina. Katajamäen (2010, 26) tutkimustulosten mukaan monialaisuus ja moniammatillisuus liittyvät käsitteinä toisiinsa. Monialaisuus on eri ammattialojen osaamisen tunnistamista sekä hyödyntämistä ja moniammatillisuus käsitteellä kuvataan olevan sekä yhteisöllinen että yksilöllinen luonne. Isoherranen (2012, 139-140) kuvaa tutkimustulostensa mukaan moniammatillisen yhteistyön mallin koostuvan mm. foorumeista yhteistyön arvioinnille ja luomiselle sekä organisaatorajojen sujuvasta ylittämistä. Kun tiimityöskentely ja yli sektorirajojen ylittyvä moniammatillinen yhteistyö sekä verkostotyö on sujuvaa antaa se voimavaroja työskentelyyn niin asiakkaan kuin työntekijänkin näkökulmasta (ks. Isoherranen, Rekola ja Nurminen 2008, 35; Katajamäki 2010, 97; Nummenmaa 2011, 182).

Holmberg (2010, 151) esittää moniammatillisen työskentelyn muodostuvan jaetuista tiedoista, taidoista ja kokemuksista joita hyödynnetään koordinoitusti niin, että se on hoidettavan ihmisen elämää tukevaa ja laadukasta auttamistyötä. Hänen mukaansa yhteinen työ, käsiteltävien asioiden avoin

dialogi ja pohdinta tuottavat monipuolisemman tuen asiakkaalle kuin yksittäisten irrallisten toimijoiden tekemä työ.

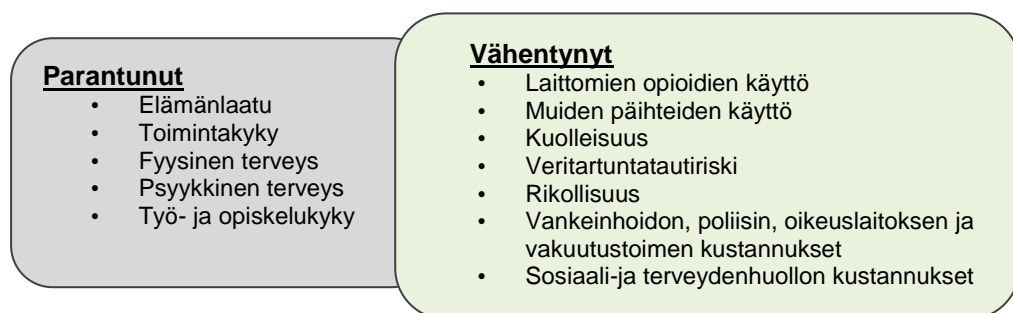
Moniammatillinen yhteistyö ja verkostotyöskentely ovat keskeinen osa korvaushoidon toteutusta ja kuntoutusta. Moniammatillisen yhteistyön toteutuksessa on Isoherrasen ym. (2008, 35) mukaan huomioitava asiakaslähtöisyys, tiedon kokoamisen mahdollisuus, vuorovaikutustaidot, roolien muutokset ja yhteydet verkostoihin. Sosiaalihuoltolain 41 §:n mukaisesti sosiaalihuoltoa tulee toteuttaa yhteistyössä eri toimijoiden kanssa, jotta eri hallinnonalojen palveluilla on mahdollista muodostaa asiakkaan etujen mukainen kokonaisuus (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014). Toimijoiden yhteistä näkemystä hoidosta ja siihen liittyvien palveluiden tarpeesta on tärkeää lisätä asiantuntijatiedon jakamisella sekä palveluiden yhteisellä kehittämisellä ja organisoinnilla. Verkostoyhteistyötä tulee hyödyntää asiakkaan tarpeiden mukaan, siten että asiakkaalle voidaan tarjota paras mahdollinen hoito. (ks. Kanste ym. 2014, 147: STM 2015, 20.) Seikkula ja Arnkil (2005, 164) kuvaavat asiakkaan läheis- sekä työntekijäverkostojen dialogeissa muodostuvan jaettua asiantuntemusta. Menetelmiä keskeisempinä käytännön tarkasteluissa on ajattelutapa, asennoituminen ja kohtaaminen.

Erityisesti lapsiperheiden ja lastensuojelun asiakkaiden kanssa tehtävässä yhteistyössä tulee palvelujärjestelmästä ja palveluiden sisällöstä olla riittävästi tietoa, jotta palvelut on mahdollista kohdentaa juuri asiakkaan tarpeiden mukaisesti. Halmeen, Perälän ja Laaksosen (2010, 94) mukaan lapsiperheiden yhteistyöinterventioilla, kuten moniammatillisten verkostojen kokoamisella ja kumppanuuskoulutuksella lisätään moniammatillisuutta ja verkostoitumista. Näillä menetelmillä vahvistetaan mm. yhteisiin toimintatapoihin sitoutumista, palveluiden suunnittelua, kumppanuuden toteuttamista sekä perheiden kohtaamista. Kansteen ym. (2014, 173) mukaan vanhemmille suunnattujen päihdepalveluiden hyvä tuntemus oli yhteydessä kumppanuustyöskentelyyn, vanhempien osallisuuden tukemiseen ja lapsiperheiden huolten kohtaamiseen.

3.5 Opioidikorvaushoidon vaikuttavuus

Lääkkeellinen korvaushoito on osoittanut tehokkuutensa hoitomuotona, joka mahdollistaa asiakkaiden kuntoutumisen, huumeiden käyttöön liittyvien terveyshaittojen ehkäisyn ja hoitoon sitoutumisen. (Vorma ym. 2009, 1850.) Opioidiriippuvaisten korvaushoidolla voidaan osoittaa olevan merkittäviä hyötyjä asiakkaiden elämänlaatua parantavana tekijänä. Asiakkaiden elämäntilanne rauhoittuu, ihmissuhteet paranevat, suhteet lapsiin kohentuvat ja jopa huostaanottoja on mahdollista purkaa. Yleisellä tasolla hoidossa olevien asiakkaiden kyky omien asioiden hoitamiseen vahvistuu, asuminen sekä toimeentulo säännöllistyvät ja asiakkaiden työllistyminen mahdollistuu. Rikollisuus vähenee huomattavasti tai loppuu kokonaan. Korvaushoidon vakiintuessa voidaan osoittaa muiden huumeiden käytön ja huumeisiin liittyvien terveysriskien vähentyneen. (Tourunen ym. 2009, 424 - 425; Vorma ym. 2009, 1855.)

Opioidiriippuvaisten korvaushoidossa parhaimmat tulokset saavutetaan yhdistämällä lääkkeellinen hoito ja kuntoutus sekä muu hoito asiakkaan yksilöllisten tarpeiden mukaisesti (Mikkonen 2012, 86). Kuviossa 5 esitetään Mikkosen (2012, 87) laatima kooste, jossa kuvataan opioidikorvaushoidolla ja kuntoutuksen yhdistelmällä saavutettuja tuloksia.



KUVIO 5. Opioidikorvaushoidon ja kuntoutuksen yhdistelmällä saavutetut tulokset (Mikkonen 2012, 87)

Kaskelan ym. (2011, 24-25) tutkimustulosten mukaan jopa 90 prosenttia haastatelluista korvaushoidossa olevista asiakkaista koki elämäntilanteensa muuttuneen parempaan suuntaan. Monet asiakkaista uskovat olevansa hengissä korvaushoidon ansiosta. Asiakkaiden hoidolle asettamat tavoitteet kohdentuivat työn tai opiskelun mahdollistamiseen, perhesuhteiden ja terveyden kohentamiseen sekä laajemmin elämän tasoittumiseen. Asiakkaiden asettamien tavoitteiden mukaisesti hoidolla oli merkittävä vaikutus asiakkaiden elämäntilanteen kohentamiseen, suurin muutos hoidolla oli osoitettavissa rikollisuuden ja huumeidenkäytön vähentymiseen liittyvänä tekijänä.

Kankaanpään (2013, 81, 99, 105, 107) tutkielman tulosten mukaan opioidiriippuvaisten korvaushoidolla on ollut merkittävä vaikutus kuntoutujien toipumiseen, korvaushoidolla mahdollistetaan psykososiaalinen kuntoutuminen sekä yhteiskuntaan kiinnittyminen. Ensisijaisen tärkeänä korvaushoidossa on yhteiskuntaan kiinnittävien toimintojen edistäminen asiakkaiden elämässä. Asiakkaiden kuntoutumisen kannalta on päihitteettömän sosiaalisen verkoston muodostaminen olennaista. Tuki arjen taitojen ja hallinnan vahvistamiseen, asumistilanteen vakiinnuttaminen, perhe-elämään tukeminen sekä työhön tai opiskeluun kiinnittyminen edistävät kuntoutumista. Korvaushoidon toteutuksessa asiakkaat pitivät erityisen tärkeänä panostamista sosiaaliseen kuntoutukseen riippuvuudesta toipumisen prosessissa. Kuntoutujat kokivat toiminnan arkipäivinä kannattelevan päihitteettömyyttä. Tulosten mukaan hoidon tavoitteellista etenemistä edisti hoidon suunnitelmallisuus, jolloin saavutettujen välitavoitteiden kautta päästiin pitkän tähtäimen tavoitteisiin.

Psykososiaalisesti tuetulla opioidikorvaushoidolla on tutkitusti vaikuttavuutta raskaana olevan opioidiriippuvaisen hoitomuotona. Syntymättömän lapsen elinvoimaisuuden ja parempien kasvuedellytysten kannalta on tasapainoitettu ja intensiivinen hoito aina parempi vaihtoehto kuin hoidotta jättäminen. Hoito mahdollistaa raskaana olevan yleisen terveydentilan kohentamisen, psyykkisen hyvinvoinnin vahvistumisen ja vanhemmuuteen tukemisen. (Terplan ym. 2015, 3; WHO 2014,101.) Raskauden aikana korvaushoidossa olevat ovat usein motivoituneita pyrkimään päihittettö-

mään elämään ja sitoutuvat hyvin hoitoon syntymättömän lapsensa hyvinvoinnin turvaamiseksi. Hoidon yhtenä tärkeimmistä vaikuttavuuden mittareista voidaan katsoa olevan vastasyntyneen huostaanoton välttäminen ja kotiutuminen biologisen vanhemman luo. (ks. Terplan ym. 2015, 3.)

4 KEHITTÄMISMENETELMÄT JA KEHITTÄMISTOIMINTA

4.1 Toimintatutkimus

Tässä kehittämishankkeessa käytettiin lähestymistapana toimintatutkimusta. Toikon ja Rantasen (2009, 30, 51) mukaan toimintatutkimuksen käytännön toteutus edellyttää käytännön, reflektion sekä suunnittelun ja toteutuksen vuorottelua kokeilevina vaiheina. Toimintatutkimukselle on tyypillistä, että kehittämistyön aikaiset havainnot ohjaavat prosessin etenemistä ja sitä on haastavaa etukäteen suunnitella. Prosessimaisessa kehittämistyössä kehittäjän tulee luopua selkeistä rajatuista suunnitelmista. Saaranen-Kauppinen ja Puusniekan (2009, 41-42) mukaan toimintatutkimuksessa yritetään muuttaa olemassa olevia käytäntöjä. Toimintatutkimukselle on tyypillistä etsiä ratkaisuja ongelmiin tutkimuksen avulla sekä käytännöissä toimivien ihmisten aktiivinen osallistaminen tutkimukseen. Toimintatutkimuksella tuotetaan tietoa muutoksesta ja toiminnasta, olennaista on pyrkimys edistää ja parantaa asiantilojen muutosta mahdollisimman reaaliaikaisesti.

Toimintatutkimuksen perussykliin kuuluvat Linturin (2003) mukaan toiminnan suunnittelu, toiminta, toiminnan havainnointi ja reflektointi. Seuraavan syklin on mahdollista käynnistyä edellisen syklin reflektoinnin jälkeen, joka mahdollistaa tarkistetun suunnitelman, toteutuksen ja havainnoinnin, joita toteutuneen syklin lopuksi taas reflektoidaan. Tutkimusprosessissa edellä kuvattujen vaiheiden pyrkimyksenä on kehittää toimintaa jokaisella syklillä. Linturi (2003) kuvaa tutkijan toimivan toimintatutkimuksessa ryhmän aktiivisena jäsenenä. Tutkimukseen osallistuvat toimivat koko tutkimusprosessin ajan tasavertaisina toimijoina. Tässä kehittämishankkeessa kehittäjä toimi tasavertaisena ja aktiivisena toimijana työryhmän jäsenten kanssa, kohderyhmä eli toimijat on rajattu tässä työssä työntekijöihin.

Kehittämishankkeen toteutuessa toimintatutkimuksena ja edetessään tutkimukselle tyypillisesti sykleittäin on luontevaa kuvata työn toteutusta spiraalimallin mukaisesti. Spiraalimalli kuvaa kehittämistä jatkuvana syklinä,

jossa työn tehtävät eli perustelu, organisointi, työn toteutus ja arviointi muodostavat kehän. Työ etenee uusilla kehillä edellisen kehän arvioinnin jälkeen. Mallissa korostuu jatkuva arviointi, reflektointi ja vuorovaikutus. Spiraalimalli tunnistaa ihmisen oppijana ja luovana toimijana sekä yhteisöllisen työskentelytavan ja työskentelyn moniulotteisuuden. Mallin mukainen kehittäminen on pitkäaikainen ja jatkuva prosessi, sillä työn kokoaikainen arviointi tarkentaa työn perustelua, toteutusta ja arviointia. (Salonen 2013, 14-15; Toikko ja Rantanen 2009, 66-67.)

Työntekijöiden osallistaminen tämän kehittämishankkeen prosessiin toimintatutkimuksen luonteen mukaisesti oli keskeinen työn toteutukseen ja aineiston hankintaan liittyvä tekijä. Alasoinin (2011, 30-31) mukaan henkilöstöä osallistavissa lähestymistavoissa henkilöstön roolia voidaan kuvata aitona ja itsenäisenä osapuolena muutosten suunnittelussa ja toteutuksessa. Dialogista lähestymistapaa hyödyntämällä saadaan eri osapuolet keskinäisen vuorovaikutuksen avulla kuuntelemaan ja ymmärtämään toisiaan sekä analysoimaan kriittisesti omia lähtökohtiaan ja myös muuttamaan niitä. (ks. myös Toikko ja Rantanen 2009, 99.)

Toikon ja Rantasen (2009, 89-91) mukaan kehittämistoiminnan ollessa sosiaalinen prosessi on sen edellytyksenä ihmisten aktiivinen osallistuminen ja vuorovaikutus. Toimijoiden osallistamista voidaan pitää mahdollisuuksien tarjoamisena ja osallistumista mahdollisuuksien hyödyntämisenä. Heidän mukaansa osallistumisella on kaksi suuntaa eli kehittäjät osallistuvat käytännön toimintaan ja toimijat kehittämiseen. Tässä kehittämishankkeessa korostuu kehittäjän ja toimijoiden tiivis yhteistyö. Kehittäjän rooli voidaan siis kuvata kehittäjä-työntekijänä, joka kehittää työtään, työskentelee, kerää tietoa ja analysoi sitä reflektiivisesti muiden toimijoiden kanssa.

Tämän kehittämishankkeen toteutuksessa huomioitiin erityisesti toimintatutkimuksellisuuden sallivuus valita kehittämismenetelmät siten, että tutkimustoiminnalla voidaan lisätä toimijoiden kuulluksi tuleamista ja kehittämiseen osallistumista. Kehittämishankkeen käynnistyessä ja sen aikana työyhteisössän on ollut useita muutoksia ja uudistuksia (ks. luku 2), joiden

vuoksi kehittäminen työyhteisössä pyrittiin organisoimaan siten, ettei osallistujia kuormiteta kohtuuttomasti ja perustehtävien toteuttaminen on sujuvaa. Muutokset vaativat myös kehittäjältä epävarmuuden sietämistä kehittämistyöskentelyssä sekä niiden huomioimista kehittämishankkeen toteutuksen suunnittelussa. (ks. Jääskeläinen 2013, 74-75, 146.)

Kehittämishankkeessa toteutui yksi toimintatutkimuksellinen sykli, joka eteni spiraalimallin mukaisesti jatkuvana syklinä. Kehittämisprosessi käynnistyi toiminnan suunnittelulla. Suunnitteluvaiheessa esitettiin työn perustelut sekä opioidiriippuvaisten korvaushoidon toteutuksen lähtötilanteen kartoitus. Lähtötilanteen kartoituksessa huomioitiin myös työyhteisön tiedossa olevat korvaushoidon toteutukseen liittyvät epäkohdat. Suunnittelua seurasi toimintavaihe, joka koostui aineiston hankinnasta, bechmarking-vertailusta, korvaushoidon hoitolinjausten kuvauksista sekä korvaushoidon toteutuksen mallintamisesta prosessimallinnusmenetelmän avulla. Kehittämisprosessissa toiminnan havainnointia ja reflektointia toteutettiin kaiken aikaa, kuten toimintatutkimuksen käytännön toteutus edellyttää. Kehittämishankkeessa käytäntö, reflektio, suunnittelu ja toteutus vuorottelivat. Toimintatutkimuksellisen syklin tässä kehittämishankkeessa voidaan katsoa muodostuneen opioidiriippuvaisten korvaushoidon toteutuksen prosessimallinnuksen ollessa valmis ja käyttöön otettavissa. Kehittämishankkeen aikana toteutuneen toimintatutkimuksellisen syklin jälkeen muodostuu uusia syklejä, jotka mahdollistavat kehittämistyön jatkuvuuden kuvaamisen prosessimallinnuksen käyttöönoton jälkeen (ks. Niemi 2013, 27-29).

4.2 Prosessimallinnus mallintamisen menetelmänä

Mallintamisen toteuttamiseksi käytettiin tässä hankkeessa menetelmänä prosessimallinnusta. Mallintamisen tarve lähtee tunnistetusta ongelmasta, tässä hankkeessa muutoksista toiminnassa, uudistamisen tarpeesta sekä toiminnan yhdenmukaistamisesta. Tavoite mallinnukselle tulee määritellä selkeästi lähtösyyn mukaisesti, tässä yhteydessä kehitettiin olemassa olevia prosesseja niitä parantamalla ja tehostamalla. Ennen prosessimallin toteutusta tulee määritellä ja dokumentoida lähtösyyn, selvittää mikä on ku-

vausten käyttötarkoitus, tuotettavien dokumenttien laajuus sekä tarkkuus. Lisäksi tulee määrittellä kehittämisenäkökulman painotus, joka tässä kehittämishankkeessa on toimija näkökulman mukainen. (Luukkonen, Mykkänen, Itälä, Savolainen ja Tamminen 2012, 21, 53.)

Prosessien kuvaamisen ja tunnistamisen avulla autetaan toimijoita ymmärtämään toiminnan kokonaisuutta ja mahdollistetaan työn kehittäminen ja itseohjautuvuus. Prosessien kuvataan tuovan järjestystä kaaokseen. Prosessien kuvaamista voidaan pitää tärkeänä dokumentoinnin, viestinnän ja ajatusten selkeyttämisen välineenä. (Laamanen 2001, 23; Virtanen ja Wennberg 2005, 114.) Manssilan (2011, 61-63) tutkielman tulosten mukaan prosessimallia kehittämistyön menetelmänä kuvattiin hyvin työn sisältöä avaavana, toiminnan kuvaamisen välineenä sekä toiminnan selkeyttäjä ja jäsentäjänä. Prosessimallintaminen auttoi vastaajien mukaan havainnoimaan kehitettäviä kohteita sekä yhteistyön mahdollisuuksia. Lisäksi mallintaminen osoitti selkeästi toiminnan nykytilan sekä muutostarpeen. Luukkosen ym. (2012, 21, 54-55) mukaan mallinnus voi kohdentua nyky- tai tavoitetilaan. Prosesseja ei kuitenkaan suositella kuvattavaksi ainoastaan nykytilan pohjalta, prosessikuvauksessa on tärkeää suunnitella tarvittavat muutokset ja tunnistaa prosessien kehittämiskohteet. Mallintamisen tavoitteena tulee olla riittävän hyvänlaatuiset kuvaukset ja määrytykset. Nyky- ja tavoitetilan kuvaukset tulee erotella selkeästi toisistaan.

Prosessien kuvaustapoja on useita, prosessien kuvaus edellyttää niiden täsmällistä sisällön määrittelyä. Ydinprosessit tulee selventää, jotta niitä voidaan käyttää ns. alustana varsinaisen työprosessin määrittelylle. Prosessikuvaukset tulee tehdä helppolukuisiksi. Kuvaukset eivät ole ainoastaan prosessikarttojen tai kaavioiden laadintaa, keskeinen osa kuvausta on kaavioita tukeva tekstitiedosto. (Virtanen ja Wennberg 2005, 124-126.) Myös Mykkäsen ym. (2007,59) mukaan prosessikuvauksissa sanalliset selitteet tukevat graafisia esitystapoja. Yhdessä kuvaustavat antavat selkeämmän ja tarkemman kuvan kohdealueesta. Kehittäjä käyttää molempia kuvaustapoja tavoitemallinnuksen kuvauksessa, mallinnuksen sanallinen selite esitetään käsikirja muotoisena tuotoksena. Lisäksi mallinnus jaettiin

osaprosesseihin, jotta siitä saadaan tuotettua selkeä ja tarkempi kuvaus (vrt. Niemi 2013, 43-44).

4.3 Aineiston hankinta

Aineiston hankinnassa lähdettiin liikkeelle opioidiriippuvaisten korvaushoidon toteutuksen nykymallin kuvauksesta, tässä yhteydessä kuvaus tehtiin lähtötilanteesta kehittämishankkeen käynnistyessä. Mallintaminen lisää ymmärrystä kohdealueesta sekä auttaa kehittämis- ja parannustarpeiden löytämisessä. Kehittämisen lähtötilanteen mallintamisella tuodaan esille kohdealueen riittävä ymmärrys ja kehittämistä voidaan siten viedä eteenpäin. Mallintamisen taustalle tulee kerätä tietoa mm. olemassa olevia dokumentteja tarkastelemalla, havainnoimalla ja erityyppisiä työpajoja sekä keskusteluita hyödyntämällä. (Luukkonen ym. 2012, 21, 55.) Tässä yhteydessä käytettiin soveltaen historiankartoitusta sekä häiriökartoitusta yhdessä toimijoiden kanssa, jotta työn sujuvuutta heikentävien muutosten aiheuttamat tekijät ja ongelmat oli mahdollista dokumentoida näkyviksi. (ks. Jääskeläinen 2013, 68, 94).

Toimijoiden osallistamista kehittämiseen voidaan tukea organisointitapojen avulla, kehittämistoiminnan keskeisenä instrumenttina voidaan nähdä tiimit ja ryhmät. Lähestymistapa mahdollistaa yhteisesti jaetun prosessin, sekä siihen liittyvän päätöksenteon ja arvioinnin. Jääskeläisen (2013, 122, 144) tutkimustulosten mukaan kehittämisprosessin aloituksella on merkitystä osallistujien innostuneisuuteen kehittämisestä, ensimmäisestä kohtaamisesta on tärkeää saada miellyttävä kokemus. Lisäksi tulosten mukaan esimiehen vastuuta säännöllisten kehittämispalavereiden järjestämisestä, työntekijöiden kannustamisesta kehittämiseen ja kehittämistoimien toteutumisen kontrolloimisesta pidettiin tärkeänä. Työyhteisössäni toimin kehittäjä-työntekijänä lähiesimiehen roolissa, osallistamisen vahvistamiseksi tuli kehittäjän pyrkiä aktiiviseen ja henkilöstöä osallistavaan työskentelyyn.

Toimijalähtöisen kehittämisen lähteenä ovat kaikki ne tahot, jotka liittyvät kehitettävään asiaan, tässä hankkeessa toimijoita ovat Lahden A- ja K-klinikan henkilöstö. Toimijalähtöisellä kehittämisellä tavoitellaan toimijoiden

maailman ymmärtämistä, toimijoilta kerätään tietoa, joka mahdollistaa kehittämisprosessin ohjautuvuuden vastaamaan paremmin toimijoiden omia tavoitteita. Toimijoille annetaan ääni ja heitä konsultoidaan todellisuuden parhaina asiantuntijoina. (Toikko ja Rantanen 2009, 94-96.)

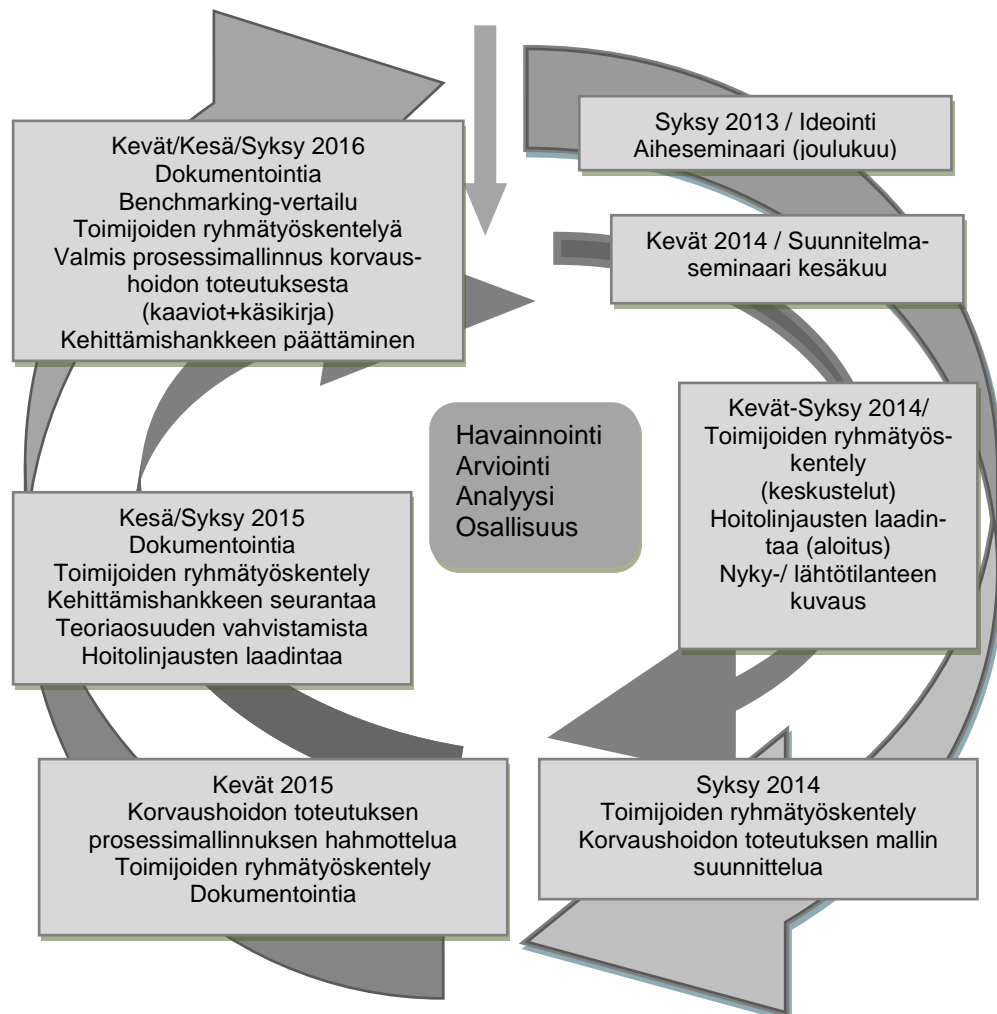
Toimijoiden osallistaminen ja osallistuminen sekä aineiston hankinta toteutettiin avoimen keskustelun turvin, jotka toteutuivat erilaisissa työyhteisöissä jo valmiina olevissa foorumeissa. (ks. Toikko ja Rantanen 2009, 96.)

Viikoittain toteutuvat hoitokokoukset ja vähintään kahdesti vuodessa pidettävät työkokoukset sekä A- että K-klinikalla mahdollistivat keskustelut pienryhmissä ja myös laajemmin koko henkilöstön kesken. Kuukausittain toteutuvat tiedontasausfoorumit mahdollistivat keskustelut koko työryhmän kesken, lisäksi hyödynnettiin kaikille toimijoille suunnattuja kehittämispäiviä. Kehittäjä kohdensi ja teemoitteli foorumeiden keskustelut työelämälähtöisen kehittämistyöskentelyn tarpeiden mukaisesti. Aineiston dokumentaatio muodostui keskustelujen yhteydessä laadituista muistioista, muistiinpanoista ja havainnoinnista.

Benchmarking aineiston hankinnan menetelmänä sopii hyvin opioidiriippuvaisten korvaushoidon toteuttamisen mallinnuksen kehittämistyöskentelyyn. Ojasalon, Moilasen ja Ritalahden (2009, 43-44) mukaan benchmarkingin perusidea on toisilta oppiminen, siinä opitaan vertaamalla omaa kehittämisen kohdetta usein parempaan käytäntöön. Benchmarkingissa etsitään parhaita käytäntöjä muista organisaatioista ja se auttaa tunnistamaan oman toiminnan mahdollisia heikkouksia. Benchmarkingia pidetään hyvänä menetelmänä toiminta- ja työtapojen kehittämistyössä. Benchmarkingia on mahdollista toteuttaa vieraillemalla toisessa organisaatiossa tai toimipisteessä johon omaa toimintaa voidaan vertailla. Lisäksi benchmarkingia voidaan hyödyntää Internetistä löytyvien dokumentoitujen hoitoprosessein vertailuun. Kehittäjä toteutti benchmarkingia sovelletusti vertailemalla kolmea erilaista saatavilla olevaa dokumentoitua kuvausta opioidiriippuvaisten korvaushoidosta.

4.4 Kehittämishankkeen eteneminen

Kehittämishankkeen aikataulu ja toteutus esitetään kuviossa 6. Kuvion tarkoituksena on selventää kehittämishankkeen prosessimaista etenemistä, jota ohjaavat jatkuva hankkeen aikainen havainnointi ja arviointi. (ks. Toikko & Rantanen 2009, 30, 51).



KUVIO 6. Kehittämishankkeen eteneminen

Kehittämishankkeen aihe täsmentyi syksyllä 2013, hankkeen aiheen hyväksyi tuolloin sen hetkisen Hämeen palvelualueen kehitysjohtaja sekä Lahden avohoitopalveluiden yksikköjohtaja. Kehittämishankkeen aiheseminaari oli 9.12.2013. Kevään 2014 aikana tekijä tutustui tietoperustaan ja kehittämistyön menetelmiin. Lisäksi yhdessä työryhmän kanssa hahmotel-

tiin opioidiriippuvaisten korvaushoidon toteutuksen lähtötilannetta (lähinnä isot kokonaisuudet). Korvaushoidon hoitolinjausten (kuntouttava ja elämänlaatua parantava) suunnittelu käynnistyi maaliskuussa 2014 pidetyssä pienryhmäfoorumissa. Lisäksi käynnistettiin ryhmäkeskustelut toimijoille ja toteutettiin arviointia työkokouksissa ja olemassa olevissa foorumeissa kehittämistyöskentelyn etenemisestä ja sen linjauksista. Kehittämishankkeen suunnitelmaseminaari oli kesäkuussa 2014.

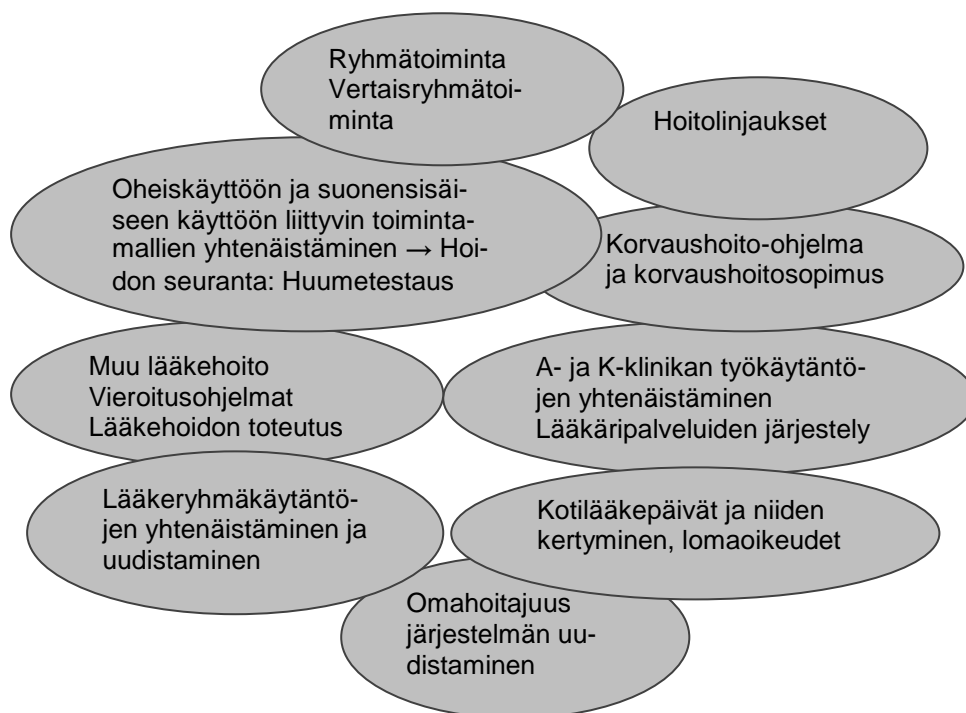
Syksyn 2014 ja syksyn 2015 välisenä aikana jatkettiin kehittämistyön toteutusta ja toimijoiden ryhmätyöskentelyä. Samalla suoritettiin aineiston hankintaa ja etenemisen arviointia sekä dokumentointia, teoriaosuuden vahvistamista ja korvaushoidon toteutuksen prosessimallinnuksen hahmottelua. Hoitolinjauksien laadintaa toteutettiin kesän ja syksyn aikana 2015. Kevään ja alkusyksyn aikana 2016 tehtiin Benchmarking-vertailu sekä luotiin prosessimallinnus (kaaviot ja käsikirja). Lisäksi dokumentointi ja työryhmätyöskentely jatkuivat samanaikaisesti. Kehittämishankkeen julkaisuseminaari pidetään syyslukukauden 2016 aikana, työn tuotos julkaistaan ja opioidiriippuvaisten korvaushoidon toteutuksen prosessimallinnus otetaan käyttöön. Kehittämishankkeen aikana 2013-2016 toteutettiin jatkuvaa arviointia, havainnointia ja analysointia sekä mahdollistettiin toimijoiden osallistuminen ja osallisuus kehittämiseen.

5 KEHITTÄMISHANKKEEN TOTEUTUS JA OPIOIDIRIIPPUVAISTEN KORVAUSHOIDON MALLIN LUOMINEN

5.1 Opioidikorvaushoidon toteutuksen lähtötilanteen kuvaus

Kehittämishankkeen lähtötilanteessa syksyllä 2013 oli korvaushoidon kehittämistyöskentelyä toteutettu työryhmän kanssa jo kevät-kesän 2013 aikana. Tuolloin korvaushoidosta oli olemassa pelkistetty prosessikuvaus, joka sisälsi korvaushoidon koko prosessin asiakkaan hoitoon hakeutumisesta hoidon päättämiseen (Liite 3). Korvaushoitoon hakeutumisesta, hoidon arvioinnista sekä jononaikaisesta hoidosta oli tässä vaiheessa laadittu jo erillinen palvelukuvaus prosessinomaisesti kuvattuna. Tuolloin korvaushoidon toteutuksen sisällön kuvausta tehtiin melko yleisten kokonaisuuksien mukaisesti. Kuvausta laadittiin yhdessä työryhmän ja Hämeen palvelualueen kehitysjohtajan avustuksella. Kehittämishankkeen aihealueen varmistuttua päädyttiin korvaushoidon toteutuksen prosessikuvauksen laadinnasta kehittämishankkeen muodossa. Prosessikuvaus nimikkeenä vaihtui myöhemmin palvelun mallinnukseksi, joka prosessimallinnuksen avulla tuotetaan.

Syksyn 2013 ja kevään 2014 aikana muodostettiin yhteistä näkemystä siitä, mitä korvaushoidossa toteutuksessa on erityisesti tarpeen kehittää ja mitkä hoidon kokonaisuudet olivat silloin toimivia. Lisäksi huomioitiin toteutuneet ja tiedossa olevat lähitulevaisuuden muutokset, jotka jossain muodossa toimintaan ja hoitoon vaikuttivat. Osa-alueet, jotka edellyttävät uudistamista ja kehittämistyöskentelyä on kuvattu kuviossa 7. Osa-alueiden sisällön tarkempaa kuvausta ja kehittämistarpeen taustalla olevia syitä esitetään kuvion 7 jälkeen.



KUVIO 7. Uudistamista ja kehittämistyöskentelyä edellyttävät osa-alueet

Korvaushoidon hoitolinjaukset: Hoitolinjaukset kuntouttavaan ja elämänlaatua parantavaan hoitoon (haittoja vähentävään) olivat olleet useiden vuosien ajan pohdinnan ja keskustelun kohteena. Taustalla oli selkeä tarve kohdentaa hoidon intressejä ja raamittaa työskentelyä. Hoitolinjauksista ei ollut olemassa paikallisesti minkäänlaista dokumentoitua kuvausta, joka olisi vastannut työntekijöiden tarpeeseen. Tuolloin ainoastaan yksi lähes 60 korvaushoitoasiakkaasta oli kirjatusti haittoja vähentävässä hoidossa. Hoitolinjausten kehittämistyöskentelyä aktivoitiin kehitysjohtajan ja yksikköjohtajan avustuksella. Lahdessa saatiin käyttöön Hämeenlinnassa kehitetyt korvaushoito-ohjelmat, jotka oli muodostettu hoitolinjausten mukaisesti. Näihin dokumentteihin pohjautuen aloitimme työskentelyn, jossa dokumentteja muokattiin Lahden alueen tarpeita vastaavaksi.

Korvaushoito-ohjelma ja korvaushoitotosopimus: Lahdessa oli tarve laatia uusi korvaushoitotosopimus, koska olemassa oleva oli melko yksinkertaisesti hoitoa ja hoidon toteutusta kuvaava. Korvaushoitotosopimuksen uudistuksessa hyödynnettiin myös Hämeenlinnan vastikään kehitettyä korvaus-

hoito-ohjelmaa, jota yhdessä työryhmän kanssa muokattiin Lahdessa toteutettavan hoidon tarpeita vastaavaksi.

A- ja K-klinikan tosistaan poikkeavat hoidon toteutuksen käytännöt:

Käytännön työskentelyssä korvaushoidon toteutuksessa oli yksikkökohtaisia eroja. Käytäntöihin vaikuttivat erityisesti klinikoiden fyysisen ympäristön erot. Henkilöstön rakenteelliset erot (K-klinikalla sairaanhoitajat, A-klinikalla sekä sairaanhoitajat että sosiaaliterapeutit ja lisäksi toimistosih-teeri), jotka siten vaikuttivat myös A-klinikalla laajempaan palveluiden saatavuuteen yhdessä ja samassa yksikössä. Klinikoiden lääkäreiden toiminnan erot, molemmilla klinikoilla oli oma lääkäri. Lisäksi jollakin tasolla myös asiakasryhmien eroavaisuudet, A-klinikalla: Aavan, Oivan ja Heinolan alueiden kuntalaiset sekä muutama Lahden kaupungin asukas. K-klinikalla: ainoastaan Lahden kaupungin asukkaat. Erilaisten asiakasryhmien kohdalla oli huomioitava eroavaisuudet mm. palvelusopimuksien ja laskutus-käytäntöjen osalta. Yhtenäisten työkäytäntöjen kehittämiseen koettiin olevan tarvetta.

Lääkäripalvelut: K-klinikan pitkäaikainen korvaushoidosta vastaava lääkäri jäi pois vuoden 2013 lopulla, tuolloin oli tiedossa, että A-klinikan hoidosta vastaava lääkäri tulisi toimimaan myös K-klinikalla tammikuun lopusta 2014 alkaen. Asiakkaat olivat hyvin kiintyneitä pitkään K-klinikalla olleeseen lääkäriin ja siten myös lääkärin toimintatapoihin hoidossa. Muutos lääkäripalveluissa heijastui käytännön työskentelyyn. A-klinikalla lääkäreiden vaihtuvuus oli toistaiseksi tasoittunut ja palveluista vastaava lääkäri oli pysynyt samana jo vuoden 2013 alusta lähtien. Muutoksen toivottiin myös mahdollistavan korvaushoidon toteutuksen työkäytäntöjen yhtenäisyyttä, koska hoito tulisi olemaan yhden toimintamallin mukaista molemmilla klinikoilla.

Kotilääkepäivät ja niiden kertyminen, lomaoikeudet: Asiakkaiden kotilääkepäivien ns. vapaapäivien kertyminen aiheutti käytännön työskentelyssä jatkuvaa pohdintaa. Samankaltaisessa tilanteessa oleville asiakkaille kotilääkepäivät määräytyivät usein eriarvoisesti, vaikka lähtökohtaisesti tilanteet arvioidaankin aina yksilöllisesti. Asiakkaat keskustelevat keske-

nään omista saavutetuista eduistaan ja tämä aiheuttaa hoitotyöhön ns. turhia ongelma- ja ristiriitatilanteita. Lomaoikeudet ja siten useamman vuorokauden kotilääkkeet vaativat myös selkeämpää ohjeistusta ja tarkempaa linjausten määrittelyä.

Omahoitajuus: Syksyllä 2013 asiakkaiden omahoitajuus molemmilla klinikoilla toteutui hyvin. Asiakkaat saivat järjestelmällisesti yksilöaikoja ja koska hoitolinjauksia ei ollut millään tavalla eroteltu, mahdollistettiin tämä siten kaikille asiakkaille. K-klinikalla oli tuolloin noin 40 asiakasta ja jokaisella hoitajalla oli omia asiakkaita tässä vaiheessa maksimissaan 12. Tiedossa oleva korvaushoidon keskittäminen kokonaan K-klinikalle vuoden 2014 aikana ja siten asiakasmäärän lisääntyminen yksikössä edellytti myös omahoitajajärjestelmän uudistamista.

Lääkeryhmät syksyllä 2013 ja keväällä 2014: *A-klinikalla* lääkeryhmät olivat klo 9-10 välisenä aikana. Ryhmätilanteessa sai maksimissaan olla kuusi asiakasta. Lääkeryhmiä oli pääasiassa päivittäin kaksi. Ensimmäinen ryhmä alkoi klo 9 ja toinen klo 9.30. Ryhmissä oli 15 minuutin liukuma saapua lääkehakuun asiakkaiden kulkuyhteyksien vuoksi (Aava, Oiva ja Heinola). Asiakkaat oli jaettu ryhmiin ja heidän tuli noudattaa sovitun ryhmän aikataulua. Lääkeryhmissä oli aina kaksi työntekijää. *K-klinikalla* lääkeryhmät olivat klo 9-11 välisenä aikana ja ryhmiä oli neljä, jotka kestoltaan olivat puoli tuntia. Asiakkaat oli jaettu ryhmiin ja jokainen toimi annetun ajan mukaisesti, K-klinikalla ei ollut käytössä 15 minuutin liukumaa. Asiakkaita sai olla ryhmässä maksimissaan kuusi ja ryhmissä työskenteli aina kaksi sairaanhoitajaa. Ongelmia ryhmäkäytäntöihin muodostui erityisesti, kun asiakkaat myöhästyivät omasta ryhmästään ja lääkkeenottoon ei ollut mahdollista päästä kesken ryhmän. K-klinikalla ongelma oli vallitsevampi, koska liukumaa ei ollut ja lääkeryhmiä toteutettiin silloisen yhtenäisen käytännön mukaisesti. Mikäli asiakas ei pystynyt esittämään pätevää syytä tai tehnyt ilmoitusta myöhästymisestä, ei sen päivän aikana ollut mahdollista saada lääkehoitoa. Lääkeryhmäkäytäntöjä oli tarpeen uudistaa niin ryhmäjaollisesti kuin lääkkeenottoon liittyvien valvonnallisten tekijöihin vuoksi.

Bentsodiatsepiinit ja muut PKV-lääkkeet: A-klinikalla oli aktiivisesti kiinnitetty huomiota bentsodiatsepiini valmisteista vieroittautumiseen korvaushoidon aloituksen yhteydessä ja sen aikana. Asiakkaille tehtiin lääkitysvaihtoksia ja laadittiin vieroitusohjelmia. K-klinikalla ns. pidempään olleet asiakkaat kokivat tämän hoitolinjauksen vaikeana ja heidän oikeuksiaan rajoittavana sekä hoitoa huonontavana tekijänä. K-klinikalla bentsodiatsepiinien vieroitus ja muutos käytännöt tulivat konkreettisesti esille uuden lääkärin toimintatapojen mukaisesti. Uudempien vastikään K-klinikalla aloittaneiden asiakkaiden kohdalla tämä oli helpompaa, sillä heidät oli siihen jo A-klinikalla toteutuvan korvaushoidon arvioinnin ja jonaikaisen hoidon aikana valmisteltu. Myös reseptillä oleviin nukahtamislääkkeisiin tai esimerkiksi kipulääkkeenä käytettyyn pregabaliiniin käynnistettiin vieroitusohjelmia sekä tehtiin lääkevaihtoksia. Nämä kuvatut muutokset heijastuivat K-klinikan perustyötä kuormittavana tekijänä, sillä asiakkaille muutos oli erittäin haasteellinen.

Oheiskäytön esimerkkinä kannabiksen käyttö ja siihen suhtautuminen: Hoitolinjaukset poikkesivat kannabiksen käytön seuraamusten suhteen A- ja K-klinikan välillä. A-klinikalla kannabiksen käyttöön suhtauduttiin kriittisemmin kuin K-klinikalla ja tämä linjaus A-klinikalla oli lähtöisin jo kesästä 2012 alkaen. Kannabiksen käyttö vaikutti hoidon tiivistämiseen ja esim. lomaoikeuksien peruuntumiseen, kuten muutkin oheiskäytettävät aineet. K-klinikalla oli ollut käytössä hieman kevyempi suhtautuminen kannabiksen käytön seuraamuksiin, erityisesti niiden asiakkaiden kohdalla, joilla se oli lähes jatkuvaa ja päivittäistä. Erityisesti K-klinikan hoitotyöntekijät toivoivat tähän yhtenäistä tiukempaa linjausta.

Suonensisäinen käyttö ja pistospaikkojen tarkistus: Pistospaikkojen tarkistus käytännöissä oli eroavaisuuksia klinikoiden välillä. Pistospaikkojen kartoitus K-klinikalla oli järjestelmällistä ja hoitoon olennaisesti kuuluvaa. Käytössä olivat kuviot vartalosta ja käsistä, joihin pistokohdat seurannan yhteydessä merkittiin. A-klinikalla pistospaikkojen tarkistus ei ollut niin järjestelmällistä, tämäkin käytäntö oli siten yhtenäistettävä.

Huume-testaus/Seulakontrollit: Seulakontrollit ja niihin liittyvät käytänteet olivat usein keskustelussa. Käytäntöjen yhtenäistämiseksi pohdittiin työryhmässä yhtenäistä linjaa, jotta asiakkaat saisivat tasavertaista hoitoa. Tärkeänä pidettiin työntekijöiden yhtenäistä toimintaa ja sovittujen käytäntöjen noudattamista. Seulojen tulkintaa ja huume-testauksen positiivisesta tuloksesta aiheutuvia seuraamuksia oli tarpeen ohjeistaa.

Ryhmätoiminta/Vertaistuki: Ajankohtaisesti tämän hankkeen käynnistyessä syksyllä 2013 oli Lahden alueella meneillään opioidikorvaushoidossa olevien asiakkaiden vertaistoiminnan kehittäminen, joka liittyi A-klinikkasäätiön valtakunnalliseen Verkottaja projektiin (A-klinikkasäätiö 2013). Vertaisryhmien ja yleisesti ryhmätoiminnan kehittämistyöskentelyltä odotettiin paljon ja sen toivottiin tuovan uutta sisältöä hoitoon niin asiakkaiden kuin työntekijöidenkin näkökulmasta.

5.2 Yhteistyössä kehittäminen-työryhmätyöskentely

Työryhmätyöskentely jatkui lähtötilanteen ja kehittämistarpeiden jäsenyyksen pohjalta. Yhteistyössä kehittäminen toteutui jo olemassa olevien yhteisten foorumeiden ja erikseen sovittujen kohdennettujen suunnittelu- sekä työkokousten muodossa. Työskentely toteutui osittain ongelmaperusteisella asettelulla. Varsinkin työkokousten asialistat muodostuivat käytännön työssä vallitsevien ongelmien ja haasteiden mukaisesti, jotka siten vaativat yhteistä keskustelua. Työyhteisössämme toimintaa heikentävät epäkohdat on pyritty ratkaisemaan mahdollisimman nopeasti ja sen vuoksi työryhmätyöskentelyä toteutetaan varsin aktiivisesti arkisissakin tilanteissa. Seuraavaksi kuvataan kehittämistyöskentelyn osa-alueet laajempien kokonaisuuksien muodossa, jotka ovat: 1. Korvaushoidon hoitolinjaukset ja korvaushoito-ohjelma. 2. Hoidon toteutus ja seuranta (sisältyy myös hoitolinjauksiin ja korvaushoito-ohjelmaan).

1. Korvaushoidon hoitolinjaukset ja korvaushoito-ohjelma

Kuntouttavan ja elämänlaatua parantavan korvaushoidon hoitolinjaukset perustuvat STM asetuksen 33/2008 hoidon tavoitteiden asetteluun. Kun-

touttavalla korvaushoidolla tavoitellaan kuntoutumista sekä päihteettömyyttä. Elämänlaatua parantavalla hoidolla tavoitellaan haittojen vähentämistä. Lähtökohtaisesti näiden hoitolinjojen määrittely on hyödyllistä sekä asiakkaiden että hoidon toteuttajien näkökulmasta. Lahdessa hoitolinjauksen määrittelyn kehittämistyöskentely eteni keväällä 2014 vahvasti integroituna korvaushoito-ohjelmien laadintaan. Tuolloin Lahdessa oli käytössä yksi korvaushoito-ohjelma, joka oli suunnattu molempien hoitolinjauksen asiakkaille.

Keväällä 2014 aloitimme korvaushoito-ohjelmien erottelun, tarkennuksen ja päivityksen. Työskentelyssä hyödynsimme Hämeenlinnassa laadittuja korvaushoito-ohjelmia. Poikkeavuus Lahdessa olleen ja Hämeenlinnasta saatujen korvaushoito-ohjelmien välillä oli huomattava. Lahden dokumentti oli linjoiltaan huomattavasti joustavampi ja sallivampi kuin Hämeenlinnassa laaditut ohjelmat. Työryhmätyöskentelyssä käytimme Hämeenlinnan ohjelmia, jotka muokattiin Lahden tarpeiden ja toiminnan mukaisesti. Kehittämistyöskentely kohdentui erityisesti elämänlaatua parantavan hoito-ohjelman laadintaan. Hoitolinjauksen sisältöön tehtiin erityisesti muutoksia hoidon toteutuksen, vapaapäivä- ja lomälääkekertymien ja seuraamusten määrittelyn osa-alueilla. Jatkotyöskentelystä sovittiin siten, että kehittäjä toteuttaa tarvittavat muutokset valmiiseen pohjaan, jotka tarkastamme yhdessä heti alkusyksystä 2014 ja otamme uudet ohjelmat vähitellen käyttöön ennen vuodenvaihdetta.

Syksyllä 2014 hoitolinjaukset oli määritelty kahden korvaushoito-ohjelman muodossa, hoito-ohjelmat poikkesivat toisistaan vain vähäisesti. Kehittäjä kertoi lääkeryhmien aikana asiakkaille uusista hoitolinjauksen mukaisista ohjelmista. Asiakkaille suunnatussa informatiivisessa asiakasohjeistuksessa kerrottiin miten uusien ohjelmien käyttöönotto toteutetaan. Sovimme jokaisen asiakkaan käyvän lääkärinvastaanotolla yhdessä omahoitajan kanssa, jossa hoitolinjauksen määrittely kunkin asiakkaan kohdalla yhteisesti käydään läpi ja laaditaan hoitolinjauksen mukaiset hoidon tavoitteet. Käytännössä tämä ehdittiin käymään läpi vain muutaman asiakkaan kanssa, kun saimme tiedon lääkärimme vaihtumisesta K-klinikalla. Sovitun mal-

lin mukainen työskentely ei toteutunut ja käytäntö ajautui siihen, missä olimme keväällä 2014.

Keväällä 2015 käytössämme oli edelleen vain yksi korvaushoito-ohjelma, joka oli sama sekä kuntouttavassa että elämänlaatua parantavassa hoitolinjauksessa. Työn selkeyttämiseksi sovimme kuitenkin ns. työtä ohjaavia käytäntöjä hoitolinjausten erottelemiseksi. Hoito-ohjelman mukaisesti asiakkaat asioivat tuolloin päivittäin kolmen kuukauden ajan hoidon aloituksesta. Kotilääkepäiviä annettiin erillisen ohjeistuksen mukaisesti, erillisiä ohjeistuksia oli myös huumetestauksen seuraamuksista. Kotilääkepäivät määräytyivät sen mukaan, että asiakkaalla oli jotakin säännöllistä ryhmätoimintaa, työtoimintaa, opiskelua tai ansiotyötä.

Alkukeväästä 2015 käydyissä keskusteluissa totesimme perustyon edelleen kaipaavan selkeämpää hoidollista jakoa hoitolinjauksiin ja työtä ohjaaviin rajauksiin sekä sääntöihin. Korvaushoito-ohjelmassa oli ns. epäkohtia ja tulkinnanvaraisia linjauksia, joten uudistimme ohjelmaa niiden osalta. On huomioitava, että kaikki pienetkin muutokset toiminnassa ovat asiakkaillemme haasteellisia ja niiden oikeanlainen jalkauttaminen vie oman aikansa. Lisäksi meidän tuli muistaa se, että lainsäädäntö on hoitoa ohjaavaa, ei korvaushoito-ohjelma hoitosopimuksineen. Työryhmässä toivottiin selkeitä hoidollisia rajauksia ja työntekijöiden noudattavan yhteisesti sovittuja sääntöjä sekä hoitokäytäntöjä, jotta linjattomuutta ei esiintyisi henkilöstön kesken. Hoitosuunnitelmasta todettiin sen näyttäytyvän asiakkaalle lääkärin määräämänä ja hoitajan toteuttamana. Asiakkaat kokivat oman vaikuttamisensa vähäiseksi ja turhautuminen kohdentui hoitotyöntekijöihin.

Huhtikuussa 2015 järjestetyssä työkokouksessa oli mukana uusi korvaushoidosta vastaava lääkäri sekä A-klinikkasäätön johtava ylilääkäri. Työkokouksessa saimme useita hyviä käytännön työn ohjeistuksia joiden tuella oli mahdollista jäsentää hoidon sisältöä sekä määritellä hoitolinjauksia. Sovimme, että yksi korvaushoito-ohjelma on riittävä ja hoitolinjausten määrittely toteutetaan hoitosuunnitelmien muodossa. Korvaushoito-ohjelmaan lisättiin osio hoitosuunnitelma (Liite 4), jossa asiakas määrittelee hoidon

lähi- ja tulevaisuuden tavoitteet. Lisäksi suunnitelmassa määritellään oheiskäytön seuraamukset, seulanäytteiden ottaminen hoidollisin perustein (sisältää näytteidenoton tiheyden sekä positiivisten tulosten seuraamukset) sekä suunnitelman suonensisäisen käytön seuraamuksista. Asiakas määrittelee oman näkemyksensä mukaan edellä kuvatut osa-alueet, hoitosuunnitelman laadinnassa on mukana sekä omahoitaja että hoidosta vastaava lääkäri. Hoitosuunnitelma on osa korvaushoito-ohjelmaa, lisäksi vastaava hoitosuunnitelma on potilastietojärjestelmässä. Hoitosuunnitelma päivitetään aina tarpeen mukaan.

Työkokouksessa käytiin keskustelua siitä, että hoitolinjausten liiallinen erottelu ei ole tarpeen, mutta hoitolinjausten tavoitteiden tulee olla selkeästi asiakkaan tiedossa. Elämänlaatua parantavassa hoidossa olevan asiakkaan siirtyminen kuntouttavaan korvaushoitoon tulee olla mahdollista ja sujuvaa. Asiakkaalle kerrotaan ne odotukset ja edellytykset joilla kuntouttavaan korvaushoitoon on mahdollista siirtyä. Vaikka asiakas on elämänlaatua parantavassa hoidossa, ei sallita kuitenkaan mitä tahansa oheiskäyttöä, joka perustellaan lääketurvallisuus syillä. Toimintayksikön yhteisesti sovitut säännöt ja käytännöt koskevat kaikkia asiakkaita hoitolinjauksesta huolimatta. Elämänlaatua parantavassa hoidossa olevalle asiakkaalle tulee mahdollistaa myös psykososiaalinen tuki.

Työkokouksessa käsiteltiin myös korvaushoidon lopettamiseen liittyviä käytänteitä, sillä työryhmässä oli jo pidemmän aikaa käyty keskustelua hoidon lopettamisen mahdollisuudesta ja siihen johtavista syistä. Hoidon lopettamiseen liittyviä syitä oli kuvattu silloin voimassa olevassa korvaushoito-ohjelmassa. Syitä oli esim. väkivaltaisuus hoitajia tai muita asiakkaita kohtaan, lääkevilppi, huumausainerikos (myyminen, muu välittäminen). Turhautuneisuutta työryhmässä aiheutti se, että vaikka hoitosopimuksen mukaan olisi lopettamiselle ollut selkeä peruste, ei siitä huolimatta hoitoa lopetettu. Sovittiin uudesta ohjeistuksesta, jonka mukaisesti voidaan esim. lääkevilpin kohdalla hoitoa tiivistää, ei pääsääntöisesti lopettaa. Mikäli asiakas ei ole sitoutunut hoitoon ja esim. oheiskäyttö on niin huomattavaa, että lääkehoitoa ei voida turvallisesti jatkaa, voidaan hoito tauottaa. Hoidon tauottamisesta tehdään sopimus määräajaksi ja asiakkaalle annetaan

mahdollisuus palata hoidon piiriin niin halutessaan (ks. Korvaushoito-ohjelma, Liite 4.)

Hoidon aloitusvaiheesta käytiin myös keskustelua, Lahdessa hoidon aloitaneet asiakkaat kävivät valvotussa lääkkeenotossa kolmen kuukauden ajan päivittäin. Tämä käytäntö oli erittäin hyväksi havaittu niiden asiakkaiden kohdalla, joilla hoitoon sitoutuminen on huonoa ja oheiskäyttö ongelmallista. Tähän käytäntöön toivottiin toisenlaista lähestymistapaa niiden asiakkaiden kohdalla, joiden hoitoon kiinnittyminen oli alusta alkaen hyvällä tasolla. Tämän keskustelun päätteeksi sovittiin, että kaikkien asiakkaiden kohdalla hoidon aloituksen jälkeinen tiivis jakso kestää ainoastaan kuukauden. Tämä koettiin melko lyhyeksi jaksoksi niiden asiakkaiden kohdalla, jotka pidemmästä tiivistetystä aloitusjaksosta todennäköisesti hyötyisivät. Uuden aloitusjakson pituus kirjattiin siten ohjelmaan, että se mahdollistaa yksilöllisen tarpeen määrittelyn.

Tämän laajennetun työkokouksen sovitut uudet käytännöt dokumentoitiin korvaushoito-ohjelmaan ja uusi ohjelma käytiin läpi asiakkaiden kanssa läpi kesän 2015 aikana kehittäjän toimesta. Asiakkaille kerrottiin hoitolinjauksen mukaisesta tavoitteista ja asiakkaiden omien hoidon tavoitteiden uudelleen asettelusta. Korvaushoito-ohjelmien päivitykset ja hoitosuunnitelmien laadinnat käynnistettiin myös kesän 2015 aikana. Hoitosuunnitelmien päivityksessä olivat asiakkaan lisäksi hoitava lääkäri sekä omahoitaja. Hoitosuunnitelmien päivitykset kestivät ajallisesti aina loppukeväeseen 2016, osa päivityksistä oli toteutettu asiakkaan ja omahoitajan kesken.

Huhtikuun lopussa 2015 kehittäjä osallistui yhteistyöfoorumiin, joka oli suunnattu Lahden alueen sosiaali- ja terveysalan toimijoille, jotka osallistuvat päihderiippuvaisten raskaana olevien asiakkaiden hoitoon ja kuntoutukseen. Foorumissa esitettiin tarve laatia raskaana olevan opioidiriippuvaisen asiakkaan palvelukuvaus toimijoiden yhteistyön konkreettisena toimenpiteenä. Palvelukuvaus laadittiin työryhmätyöskentelynä Lahden A- ja K-klinikan henkilöstön kanssa kesällä 2015. Laadittu palvelukuvaus suunniteltiin siten, että se vastaa Lahden seudun toimijoiden tarpeeseen. Opioidiriippuvaisen raskaana olevan asiakkaan korvaushoidon palvelukuvaus

laadittiin olemassa olevien hoitolinjausten sekä korvaushoito-ohjelman pohjalta. Lisäksi työryhmätyöskentelyssä kuvattiin hoidollisia erityispiirteitä, jotka olennaisesti poikkeavat muusta korvaushoidosta.

Loppukevään aikana 2016 hoitotyöntekijät toivat esille edelleen huomionsa siitä, että vaikka olimme yhdessä määritelleet hoitolinjausten sisältöä, eivät käytännöt työskentelyssä vastanneet sovittua. Kertasimme yhteisesti hoitolinjausten mukaisia tavoitteita ja pohdimme sitä, mistä tämä vaikeus käytäntöön saattamisessa johtuu. Oliko kysymys esimerkiksi siitä, että työryhmässä ei ollut yhtenäistä näkemystä hoitolinjausten tavoitteista ja yhteisesti sovituista käytännön toimista. Lisäksi pohdittiin sitä, miksi sovitut asiat niin herkästi unohtuvat ja ajaudutaan takaisin vanhoihin työkäytäntöihin, jolloin ongelmat perustyyössä kasaantuvat. (ks. kohta 2. hoidon toteutus ja seuranta).

Apteekkisopimus on osa korvaushoito-ohjelmaa ja hoitosopimusta. Korvaushoito-ohjelmien lisäksi tarkensimme keväällä 2014 myös olemassa olevaa apteekkisopimusta. Sopimuksen päivittäminen oli aiheellista sen väärinkäyttö mahdollisuuksien vuoksi. Huolimatta siitä että sopimuksessa on kohta, jonka mukaan sopimuksen tehneelle asiakkaalle ei luovuteta hoito-ohjelmasta poikkeavia PKV-lääkkeitä, tai lääkkeitä joita yleisesti tiedetään voitavan väärinkäyttää. Apteekkisopimukseen lisättiin PKV - lääkkeiden ohelle pregabaliini. Nykyinen käytössä oleva apteekkisopimus pohja on käyttämässämme Mediatri potilastietojärjestelmässä (LIITE 5), sopimuksen laadinnan yhteydessä lisätään sinne kuitenkin edelleen erikseen pregabaliini.

2. Hoidon toteutus ja seuranta

Omahoitajuus: Syksyn 2014 aikana korvaushoito keskitettiin kokonaan Lahden korvaushoitoklinikalle. K-klinikalle siirtyi A-klinikalta lähes 20 asiakasta. Asiakkaiden määrän lisääntyessä oli omahoitajuuden resursointia tarkasteltava toiminnan sujuvuuden näkökulmasta. Muutoksen jälkeen oli jokaisella hoitajalla jo 15-17 omaa asiakasta. Tässä vaiheessa sovimme, että omahoitaja aikoja kohdennetaan ensisijaisesti tarpeen mukaisesti.

Elämänlaatua parantavassa hoidossa oleville järjestettiin omahoitaja aikoja vain tarvittaessa. Kuntouttavassa korvaushoidossa olevat asiakkaat tapasivat omahoitajaa vähintään kahdesti kuukaudessa. Kuntoutumisen edistyessä, esim. asiakkaan ollessa apteekkijakelussa ja mahdollisesti ansiotyössä tai opiskelijana annettiin aikoja 3-4 viikon välein. Lisäksi sovittiin, että asiakkaita ohjataan aktiivisemmin A-klinikalle sosiaaliterapeutin vastaanotolle.

Lääkäripalvelut: Tammikuusta 2014 lähtien toimi molemmilla klinikoilla sama lääkäri. Se oli kaikille toimijoille huomattava etu. Lääkäri oli sitoutunut korvaushoidon kehittämiseen ja toiminnan suunnitteluun. Yhteistyössä laadimme ohjeistuksia oheiskäytön seuraamukseen, koti- ja lomalääkeoikeuksiin, lääkehoitolinjauksiin, häiriökäyttäytymiseen sekä valvottuun lääkkeenottoon. Yhtenäiset lääkityslinjaukset esim. bentsodiatsepiini lääkityksistä tai pregabaliinista korvaushoidossa olivat kaikille asiakkaille yhdenmukaiset ja siten myös hoitotyöntekijöille selkeitä käytännön työskentelyssä. Lääkäri toimi yhden päivän viikossa sekä A- että K-klinikalla. K-klinikalla asiakkaat olivat aikaisemmin tottuneet melko joustavaan lääkäriin pääsyyn, tässä kohtaa uudistettiin myös lääkäriin vastaanottoon liittyviä käytäntöjä. Tässä vaiheessa rajattiin selkeästi somaattisten sairauksien hoito kuuluvaksi perusterveydenhuoltoon, ei korvaushoitoon. Yhteisesti sovittiin, että lääkärin vastaanottoaikoja varattaessa määritellään sen tarve perusteellisesti.

Helmikuussa 2015 olimme muutoksen edessä sekä A- että K-klinikalle tuli uusi lääkäri, nyt kummallekin omansa. Melko pian tämän jälkeen aloitimme työskentelyn uudistamista uusien lääkäreiden toimintamallien mukaisesti. Korvaushoitoa koskeva kehittämistyöskentely keskittyi lähinnä K-klinikalle, koska korvaushoitoa toteutettiin pääsääntöisesti K-klinikalla. Hoitolinjauksia muokattiin ja aikaisemmin sovitut hyvät työtä ohjaavat käytänteet tuntuivat kadonneen. Lääkäreiden vaihtuvuus muokkaa aina toimintaa niin hoitotyöntekijöiden kuin asiakkaidenkin näkökulmasta. Mahdolliset uudet käytännöt ja toimintalinjat vaikuttavat perustyön toteutukseen ja sen vuoksi olisi tärkeää luoda välittömästi uudet pelisäännöt toiminnalle. Kevään 2015

aikana pyrimme kohdentamaan yhteisen kehittämistyöskentelyn hoitokousten yhteyteen lääkärin ollessa paikalla.

Lääkehoitoryhmät ja lääkejako: Keväällä 2014 käynnistimme kehittämistyöskentelyn lääkeryhmien uudistamiseksi. Aikaisemmat lääkeryhmäkäytänteet sitoivat hoitajia ja myös asiakkaat kyseenalaistivat käytäntöä (ks. lähtötilanne luku 5.1). Työryhmässä päätettiin, että kokeillaan lääkeryhmiä liukuvalla lääkeryhmäajalla, lääkeryhmään olisi mahdollista saapua klo 9-11 välisenä aikana. Lisäksi sovittiin, että lääkejakotilanteessa sai olla maksimissaan 3-4 asiakasta ja lääkejaossa aina kaksi hoitajaa. Uudistuksella pyrittiin siihen, että yksilöaikoja olisi mahdollista lisätä ja vastata paremmin lisääntyvän asiakasmäärän hallintaan. Kehittäjä kävi uudistuksen läpi asiakkaiden kanssa ja pääsääntöisesti he uskoivat uudistuksen helpottavan heidän lääkkeenhakuaan.

Uusi lääkehoitoryhmä aloitettiin 1.4.2014. Tämän muotoisena lääkehoitoryhmä jatkui aina syksyyn 2015 asti. Ryhmä toimi hyvin, silloin kun resurssit olivat riittävät. Epäkohtana todettiin, että asiakkaiden ryhmään tuleminen keskittyi ryhmän alkuun sekä loppuun. Tällä ajanjaksolla K-klinikalla oli myös useita äitejä ja perheitä, jotka kävivät lähes päivittäin pienen lapsen kanssa lääkeryhmässä. K-klinikka ei ole lapselle suotuisa ympäristö ja sen vuoksi tämä aiheutti lähes päivittäin erityisjärjestelyitä. Lasten kanssa asioivia sovittiin otettavan lääkejakoon mahdollisuuksien mukaan yksin tai keskitetysti samaan aikaan.

Kesän 2015 hoitolinjausten määrittelyn jälkeen totesimme sen olevan hyvä kohta uudistaa lääkeryhmäkäytäntöjä. Uudistuksen tarkoituksena oli saada ryhmät jaoteltua siten, että elämänlaatua parantavassa hoidossa olevat asiakkaat asioisivat omassa ryhmässään. Yhteisesti sovittiin, että asiakkaille ilmoitetaan mihin ryhmään he kuuluvat ja heille siitä tiedotettiin. Lääkeryhmät toteutettiin klo 9-11 välisenä aikana. Syyskuussa 2015 aloitettiin tämä kokeilu ja sitä tehtiin vain muutaman päivän ajan. Asiakkailta tuli palautetta hoitolinjausten mukaisesta ryhmäjaosta, lisäksi hoitajat kokivat ryhmäjaon sekavana. Epäonnistuneen kokeilun jälkeen palattiin aikaisempaan lääkeryhmäkäytäntöön.

Työryhmässä päädyttiin uuteen lääkeryhmäkokeiluun, jossa olisi kolme ryhmäaikaa, asiakkailta tiedusteltiin kultakin heille sopivaa käyntiaikaa ja sen mukaan tehtiin ryhmäjako. Lääkehoitoryhmät aloitettiin marraskuussa 2015. Lääkeryhmät alkoivat klo 8.30, jokainen ryhmä oli kestoaltaan 45 minuuttia ja seuraava ryhmä alkoi klo 9.30 ja viimeinen ryhmä alkoi klo 10.30. Lääkeryhmässä sai olla maksimissaan kolme asiakasta ja aina mukana kaksi hoitajaa vuoroviikoin. Tällä järjestelyllä pyrittiin mahdollistamaan kahden hoitajan työajan vapautuminen lääkehoidon valmisteluun ja yksilöaikojen lisäämiseen. Pienten lasten kanssa asioivat äidit ja perheet sovittiin otettavaksi yksilöajalle iltapäivisin.

A-klinikalla lääkeryhmät jäivät pois syksyn 2014 aikana, koska asiakkaat siirrettiin K-klinikalle. A-klinikalla oli hoidossa muutamia erityisestä syystä esimerkiksi terveysasemilta siirretyt kriisi- ja hoidon tiivistys jaksolla olevat asiakkaat. Kevään ja kesän aikana 2016 A-klinikalle terveysasemalta siirtyneitä asiakkaita oli jo kuusi. Lisäksi A-klinikalle hoidon tiivistykseen oli K-klinikalta siirretty muutama asiakas. Lääkehoitoryhmä käynnistettiin uudelleen alkusyksystä 2016, ryhmäaika on klo 10-10.30, lääkeryhmään tulee saapua klo 10.15 mennessä. On huomioitava, että joidenkin asiakkaiden kohdalla on sovittu ryhmäkäytännöistä poikkeavia järjestelyjä.

Lääkehoitoryhmän uudistuksen yhteydessä keväällä 2014 otimme käyttöön valvotun lääkkeenjaon ohjeistuksen. Ohjeistus oli Oulussa 2013 laaditun korvaushoito- ohjeistuksen liitteenä. Ohjeistusta muokattiin yhdessä lääkärin ja hoitotyöntekijöiden kanssa, siihen lisättiin metadoni lääkkeenotto, koska se oli kohdennettu ainoastaan buprenorfiini lääkitykseen. Ohjeistus käytiin läpi asiakkaiden kanssa ennen käyttöönottoa. Ohjeistusta on päivitetty muutamaaan otteeseen kehittämishankkeen aikana, asiakkaille on hyvä myös ajoittain muistuttaa mitä valvotusta lääkkeenjakotilanteesta on sovittu.

Kotilääkepäivät ja niiden kertyminen, lomalääkeoikeus: Kotilääkityksiin liittyviä ohjeistuksia laadittiin yhdessä lääkärin kanssa alkukevästä 2014. Kotilääkepäivien määräytymiseen sovittiin yhteisiä käytänteitä. Kotilääkeoikeudet kertyivät hoidon aloitusvaiheen jälkeen ensin viikonlopusta päivä

kerrallaan ja sen jälkeen sovittiin kertymistä siten, että kotilääkepäiviä kertyi yksi kuukausittain. Ehtona kotilääkitykselle oli mm. asiakkaan hoitoon sitoutuminen ja päihteettömyys. Viikoittaiseen lääkejakoon asiakas pääsi sovitusti silloin kun hän oli kuntouttavassa työtoiminnassa, ansiotyössä tai opiskelemassa.

Kotilääkepäivien kertymiseen liittyvät ongelmat kuormittivat huomattavasti hoidon toteutusta silloin, kun asiakas ei ollut sen kuntoinen, että lääkkeitä olisi mahdollista turvallisuussyistä asiakkaalle antaa. Yhteisesti sovittiin, että asiakkaille kerrotaan kotilääkepäivien saamiseksi vaadittavat edellytykset ja käydään keskustelua siitä, että kotilääkepäivät eivät ole subjektiivinen oikeus. Kotilääkitys ja sen mahdollisuus arvioidaan aina yksilöllisesti.

Työryhmässä on kritisoitu lomakäytänteitä, jotka ovat olleet jo pidempään hyvin epäselvät. Lomien myöntämistä on jouduttu kyseenalaistamaan jopa lääketurvallisuuteen liittyvistä syistä. Asiakkaat, jotka ovat elämänlaatua parantavassa hoidossa, ovat saaneet useita lomia lyhyellä aikavälillä, vaikka hoito ei ole tasapainossa. Pohdintaa siitä miksi lomia annetaan siitäkin huolimatta, että ne eivät jonkin asiakkaan kohdalla ole toimineet kertaakaan, kuten pitäisi. Käytäntöjä oli tarpeen ohjeistaa ja selkeyttää. Kehittäjä kävi kesällä 2016 sovitusti lääkeryhmässä puhumassa korvaushoitoasetuksen mukaisesti lomalääkeoikeuksista ja siitä että lomalääkitys ei ole subjektiivinen oikeus. Lomalääkeoikeudet sovitaan yksilöllisesti, mutta siten, että elämänlaatua parantavassa hoidossa olevan lomalääkeoikeus rajoittuu yhteen viikkoon kalenterivuodessa tai pidennettyyn viikonloppuun.

Turvallisuus, häiriökäyttäytyminen: Häiriökäyttäytyminen, kuten uhkailu työntekijöitä tai toisia asiakkaita kohtaan, nimittely, huutaminen, tavaroiden heittäminen ja ovien paiskominen oli lisääntynyt kevään ja kesän aikana 2014. Työryhmässä toivottiin tähän toimintaohjeita ja tilanteeseen puuttuminen nopealla aikataululla oli työsuojelunkin näkökulmasta välttämätöntä. Pohdittiin sitä mikä on uhkaavaa käyttäytymistä, kuinka pitkälle asiakas saa mennä että hoito voidaan väkivaltaisuuden vuoksi lopettaa, koska vaaditaan poliisin puuttumista. Ohjeistuksia näihin tilanteisiin tarkennettiin 22.9.2014 pidetyssä työkokouksessa. Mitä sovittiin: Häiriökäyttäytymisestä

tai uhkatilanteesta tehdään aina Haipro-ilmoitus. Mikäli asiakkaan käyttäytymisen vuoksi tehdään ilmoitus, käy asiakas viikon ajan tiivistetysti ryhmäaikojen ulkopuolella, vastaanotolla mukana aina kaksi hoitajaa (hoidon tiivistys, sulkeminen yhteisön ulkopuolelle). Mikäli K-klinikalla on väkivalta-tilanne, voidaan klinikka sulkea sen päivän osalta ja lääkejako lopettaa. Asiakkaiden kanssa käydään säännöllisesti läpi korvaushoito-ohjelmaa ja muistutetaan käyttäytymisestä klinikalla. Myös kirjallisen varoituksen antaminen on mahdollista.

Loppukevästä 2016 ilmeni runsaasti häiriökäyttäytymistä, lähinnä sanallista, haukkumista ja nimittelyä. Kehittäjä kävi tilannetta läpi lääkehoitoryhmässä asiakkaiden kanssa. Asiakkaita muistutettiin käyttäytymisestä ja kerrottiin uudesta käytännöstä, joka työryhmässä oli sovittu: Haipro ilmoitukset tehdään erittäin matalalla kynnyksellä ja mikäli niitä kertyy kahdesta kolmeen, saa asiakas kirjallisen varoituksen. Työntekijöiden kesken sovittiin vartijan hälyttämisestä paikalle välittömästi uhkatilanteessa matalalla kynnyksellä. Mikäli tilanne vaatii, myös poliisi hälytetään matalalla kynnyksellä. Työparityöskentelyä tehdään aina ennakoitavissa olevissa tilanteissa.

Muu lääkehoito (Bentsodiatsepiini, muut PKV-lääkkeet, pregabaliini): Lääkehoidolliset linjaukset olivat yhtenäisiä korvaushoidossa kevästä 2014 alkukeväeseen 2015. Mikäli asiakkaalla oli korvaushoidosta vastaavan lääkärin määräyksestä lääkkeenä bentsodiatsepiineja tai muita PKV-lääkkeitä ne jaettiin sovittuun yksiköseen. Pregabaliini lääkityksiä ei määrätty klinikoilta, niiden käyttö tulkittiin oheiskäyttönä, mikäli niitä ei ollut määrätty selkeällä indikaatiolla erikoissairaanhoidosta. Bentsodiatsepiini lääkehoidon seurannassa sovittiin käytettävän huumeeseulavarmistusta keskimäärin kerran kuukaudessa. Bentsodiatsepiini lääkityksen pudotusohjelmat laadittiin pääsääntöisesti kaikille asiakkaille ja erityisesti kuntouttavassa korvaushoidossa olevilla se oli välttämätöntä, jotta asiakkaan olisi mahdollista siirtyä apteekkijakeluun. Linjaukset muuttuivat sallivampaan suuntaan kevään 2015 jälkeen. Hoitotyöntekijät kritisoivat muutosta, koska monen asiakkaan kohdalla oli tehty huomattava työ esim. bentsodiatsepiinien

alasajossa. Linjausten muutos aiheutti jatkuvia ongelmatilanteita hoitoyksikössä.

Oheiskäyttö ja suonensisäinen käyttö: Oheiskäyttöön, suonensisäiseen käyttöön ja niiden seuraamuksiin laadittiin ohjeistus kevään ja kesän 2014 aikana. Oheiskäyttöön luetaan kaikki laittomat huumeaineet, alkoholi ja kaikki sellaiset lääkkeet, jotka eivät ole reseptillä määrättyjä hoitavasta yksiköstä tai selkeällä indikaatiolla jostakin erikoissairaanhoidon yksiköstä. Kannabiksen käyttö aiheutti usein pohdintaa, se on kuitenkin toistaiseksi laitton ja se on oheiskäytettävä huume, joka aiheuttaa hoidon tiivistyksen, kuten muidenkin aineiden käyttö. Suonensisäinen käyttö on osoitus hoidon tasapainottomuudesta. Oheiskäytön ja suonensisäisen käytön seurauksista sovittiin siten, että niistä seuraa kaikille vähintään kahden viikon kestoinen hoidon tiivistys, viikonloput mukaan lukien. Suonensisäisen käytön seurannassa tehdään pistospaikkojen tarkastuksia, tämä on ohjeistettu siten, että tarkastustilanteessa on aina kaksi työntekijää. Mahdolliset löydökset merkitään kuvioihin, jotka oli tehty vartalosta sekä käsistä, lisäksi huomiot kirjataan tarkasti potilasasiakirjoihin.

Huumetestaus ja seulakontrollit: Huumeeseulaukseen liittyvät kokonaisuudet ovat olleet keskustelun ja kehittämistyön alla koko kehittämishankkeen ajan. Huumeeseulojen tulkinnaissa (ensivaiheen analyysi) oli kaiken aikaa epäselvyyttä. Ensivaiheen analyysi tehdään klinikoilla pikaseulalla virtsasta, pikaseulassa merkkiviivat osoittavat aineiden käytettyjen aineiden positiivisuutta. Pikaseulojen tulkinnaissa oli epäselvyyttä, syksyllä 2014 sovittiin yhteisesti, että vain hoitotyöntekijä tulkitsee seulan ja me emme tunnista haaleita positiivisia viivoja. Pikaseula luetaan siten, että tulos on joko positiivinen tai negatiivinen. Vielä syksyllä 2014 huumeeseulojen varmistukset toteutettiin lääkityksen seurannan ja oheiskäytettävien aineiden kartoituksen perusteella.

Keväällä 2015 laajennetussa työkokouksessa meille tiedotettiin huumeeseulaukseen liittyvistä uusista ohjeistuksista, jotka julkaistiin kesän 2015 aikana. Huumeeseulauksesta sovimme tuolloin, että ne toteutetaan korvaushoidossa olevien asiakkaiden kohdalla vain hoidollisin perustein. Huumeese-

tauksen seuraamukset asiakkaalle tuli myös arvioida aikaisempaa tarkemmin. Huumeseulojen varmistukset tuli tehdä aina, kun kyseessä oli lastensuojelun asiakas tai ensivaiheen seulatulos oli positiivinen muun kuin korvaushoitolääkkeen osalta. Lisäksi tässä yhteydessä sovittiin, että esim. lastensuojelun tai kuntouttavan työtoiminnan tarpeeseen pyydetty seulatestatukset eivät kuulu korvaushoittoon. Sovittiin, että edellä mainituissa tapauksissa asiakkaat ohjataan A-klinikan päivystykseen näytteenantoon tai muu lähettävä taho voi ohjata asiakkaat perusterveydenhuoltoon niin halutessaan. Uudet huumeestatukseen liittyvät ohjeistukset otettiin käyttöön heti kesällä 2015 ja ne tarkentuvat kaiken aikaa.

Ryhmätoiminta, vertaistuki: Verkottaja-hankkeeseen osallistuminen syksyllä 2013 edisti vertaisryhmätyöskentelyä ja ryhmätoimintaa sekä A- että K-klinikalla. Molemmilta klinikoilta hankkeessa oli mukana yksi sairaanhoitaja. Korvaushoidossa oleville asiakkaille järjestettiin vertaisryhmiä, erityyppisiä inforyhmiä sekä virkistysryhmiä. Asiakkaille annettiin mahdollisuus olla mukana toiminnan suunnittelussa. Ennen hanketta ryhmätoimintaa ei ollut K-klinikalla erikseen järjestettynä, ainoastaan A-klinikalla oli ryhmätoimintaa, johon korvaushoitiasiakkaat harvoin osallistuivat. Hanke päättyi syksyllä 2014, toimintaa yritettiin jatkaa yhteistyössä Lahden kaupungin ja vertaistyöntekijöiden kanssa, mutta asiakkaat eivät hakeutuneet järjestettyyn toimintaan. Pitkään on puhuttu ryhmätoiminnan lisäämisestä ja sen vahvistamisesta K-klinikalla, esteenä ovat olleet liian pienet tilat ja henkilöstöressit. Ryhmätoiminnan kehittämistä on aloitettu nyt kesän 2016 aikana, toiminta on asiakaslähtöisesti virkistysmuotoista toimintaa. Asiakkaita on aktiivisemmin ohjeistettu hakeutumaan myös A-klinikalla pidettäviin ryhmiin. Erityisesti elämänlaatua parantavassa hoidossa tulisi hyödyntää ryhmämuotoista toimintaa lääkehoidon rinnalla.

5.3 Benchmarking-vertailu

Benchmarking menetelmää käytetään yleisesti vieraillemalla eri organisaation vastaavissa kohteissa, kuin kyseessä oleva oma vertailukohde eli tässä yhteydessä korvaushoitoa toteuttava yksikkö. Kehittäjä päätyi kuitenkin

toteuttamaan benchmarking-vertailua Internetissä saatavilla olevia dokumentoituja palvelukuvauksia ja ohjeistuksia hyödyntämällä. Dokumenttien vertailua voidaan pitää yhtä hyvänä toimintatapana kuin vierailua jossakin vastaavassa kohteessa. (ks. Ojasalo ym. 2009, 43-44.) Kehittäjä valitsi vertailun kohteeksi kolme toisistaan poikkeavaa korvaushoidon toteutuksen kuvausta. Kehittäjä valikoi kuvaukset siten, että ne edustivat muita organisaatioita kuin kehittämishankkeen taustaorganisaatio. Lisäksi kaksi kuvauksista on julkiselta sektorilta. Karjalainen (2002, 6-7) esittää tämän tyyppisen työskentelyn olevan ulkoista arviointia, koska vertailun kohde on oman organisaation ulkopuolelta. Lisäksi se on myös riippumatonta arviointia, koska silloin vertailutieto etsitään yleisistä lähteistä eikä luoda kontakteja kumppaniin.

Vertailu toteutui osittain kehittämishankkeen teema-alueiden mukaisesti, lisäksi kehittäjä teki vertailua löytääkseen jotakin uutta ja hyväksi havaittua työkäytäntöä, joka olisi myös Lahdessa toteutettavaan korvaushoitoon hyödynnettävissä. Esiin nostettiin niitä työkäytäntöjä ja asiakokonaisuuksia, jotka poikkeavat jollakin tavalla Lahden käytännöistä. Tässä yhteydessä kuvataan myös niitä hyviä käytäntöjä, joita on ollut mahdollista hyödyntää työryhmän kanssa toteutuneessa kehittämistyöskentelyssä ja joista on saatu tukea työkäytäntöjen uudistamiseen. Lisäksi sellaiset hyvät käytännöt on kuvattu, joita voidaan hyödyntää myös tämän kehittämishankkeen päätyttyä.

Benchmarking-vertailussa käytetyt dokumentoidut palvelukuvaukset ja ohjeistukset (kohdat 1-3) pohjautuvat STM asetukseen (33/2008), jolla korvaushoitoa säädellään. Lisäksi kaikissa dokumenteissa tuodaan jossain muodossa esille muu lainsäädäntö, joka korvaushoidon toteutuksessa ja palvelun tuottamisessa on huomioitava.

1. Helsingin diakonissalaitos. Päihde- ja mielenterveystyö, korvaushoitoyksikkö. Espoon palvelukuvaus, 2015:

Dokumentoitu palvelukuvaus on selkeä ja hyvä kuvaus korvaushoidon sisällöstä ja sitä ohjaavista linjauksista. Palvelukuvaus on tiivis ja vain kah-

den sivun laajuinen. Palvelukuvauksesta välittyy yksilöllisyyden ja ihmisarvon kunnioittaminen. Lisäksi korvaushoitoon liitetään vahvasti osallisuutta, arjen hallintaa ja kuntoutumista tukeva ryhmä- sekä vertaistoiminta.

Hoito- ja kuntoutussuunnitelman arvioinnissa ja päivityksessä on Espoossa mukana tilaajatahon edustaja, asiakkaan ja korvaushoitoa toteuttavan henkilöstön lisäksi. Suunnitelmaan sisältyy toimintakyvyn ja kuntoutustarpeen arvio elämän eri osa-alueilla. Siinä laaditaan lähi- ja etätavoitteet sekä tavoitteiden pääsemiseen tarvittavat keinot, lisäksi suunnitelmassa arvioidaan aika tavoitteiden saavuttamiseksi.

Palvelukuvauksessa on asiakkaalle huomioitavaa osiossa tuotu selkeästi esille hoidon päättäminen, mikäli asiakas on ollut poissa hoidon piiristä viikon, päätetään hoito siihen ilman erillistä suunnitelmaa. Asiakkaan poisolosta ilmoitetaan tilaajalle.

Espoossa on käytössä hoitoisuusluokat, jotka on jaettu neljään ryhmään. Hoitoisuusluokat 1-3 kuvaavat kuntouttavan korvaushoidon vaiheita ja hoitoisuusluokka 4 kuvaa haittoja vähentävää korvaushoitoa.

Luokka 1 kuvataan hoidon aloitusvaiheena, jonka kesto on keskimäärin kuusi kuukautta. Asiakkaat käyvät tämän vaiheen aikana pääsääntöisesti hoitoyksikössä päivittäin, tämä perustellaan valvotulla ja turvallisella korvaushoitolääkkeen jaolla. Hoito- ja kuntoutussuunnitelma päivitetään vähintään kolmen kuukauden välein. Asiakkaat tapaavat lääkärin tässä vaiheessa vähintään 1-3 kertaa kuukaudessa tai yksilöllisen tarpeen mukaan. Asiakkaalle tarjotaan osallisuutta ja kuntoutumista edistävää toimintaa.

Luokka 2 kuvataan kuntouttavan korvaushoidon aktiivisena psykososiaalisen kuntoutustyöskentelyn vaiheena. Hoitoaika tässä vaiheessa on keskimäärin 15 kuukautta. Tässä vaiheessa asiakkaat asioivat hoitoyksikössä viikoittain 1-5 kertaa viikossa. Lääkärin vastaanotolla asiakas käy vähintään neljän kuukauden välein. Asiakkaalle järjestetään viikoittain osallisuutta, terveyttä, arjen hallintaa ja kuntoutumista tukevaa toimintaa.

Luokka 3 kuvataan jatkohoitovaiheena aktiivisen kuntouttavan hoitojakson jälkeen. Tämä vaihe edellyttää asiakkaalta tasapainossa olevaa elämäntilannetta. Tavoitteena tässä vaiheessa on asiakkaan tuki päihteettömyyteen tilanteessa, missä varsinaista kuntoutustyöskentelyn tarvetta ei enää ole. Lisäksi asiakasta tuetaan säilyttämään saavutettu elämänhallinta. Korvaushoidon lääkehoidon perusteltu jatkaminen sisältyy tähän vaiheeseen. Asiakas voi olla apteekkijakelussa tai lääkehoito toteutetaan edelleen hoitoyksiköstä. Lääkärin vastaanotto on vähintään kerran vuodessa. Hoito- ja kuntoutussuunnitelma päivitetään asiakkaan tarpeen mukaan, kuitenkin vähintään vuosittain.

Luokka 4 kuvaa opioidien käytöstä aiheutuvien haittojen vähentämistä ja elämänlaatua parantavan hoidon tavoitteellisuutta. Hoito on suunnattu asiakasryhmälle, joka ei todennäköisesti kokonaan luovu huumeiden käytöstä. Asiakkaat asioivat hoitoyksikössä 5-7 kertaa viikossa (korvaushoitolääkkeen valvottu ja turvallinen jakaminen). Hoito- ja kuntoutussuunnitelma päivitetään vuosittain tai asiakkaan tarpeen mukaan. Lääkärin vastaanotto on vähintään kerran vuodessa. Tässä vaiheessa ja hoitomuodossa voi tavoitteena olla myös asiakkaan valmentaminen ja siirtyminen kuntouttavaan korvaushoittoon.

2. Oulun yliopistollinen sairaala. Psykiatrian tulosalue. Opioideilla tapahtuva vieroitus- ja korvaushoito, 2015:

Oulun yliopistollisen sairaalan kuvaus opioideilla tapahtuvasta vieroitus- ja korvaushoidosta käsittää koko korvaushoitoprosessin. Kuvaus on tiivis lyhennelmä hoitoprosessin osa-alueista. Dokumentissa käsitellään kuitenkin melko tarkasti korvaushoitolääkkeen ja muiden riippuvuutta aiheuttavien lääkkeiden osuus hoidossa. Dokumentti on neljän sivun laajuinen, joiden lisäksi ovat liitetiedostot. Liitteenä oleva korvaushoidon hoitosopimus on sisällöltään varsin informatiivinen kuvaus korvaushoidon toteutuksesta ja työkäytännöistä. Kuvauksessa ei tuoda esille korvaushoidon jakoa kuntouttavaan tai haittoja vähentävään hoitoon. Lukijalle välittyy kuvauksesta lääketieteellisen näkökulman mukainen lähestymistapa.

Bentsodiatsepiini ryhmän lääkkeitä ohjeistuksessa todetaan, että tämän ryhmän lääkkeet eivät voi olla korvaushoidon aikana käytössä niin sanottu uni- tai rauhoittavina lääkkeinä. Erityisesti ohjeistuksessa tuodaan esille bentsodiatsepiini lääkkeiden ja metadon korvaushoitolääkkeen toksinen yhteisvaikutus ja näin ollen metadon korvaushoitolääkkeellä olevilta lopetetaan pääsääntöisesti bentsodiatsepiinilääkitys.

Kotilääkeannoksia ja vapaapäiviä voi Oulun alueella toteutetussa korvaushoidossa saada vasta puolen vuoden rikkeettömän hoidon jälkeen. Tämä koskee hoidon aloitusta ja siten myös toisaalla hoidossa jo olleita paikkakunnalle muuttavia. Puolen vuoden tiivistä jaksoa perustellaan yhteistyön ja luottamuksen syntymisellä asiakkaan ja sen hetkisen hoitopaikan välille.

Hoitosuunnitelma allekirjoitetaan avohoidossa lähettäneen tai hoitovastuussa olevan kanssa. Avohoidon alkaessa määritellään tarvittavat yhteistyötahot, tapaamistiheys, työnjako, huumeeseulat ja yhteistyöpalavereiden toteuttaminen. Korvaushoito sisältää suunnitellusti viikoittaisia tapaamisia sosiaaliterapeutilla, jotka toteutuvat sovituissa hoitopaikoissa (esim. A-klinikka, Nuorten päihde- ja huumeasemalla). Sosiaalisen kuntoutuksen ja palveluohjauksen vahvaa integraatiota korostetaan hoidon toteuttamisessa. Lisäksi psykoterapiaa hyödynnetään hoidossa lääkehoidon tukena.

Oulun alueen korvaushoidon hoitosopimus sisältää useita hyviä käytännön ohjeistuksia, joita tässä yhteydessä lyhyesti kuvataan:

Psykososiaalisen kuntoutuksen sisällössä on kuvattu palveluohjaus, joka sisältää avustamista erilaisten asioiden hoidossa. Lisäksi kotikäynnit sekä pari- ja perheterapia on tässä yhteydessä huomioitu omana osa-alueenaan.

Lääkehoidon sisällön kuvauksessa on muistutettu asiakkaita siitä, että jokaisen hoito on yksilöllinen ja toisen asiakkaan hoidon erityispiirteet eivät merkitse yleistä oikeutta tai velvollisuutta samoihin asioihin. Asiakasta muistutetaan myös velvollisuudesta toimittaa kirjallinen todistus toistuvista

lääkehakuaikaan osuvista menoista ja kaikista menoista tulee myös ilmoittaa hyvissä ajoin.

Oheiskäytön valvonnan ja sen seuraamusten osiossa selvitetään yksityiskohtaisesti kannabiksen ja amfetamiinin oheiskäytön vaikutukset korvaushoitolääkeannoksen puolittamiseen. Alkoholin kanssa on nollatoleranssi, mikäli asiakkaan uloshengitysilmassa on alkoholia, siirretään lääkkeenjakoa myöhempään ajankohtaan toimipisteen aukiolojen mukaan tai seuraavaan päivään.

Kotilääkepäivien antaminen edellyttää kuuden kuukauden rikkeetöntä jaksoa hoidossa. Viikoittaisten kotilääkepäivien määrää lisätään Oulussa pääsääntöisesti kuukausittain, mikäli hoito on edelleen tasapainossa. Kotilääkepäivien menettämiseen liittyvät käytännöt on kuvattu yksityiskohtaisesti. Kotilääkepäivien menetykseen vaikuttaa oheiskäyttö, hoitopaikan sääntörikkomukset sekä hoitosuunnitelman toteutumattomuus. Myös lääkeannoksen puolittamista voidaan käyttää esimerkiksi lievän häiriökäyttäytymisen vuoksi (huutaminen, haukkuminen tai ovien paiskominen) tai vaihtoehtoisesti asiakas voidaan jättää kokonaan ilman korvaushoitolääkettä. Yksittäinen sääntörikkomus siirtää kotilääkepäivien aloitusta kuukaudella ja vähentää viikossa kotiin annettavan lääkeannoksen määrää yhdellä.

Mikäli asiakas yrittää lääkkeen jemmausta, johtaa se Suboxone lääkkeen jauhamiseen kuukauden ajaksi. Mikäli asiakas jättää yhden lääkkeenhakukerran väliin, menettää hän kotilääkepäivät viikon ajaksi. Mahdollisen sopimusrikkomuksen vakavuusasteen mukaisesti, joko tiivistetään hoitoa, edellytetään osastojakoa, ajetaan lääkitys alas tai mahdollisesti lopetetaan kerralla. Mikäli asiakas ei suostu hoidon uudelleen arvioon tai sen toteuttamiseen, johtaa se hoidon lopettamiseen.

Suboxone lääkkeen valvotusta antamisesta asiakkaalle on dokumentissa liitteenä ohjeistus, jota Lahdessa hyödynsimme jo keväällä 2014 Oulussa 2013 päivitetyn ohjeistuksen mukaisesti. Ohjeistus muokattiin siten, että siihen liitettiin myös metadon lääkettä koskevaa ohjeistusta.

3. Rovaniemen Mielenterveys- ja päihdepalvelut /A-klinikka. Opioidikorvaushoidon ohjeita 2014:

Rovaniemen Mielenterveys- ja päihdepalveluiden opioidikorvaushoidon ohjeistus on laadittu hankkeena ja hankkeeseen on saatu Kasterahoitus, toteutuksesta on vastannut kehittäjätyöntekijä, sairaanhoitaja Helena Rännäli. Ohjeistuksessa on 27 sivua sisältäen liitetiedostot. Ohjeistus sisältää koko opioidikorvaushoitoprosessin ja on kokonaisuudessaan hyvin yksityiskohtainen ja laaja dokumentti. Hoidon toteutus on kuvattu tarkasti ja kokonaisvaltaisesti niin hoidon aloituksen, lääkehoidon, oheiskäytön, hoidon seurannan, kotilääkepäivien, hoitolinjausten (kuntouttava/haittoja vähentävä) kuin hoidon päättämisenkin osalta. Hoitolinjaus osioon on integroitu lyhyesti psykososiaalinen kuntoutus hoidossa.

Bentsodiatsepiinit ja Pregabaliini ohjeistetaan ajamaan alas jo ennen varsinaista hoidon alkua. Bentsodiatsepiineja ei käytetä uni- tai rauhoittavina lääkkeinä. Pregabaliinin käytöstä ohjeistetaan sen olevan sallittua ainoastaan erityistapauksissa, jolloin käyttöaihe vaikea kiputila tai jokin trauma.

Huumeseulanäytteiden ottamisen tiheydestä ohjeistetaan niitä otettavan hoidon alussa 1x viikossa, kuntouttavassa korvaushoidossa vähintään 2x kuukaudessa ja haittoja vähentävässä hoidossa vähintään 1x puolen vuoden aikana. Seulanäytteitä otetaan lisäksi tarpeen mukaan.

Rovaniemellä päätös kuntouttavan korvaushoidon ja haittoja vähentävän hoidon välillä tehdään vasta ensimmäisen kolmen kuukauden jälkeen hoidon aloituksesta.

Kuntouttavassa korvaushoidossa läheiset ja muu verkosto otetaan erityisen hyvin huomioon. Ohjeistuksen mukaan jopa hoitokokoukset, joissa tarkistetaan hoito- ja kuntoutussuunnitelma voidaan pitää esimerkiksi asiakkaan kotona yhdessä läheisten kanssa. Kuntouttavassa korvaushoidossa lääkejako tapahtuu yksilöajalla, joka on kestoltaan 15 minuuttia

Haittoja vähentävä hoitolinja valitaan silloin, kun asiakkaalla on jatkuvaa huumeiden oheiskäyttöä vielä aloitusjakson jälkeen, eikä motivaatioita sen

lopettamiseen ole. Myös psyykkisten tai somaattisten sairauksien vuoksi voidaan päätyä haittoja vähentävään hoitoon. Asiakkaiden lääkejako on pääasiassa ryhmätilanteessa. Asiakkaat tapaavat omahoitajaa vähintään kaksi kertaa vuodessa. Lääkärille varataan aikoja ainoastaan tarvittaessa. Kotilääkkeitä voidaan haittoja vähentävässä hoidossa antaa vain päiväksi kerrallaan erillisen harkinnan mukaan.

Kotilääkepäiviä asiakkaan on mahdollista saada aikaisintaan kolmen hoitokuukauden jälkeen. Yhtenä kriteerinä ovat negatiiviset seulatulokset, vähintään kuukauden ajan, ennen kotilääkkeen antamisen aiottua ajankohtaa. Oheiskäyttö johtaa kotilääkeoikeuksien menettämiseen kolmeksi viikoksi kerrallaan, jonka jälkeen oikeuksia voidaan palauttaa hoidon ollessa tasapainossa. Toistuva oheiskäyttö johtaa kotilääkepäivien kokonaan menettämiseen ja hoidon arvioon. Lomalääkkeistä ja niiden saamisesta on dokumentoitu selkeä ohjeistus. Rovaniemellä lomalääkkeet voi saada vain kertaluontoisesti ja aikaisintaan kolmen kuukauden jälkeen hoidon aloituksesta. Mikäli kyseessä olisi kuntoutussuunnitelmaa tukeva pidempikestoinen loma, voi asiakas tuolloin saada maksusitoumuksen toiselle paikkakunnalle lääkehoitoa varten.

Yhteenveto benchmarking-vertailusta

Benchmarking-vertailun yhteenveto esitetään liitteessä (Liite 6). Yhteenvedossa huomioidaan ne kokonaisuudet, jotka olivat hyödynnettävissä tämän hankkeen kehittämistyöskentelyssä sekä tuotoksen laadinnassa. Lisäksi kuvataan kokonaisuudet, joita on mahdollista hyödyntää korvaushoidon kehittämistyöskentelyssä tämän hankkeen päätyttyä. Yhteenvedossa on benchmarking kohteiden lisäksi Lahti (kehittämishankkeen toimintayksiköt), jotta vertailussa kohdennettujen hyvien käytäntöjen käytettävyys kehittämistyöskentelyyn on osoitettavissa. Liitteenä olevan yhteenvedon benchmarking-vertailun aihealueet esitetään kuviossa 8.



Kuvio 8. Benchmarking-vertailu: yhteenvedon aihealueet

Benchmarking-vertailussa muodostui 12 aihealuetta, jonka mukaisesti vertailu benchmarking kohteiden ja Lahden toimintayksiköiden välillä toteutui. Aihealueiden muodostumiseen vaikuttivat kehittämishankkeen lähtötilanteen kartoituksessa uudistamista ja kehittämistyöskentelyä edellyttäneet osa-alueet sekä työryhmän kehittämistyöskentelyssä kohdentuneet osa-alueet. Yhteenvedossa esitetään laajemmin Lahden toimintayksiköistä selittävää tekstiä kuin vertailussa olleista kohteista. Kehittäjä kokosi tähän osioon jo Lahdessa olemassa olevia käytäntöjä, parannettavia ja kehitettäviä käytäntöjä sekä mahdollisuuksien mukaan tulevaisuudessa hyödynnettäviä käytäntöjä.

5.4 Toteutuksesta tuotokseen

Kehittämishankkeen toteutusosio käynnistyi opioidikorvaushoidon lähtötilanteen kuvauksella. Kuvaus muodostui konkreettisesti sen hetkisten perustyössä näyttäytyneiden haasteiden ja ongelmien pohjalta. Kuvauksessa huomioitiin se miten aikaisemmin on korvaushoitoa toteutettu ja mitkä tulevaisuuden haasteet tulisivat hoidossa olemaan. Lähtötilanteen kuvaus loi pohjan työryhmätyöskentelylle sekä benchmarking-vertailulle ks. luku 5.1,

kuvio 7. Kehittämisen kohteet ja aihealueet esiintyivät samankaltaisina kaikissa toteutuksen vaiheissa.

Työryhmätyöskentelyssä painottui tarve- ja ongelmalähtöinen lähestymistapa. Keskustelut ja yhteinen kehittämistyöskentely kohdentui olennaisesti vallitsevien työkäytäntöjen parantamiseen. Korvaushoidon toteutus on usein kuormittavaa, jonka vuoksi on tärkeää sopia yhtenäiset käytännön linjaukset ja pelisäännöt. Kehittämistyöskentely eteni vaiheittain uudistusten jalkauttamisella käytäntöön. Käytännössä testattiin sovitun työtavan tai ohjeistuksen toimivuutta ja mikäli epäonnistuttiin, jatkettiin kehittämistyöskentelyä. Erityisesti lääkehoitoryhmien kehittämistyöskentelyssä tämä tuli hyvin esille ks. luku 5.2. Lähtötilanteen kartoitukseen verrattuna uusia kehittämistä vaativia osa-alueita ei noussut esille kuin turvallisuus ja häiriökäyttäytyminen. Yhteistyössä tuotettu aineisto on siirretty hankkeen tuotokseen sellaisessa muodossa, johon lopulta on kokeilevien vaiheiden kautta päädytty. Tuotoksessa eli osaprosesseissa ja käsikirjassa kuvatut yksityiskohtaiset hoidon toteutuksen ratkaisut kuvaavat siten korvaushoidon toteutuksen nykytilannetta.

Kehittämistyöskentelyä tukevana materiaalina hyödynnettiin syksyllä 2014 Rovaniemellä järjestetyn valtakunnallisen opioidikorvaushoidon verkostopäivien työpajojen tuotoksia. Rovaniemellä järjestetyt verkostopäivät olivat ensimmäiset tässä muodossa järjestetyt. Päivillä oli mukana noin 120 osallistujaa sekä asiantuntijoita, korvaushoidon toteuttajia että kokemusasiantuntijoita. Työpajoja oli useiden korvaushoitoon liittyvien kokonaisuuksien mukaisesti ja niiden tuotokset edustivat varsin laajaa käytännön työn näkemystä. Kehittäjä osallistui Rovaniemen verkostopäiviin yhdessä yhden K-klinikan sairaanhoitajan kanssa. Verkostopäivien koulutuspalautte annettiin työryhmälle työpajoissa käytyjen keskustelujen mukaisesti. Työpajojen tuotokset sekä kuntouttavasta korvaushoidosta että elämänlaatua parantavasta korvaushoidosta olivat yllättävän samansuuntaiset Lahdessa toteutettuun kehittämistyöskentelyyn liittyvän pohdinnan ja keskustelun kanssa.

Rovaniemellä käytiin seuraavanalaista keskustelua elämänlaatua parantavasta (haittoja vähentävästä hoidosta): *Hoitomuodossa tarvitaan yhtäläisillä selkeitä sääntöjä ja kriteereitä liittyen hoitoon pääsyyn, hoidon päättämiseen, oheiskäyttöön, käyttäytymiseen sekä hoitolinjauksista toiseen siirtymiseen. Yleisenä käytäntönä hoitomuodossa voi saada yksittäisiä kotilääkepäiviä, mutta kotilääkeoikeus katsottiin kuuluvan lähinnä kuntouttavaan korvaushoitoon vrt. luku 5.2 työryhmän kehittämistyöskentely.* Huomion arvoista tässä on se, että korvaushoidon toteuttajat näinkin laajasti edustettuna kohtaavat täysin vastaavat ongelmat hoitopaikasta tai paikkakunnasta riippumatta.

Benchmarking-vertailussa muodostui 12 aihealuetta, joiden mukaisesti vertailu toteutettiin, ks. luku 5.3. Vertailun tuottamaa aineistoa siirrettiin hankkeen tuotoksiin niiltä osin kuin se vastasi hoidon toteutuksen nykytilaa. Erityisesti vertailuaineistoa hyödynnettiin kuntouttavan ja elämänlaatua parantavan hoidon sisällön määrittelyssä. Lisäksi hyödynnettyjä kokonaisuuksia oli koti- ja lomalääkitys, huume-seulojen ottamisen tiheys ja lääkärin vastaanottojen frekvenssi. Useita hyviä käytänteitä on käyty läpi työryhmässä, ne kuitenkin jätettiin valikoidusti pois tuotoksesta ja hyödynnetään myöhemmin kehittämistyöskentelyssä tämän hankkeen jälkeen.

Hankkeen tuotokseen on lisätty myös uuden Etelä-Suomen palvelualueen ylilääkärin kannanotot korvaushoidosta. Kehittäjä tapasi alueen ylilääkärin 19.9.2016. Tapaamiseen kerättiin työryhmässä asioita joihin edelleen toivottiin kannanottoja ja selkeyttä. Kokonaisuudet liittyivät huume-testauksen tiheyteen, turvalliseen lääkehoitoon, pegabaliinin käyttöön korvaushoidossa, huomattavaan alkoholinkäyttöön sekä koti- ja lomalääkitysoikeuksiin hoitolinjausten mukaisesti. Ylilääkärin ohjeistukset on siirretty sellaisenaan osa-prosesseihin sekä käsikirjaan. Ylilääkäri ohjeisti myös uuteen toimintatapaan elämänlaatua parantavassa hoidossa olevien asiakkaiden alkoholin käyttöön liittyen. Ohjeistus on kirjattu osaprosessiin, sitä ei ole kuitenkaan vielä viety käytäntöön.

6 KEHITTÄMISHANKKEEN TUOTOS

6.1 Opioidiriippuvaisten korvaushoidon toteutuksen mallinnus prosessikuvauksina

Kehittämishankkeen tuotokset, prosessimallinnukset (luku 6.1) sekä käsikirja (luku 6.2) jätetään julkaisematta osana tätä opinnäytetyötä. Asiakirjat jäävät vain A-klinikkasäätiö organisaation sisäiseen käyttöön osana liike- ja ammattisalaisuutta.

Prosessimallinnuksessa kehittäjä käytti A-klinikkasäätiön virallista prosessikuvauksia varten laadittua prosessikaavaketta. Kehittämishankkeessa se kuitenkin muokattiin tuotosta palvelevaan muotoon. Valmiista prosessikaaviosta kehittäjä poisti seuraavat sarakkeet: mittarit, tavoitetaso, arviointi sekä kehittämistehtävät. Prosessia muokattiin mallinnuksen teema-alueiden mukaisesti. A-klinikkasäätiön yhtenäisen prosessikaavakkeen käyttäminen tässä hankkeessa perustui siihen, että tarvittaessa tämän hankkeen tuotos on siirrettävissä viralliseen prosessikaaviopohjaan. Tässä hankkeessa prosessimallinnuksen ydinprosessi on opioidiriippuvaisten korvaushoidon toteutus ja osaprosessit muodostuvat kuntouttavasta korvaushoidosta (Liite 7a), elämänlaatua parantavasta korvaushoidosta (Liite 7b) sekä raskaana olevan opioidiriippuvaisen korvaushoidosta (Liite 7c), ks. kuvio 2.

Osaprosessit kuntouttava korvaushoito sekä elämänlaatua parantava korvaushoito on kuvattu opioidiriippuvaisten korvaushoidon toteutuksen vaiheesta (Liitteet 7a, 7b). Prosessimallinnukset käynnistyvät hoidon järjestämisestä, hoidon aloituksesta sekä suunnittelusta ja loppuvat hoidon päättämiseen tai päättymiseen. Raskaana olevan opioidiriippuvaisen asiakkaan korvaushoidon prosessimallinnus (Liite 7c) on poiketen edellisistä kuvattu koko korvaushoidon prosessin mukaisesti. Prosessin vaiheet sisältävät siten palveluun ohjautumisen ja hakeutumisen. Hoidon tarpeen arvioinnin sekä hoidon toteutuksen erillisinä hoitopolkuina ja hoidon päättämisen ja päättymisen, joka on integroitu hoitopolkuihin. Koko prosessin kuvaukseen kehittäjä päätyi raskaana olevan korvaushoidon erityispiirteiden

vuoksi, lähtökohtaisesti opioideista vieroittautumista pidetään ensisijaisena hoitomuotona. Mallinnuksessa on korvaushoidon toteutuksen osa-aluetta korostettu sävyttämällä se muusta prosessista poiketen.

6.2 Opioidiriippuvaisten korvaushoidon toteutuksen mallinnus käsikirjana

Osaprosessien mallinnuksen lisäksi tässä hankkeessa laadittiin prosesseja tukeva sanallinen selite, joka dokumentoitiin käsikirjan muodossa (Liite 8). Opioidiriippuvaisten korvaushoidon toteutuksen käsikirja on laadittu erityisesti sopimuskuntien sekä A- ja K-klinikan toiminnan ja käytäntöjen mukaisesti. On huomioitava, että ennen kehittämishanketta ja sen aikana käytössämme oli useita korvaushoitoa ja toimintaa koskevia ohjeita sekä dokumentteja, jotka olivat erillisinä tiedostoina ja siten vaikeasti hahmotettavissa. Tässä käsikirjassa kaikki erilliset korvaushoitoa koskevat dokumentit, ohjeistukset ja toiminnot yhdistetään yhdeksi kokonaisuudeksi.

Käsikirja on jaettu teema-alueisiin, jokaisesta teema-alueesta on laadittu myös yhteenvetokooste. Lisäksi tekstiosioon on lisätty tarvittavat linkit tiedostoihin, Intrassa oleviin ohjeistuksiin sekä Internetistä löytyviin ohjeistuksiin. Opioidiriippuvaisten korvaushoidon teema-alueet muodostuvat luvussa 6.1 esitetyn prosessimallinnuksen vaiheiden mukaisesti. Käsikirjaan on lisätty teema-alue erityispiirteet hoidossa prosessimallinnuksesta poiketen. Käsikirjan teema-alueet ovat: 1. Hoidon järjestäminen, hoidon aloitus ja suunnittelu. 2. Lääkehoito. 3. Psykososiaalinen tuki ja kuntoutus. 4. Hoidon seuranta. 5. Hoidon päättäminen/päättyminen. 6. Erityispiirteet hoidossa

7 POHDINTA

7.1 Kehittämishankkeen toteutuksen arviointi

Kehittämishankkeessa tavoitteena oli luoda prosessimallinnus opioidiriippuvaisten korvaushoidon toteutuksesta. Kehittämisen taustalla oli tarve edistää opioidiriippuvaisten korvaushoidon toteutukseen liittyviä muutoksia ja uusia työkäytäntöjä sekä jäsentää perustyön toteutusta. Kehittämistoiminnan kohteena oli useiden yhtäaikaisten muutosten hallittu edistäminen opioidiriippuvaisten korvaushoidon toteutuksessa (ks. Liite 1). Kehittäminen kohdistui palvelun uudistamiseen sekä uudelleen järjestelyyn. (ks. Toikko ja Rantanen 2009, 14, 16.) Arviointi käynnistettiin heti hankkeen suunnitelmavaiheessa hyötynäkökulman mukaisesti. Robsonin (2001, 60) mukaan päähuomio hyödyn saajina tulisi kohdentaa ammattilaisia ja muita osallisia hyödyttäviin näkökulmiin. Hyötynäkökulmasta arvioinnin avulla saatu tieto syventää ymmärrystä toiminnan ongelmista ja palvelun parantaminen mahdollistuu, kuten tässä yhteydessä. (ks. Virtanen 2007, 144.)

Tämän kehittämishankkeen arviointi on luonteeltaan prosessiarviointia, koska tavoitteena on selvittää toiminnan kehittämistarpeita ja edistymistä kaiken aikaa. Robsonin (2001, 77, 79) mukaan prosessiarvioinnilla selvitetään sitä, mitä tapahtuu kun toimintaa toteutetaan ja miten sitä toteutetaan. Seppänen-Järvelä (2004, 19) esittää, että prosessiarvioinnin avulla voidaan tuoda esille käytössä olevaa toimintatapaa, lisäksi se mahdollistaa muutosprosessien tarkastelun ja tuo esille niiden keskeisimmät piirteet. Hänen mukaansa prosessiarviointi on formatiivista, koska sillä viitataan sellaiseen arviointiin, joka kohdistuu kehittämisen toteuttamiseen eli miten sitä on tehty ja kuinka sitä voidaan parantaa. Toikon & Rantasen (2009, 51, 61) mukaan arviointia toteutetaan prosessinomaisesti, jolloin se tekee näkyväksi kehittämistoiminnan tavoitteiden sekä toimintojen mahdolliset muutokset. Lisäksi arvioinnilla tuetaan uuden tiedon tuotantoa.

Aineiston hankinnan keskeisenä menetelmänä hyödynnettiin työryhmätyöskentelyä ja yhteistyössä kehittämistä. Työryhmätyöskentely oli käynnistynyt hyvin jo ennen varsinaisen hankkeen suunnitelmavaihetta, joten

oli luonnollista jatkaa yhteistyössä kehittämistä myös hankkeen aikana. Alasoinin (2011, 30-31) mukaan henkilöstöä osallistavissa lähestymistavoissa henkilöstön roolia voidaan kuvata aitona ja itsenäisenä osapuolena muutosten suunnittelussa ja toteutuksessa. Kehittäjä halusi varmistua siitä, että tutkimustoiminnalla voidaan lisätä toimijoiden kuulluksi tuleamista ja kehittämiseen osallistumista. Työryhmätyöskentelyn yksi parhaimmista puolista oli hiljaisen ja kokemukseen perustuvan tiedon, osaamisen ja asiantuntijuuden jakaminen (ks. Heikkilä, Jokinen ja Nurmela 2008, 104; Ojasalo ym. 2009, 20,28; Salonen 2013, 14.) Merkittävää oli se, että tästä oli huomattava hyöty kehittämishankkeen tavoitteen saavuttamisen kannalta. Kehittäjä itse on toiminut hankkeen ajan kehittäjä-työntekijän roolissa ja ollut kaiken aikaa yhteistyössä toimijoiden kanssa (ks. Linturi 2003).

Työryhmätyöskentelyä toteutettiin siten, ettei se kuormittaisi henkilöstöä kohtuuttomasti perustyön ohella, joten osallistaminen ja osallistuminen sekä aineiston hankinta toteutettiin avoimen keskustelun turvin. Keskustelut toteutuivat erilaisissa työyhteisössä jo valmiina olevissa foorumeissa. (ks. Toikko ja Rantanen 2009, 96.) Kehittäjä on tyytyväinen tähän valintaan, koska kehittämistyöskentely on toteutunut työskentelyn ohessa, ilman suurempaa kuormittavuutta. Kehittämistyöskentely eteni prosessinomaisesti uusien käytäntöjen kokeilevalla toiminnalla (ks. Heikkilä ym. 2008, 99), joista hyvänä esimerkkinä voidaan osoittaa lääkehoitoryhmien uudistukset, ks. luku 5.2. Yhteisillä tärkeiden asioiden linjauksilla ja konkreettisilla käytännöillä on huomattavat vaikutukset työhyvinvointiin, työhön sitoutumiseen, osaamisen jakamiseen sekä osaamisen arvostamiseen (ks. Virtanen ja Kauppinen 2008, 44, 47,50).

Kehittämishankkeessa toteutettiin uusien hoidon kokonaisuuksien sekä työkäytäntöjen arviointia sekä seuranta säännöllisin väliajoin, ja usein arjen yhteisissä tilanteissa esimerkiksi hoitokokouksen tai infopalaverin yhteydessä. Seurannasta sovittiin lähes poikkeuksetta aina uuden työ- tai toimintakäytännön kokeilun alkaessa. Seurantalavereista saadulla aineistolla tuettiin työn etenemistä oikeaan suuntaan sekä vahvistettiin työn arviointiprosessia. Toimijat pidettiin ajan tasalla työhön liittyvien muutosten suhteen. (ks. Jääskeläinen 2013, 86, 146.) Seppänen-Järvelän (2004, 44-

46) mukaan reflektointia voidaan pitää prosessiarvioinnin keskeisenä elementtinä. Ryhmässä tapahtuvan reflektion ensisijaisena työkaluna voidaan pitää keskustelua. Kehittämistyön jaksottaminen ja arvioivien pysähdysten toteuttaminen on prosessiarvioinnin kannalta olennaista.

Benchmarkingia käytettiin myös aineiston hankinnassa. Hankkeen suunnitelmavaiheessa oli kehittäjän tarkoitus tehdä benchmarking-vierailu muutamaaan A-klinikkasäätien korvaushoitoa toteuttavaan yksikköön. Kehittäjä päätyi kuitenkin toteuttamaan vertailun Internetistä löytyvien korvaushoidon palvelukuvausten muodossa. (ks. Ojasalo ym. 2009, 43-44.)

Benchmarking-vertailun tarkoituksena oli lähinnä vahvistaa työryhmätyöskentelyä. Vertailulla saavutettiin se mikä oli tavoitteena. Kehittäjän yllätykseksi vertailu tuotti laajan ja kattavan aineiston, joka oli hyödynnettävissä tuotoksen laadinnassa ja sen lisäksi myös tulevaisuuden kehittämistyöskentelyssä.

Varsinaisena mallintamisen menetelmänä kehittäjä käytti prosessimallinnusta. Kehittäjä viehättyi menetelmän selkeydestä ja hyödyllisyydestä toimintaa tarkasti ja vaiheittain kuvaavana menetelmänä. Prosessien kuvaamisen ja tunnistamisen avulla autetaan toimijoita ymmärtämään toiminnan kokonaisuutta ja mahdollistetaan työn kehittäminen (ks. Laamanen 2001, 23; Virtanen ja Wennberg 2005, 114). Kehittäjä koki, että prosessien kuvaus oli selkein tapa saada koostettua korvaushoidon toteutuksen liittyvät osa-alueet. Prosessimallinnus oli hyvä menetelmä korvaushoidon toteutuksen vaiheiden jäsentämisen ja sisällön kuvaamisen välineenä. Kehittäjä pohti jossain vaiheessa myös palvelumuotoilun käytettävyyttä mallintamisen menetelmänä, jossa asiakasarvo tuodaan vahvasti esille (ks. Palvelumuotoilun työkalupakki 2015). Prosessimallinnus on tässä yhteydessä kuitenkin hyvä valinta. Menetelmän valinnasta ja siihen perehtymisestä tulee olemaan huomattavaa hyötyä nykyisessä työtehtävässani, sillä tarkoituksena on muuttaa kaikki A-klinikkasäätien palvelut prosessimuotoisiksi työvälineiksi.

Jatkuvat kehittämishankkeen aikaiset muutokset ja haasteet tuntuivat ajoittain raskailta (ks. Liite 1). Kehittäjän on toki siedettävä epävarmuutta, kos-

ka kehittämistoimintaa on mahdoton suunnitella tarkasti (ks. Ojasalo ym. 2009, 21). Huolimatta siitä, että hankkeen suunnitelma on tehty hyvin, ei sen toteutumista voi ennustaa. Yksikössämme sekä organisaatiossa on ollut jatkuvia muutoksia, joiden vuoksi myös kehittäjä ja koko henkilöstö on joutunut muuttamaan ajoittain kehittämistyöskentelyn suuntaa. Viime hetken muutos organisaatiossa toteutui syksyllä 2016, A-klinikkasäätiö on perustanut A-klinikka Oy:n. Muutos organisaatiossa ei olennaisesti vaikuta tähän kehittämishankkeeseen, joten taustaorganisaatiokuvaus säilyy sellaisenaan.

Kehittämishankkeen aikana luotiin raskaana olevien opioidiriippuvaisten asiakkaiden palvelukuvaus kesällä 2015. Palvelukuvaus tehtiin nopealla aikataululla ja myös työryhmätyöskentelyn muodossa. Se laadittiin siten, että toteutuksessa huomioitiin moniammatillinen näkökulma, jonka lisäksi hiljainen, olemassa oleva tieto saatiin dokumentoitua näkyväksi (ks. Korhonen 2010, 7-9). Sisällöllisesti palvelukuvauksella pyrittiin osoittamaan kyseessä olevan toimintamallin ensisijainen tarkoitus ja käytännön toimivuus (Korhonen 2010, 9). Kehittäjä pohti palvelukuvauksen liittämistä kehittämishankkeeseen, koska sitä ei ollut huomioitu kehittämishankkeen suunnitelmavaiheessa missään muodossa. Mikäli se olisi jätetty pois, olisi kehittäjä selvinnyt vähäisemmällä työmäärällä. Kehittäjä päätyi kuitenkin siihen, että se integroidaan osaksi hanketta ja siitä laaditaan osa-prosessi. On selvää, että raskaana olevan asiakkaan osa-prosessilla on dokumentoituna vähintäänkin huomattava asiakasarvo.

Tämän kehittämishankkeen toteutuksen aikana on ollut useita haasteita ja huomattavia muutoksia sekä käännekohtia. Kehittämishanke on kestänyt suunniteltua huomattavasti pidempään. Ajan väärinarviointi on yksi kehittämishankkeen yleinen virhe (Heikkilä ym. 2008, 68). Kehittäjän näkemys on kuitenkin se, että jatkuvan arvioinnin ja uusien näkökulmien väliintulo on ollut rikkaus tämän hankkeen toteutuksessa ja myös valmiissa tuotoksessa. Opinnäyteyden ohjauksella on ollut merkittävä hyöty tässä prosessissa. Koska prosessi on kestänyt pitkään, on kehittäjä saanut onnekseen osallistua ryhmäohjaukseen kahden eri opiskelijaryhmän kanssa. Kehittäjä on saanut tukea ja uusia näkökulmia kehittämistyöskentelyn edistämiseen

niin ohjaajalta kuin ryhmiin osallistuneilta opiskelijoilta.

Kehittäjä sopi työelämän ohjaajan kanssa kehittämishankkeen ohjaukseen ja seurantaan liittyvien tapaamisten olevan kuukausittain, jotka alussa toteutuivat suunnitellusti. Hankkeen alkuvaiheessa seuranta oli tärkeää, kehittäjä sai ohjausta ja tukea työskentelyyn. Hankkeen edetessä tapaamisia ei ollut tarpeen järjestää yhtä tiheästi, koska työkäytäntöjen kehittäminen tapahtui konkreettisesti arjen työskentelyssä ja työryhmän toteuttamana. Kehittämishankkeen seuranta toteutettiin tapaamisten lisäksi sähköpostitse ja puhelimitse. Tämän kehittämishankkeen loppuvaiheessa, joulukuussa 2015 työelämän ohjaaja vaihtui entisen Hämeen palvelualueen kehitysjohtajasta kehittäjän nykyiseen esimieheen Lahden alueen palvelupäällikköön. Kehittäjän näkökulmasta on ohjaajan kanssa käytyjen reflektoitujen keskusteluiden avulla tuettu merkittävästi hankkeen etenemistä (ks. luku 2.1; 2.2).

7.2 Kehittämishankkeen tuotoksen arviointi

Kehittämishankkeen lähtökohta oli työelämälähtöisen tarpeen mukainen. Hankkeen tarkoituksena oli yhtenäistää ja selventää työkäytäntöjä selkeästi dokumentoidun mallin avulla. Hankkeen tuotoksena tavoitteen asettelu mukaisesti syntyi opioidiriippuvaisten korvaushoidon toteutuksen prosessimallinnus, joka koostuu kolmesta osaprosessista sekä prosesseja tukevasta käsikirjasta. Hankkeen tuotoksella tavoiteltiin toimintakäytäntöjen uudistamista. Kyseessä oli toimintatavan kehittäminen, joka toteutui yhteisen henkilöstöä osallistavan työskentelyn tuloksena (ks. Heikkinen ym. 2008, 133; Toikko ja Rantanen 2009, 14,16).

Prosessimallinnus on työväline, joka vastaa siihen tarpeeseen, johon kehittämistyöskentelyllä tähdättiin. Työvälineenä se on käyttökelpoinen, korvaushoidon toteutusta jäsentävä ja selittävä kuvaus. Tuotoksen hyödyt on osoitettavissa niin yksilön, työyhteisön kuin asiakas näkökulmankin mukaisesti. (ks. Aalto-Kallio, Saikkonen & Koskinen-Ollonqvist 2009, 9-10; Heikkilä ym. 2008, 129-130.) Prosessimallinnus on yhtenäinen kuvaus korvaushoidon toteutuksen vaiheista ja sisällöstä. Se on kooste hoitoa ohjaa-

vista toimintatavoista, ohjeistuksista, työvälineistä ja -menetelmistä sekä työtavoista. Tuotoksessa osoitetaan myös hoidon toteutukseen osallistuvien tehtävät ja velvollisuudet.

Kehittämishankkeen tuotoksella voidaan katsoa olevan myös yhteiskunnallista arvoa ja merkittävyyttä, koska prosessimallinnus on avopalvelun kehittämisen ja vahvistamisen tulos. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman (STM 2012a, 43) mukaisesti palveluiden kehittäminen ja vahvistaminen on tärkeää niin inhimillisten, taloudellisten kuin hoidollistenkin syiden perusteella. Lisäksi monipuolisilla avohoitopalveluilla on mahdollista lisätä hyvinvointia. Myös Kaste-ohjelmassa (STM 2012b, 8, 25) ohjeistetaan palvelurakenteiden uudistamiseen siten, että palvelukokonaisuuksia kehitettäessä tulee huomioida asiakaslähtöisyys ja kustannustehokkuus.

Valtioneuvoston periaatepäätöksessä huumausainepoliittisesta yhteistyöstä vuosille 2008–2011 kehoitetaan jatkamaan hoitopalveluiden kehittämisen huumausaineriippuvaisille. Opioidiriippuvaisten hoitoon pääsyä tulisi helpottaa ja hoidon tarpeeseen tulisi vastata paremmin hoitoja lisäämällä. (STM 2007, 14.) Korvaushoidon ollessa usein pitkäkestoista ja sitovaa (ks. Mikkonen 2012, 86) tulisi mahdollistaa hoidossa edistyneiden ja kuntoutu-neiden asiakkaiden siirtyminen kevyempään hoitomuotoon. Apteekkijakelussa oli vuonna 2011 ainoastaan 7 prosenttia korvaushoidossa olevista asiakkaista (ks. Partanen ym. 2014, 485). Asiakkaiden siirtyessä erityis-palveluista perusterveydenhuoltoon, odotetaan heiltä vastuun ottamista omasta hoidostaan, joka voi olla esteenä siirtymiselle. On tärkeää, että siirtyminen palveluissa on ajoitettu hoidon kannalta oikein (Partanen ym. 2014, 485). Simojoen ym. (2012, 1738) mukaan tulisi korvaushoitojen kehittämässä huomioida yksilöllisyys ja hoidon porrastus, jolloin myös hoidon tarpeen arvioinnilla olisi mahdollista tarjota sopivin ja kustannustehokkain hoitomalli.

Palveluiden oikein kohdentamisessa, esimerkiksi raskaana olevan opioidiriippuvaisen asiakkaan kohdalla tulee huomioida pidemmän aikavälin hyödyt, niin asiakkaan kuin kustannustenkin näkökulmasta. Päihteettömyyttä ja kuntoutusta tukevat palvelut tulee suunnitella yksilöllisten ja koko per-

heen tuen tarpeiden mukaisesti. Asiakas tulee osallistaa hoidon suunnitteluun ja häntä tulee kohdella tasa-arvoisena toimijana. Palveluntarpeeseen tulisi vastata oikea-aikaisesti silloin kun päihteitä käyttävän äidin motivaatio hoitoon hakeutumisesta herää. (ks. Leppo 2012, 56; Pikulinsky & Tammivuori 2013, 98-99; WHO 2009, 19.)

Opioidiriippuvaisten korvaushoidossa korostetaan psykososiaalisen kuntoutuksen merkityksellisyyttä asiakkaiden kuntoutumisen edellytyksenä. Sitä mitä psykososiaalinen kuntoutus on ja mitä se sisältää ei usein kuitenkaan avata, vaan luetellaan sen olevan joukko erilaisia työmenetelmiä (ks. Käypä hoito-suositus 2012, 9-10.) Weckrothin (2007, 432) mukaan psykososiaalinen käsitettä käytetään kuvaamaan yhtä aikaa hoidettavia ongelmia, ongelmien syitä sekä itsessään hoitoa. Käsitettä käytetään myös ristiriitaisesti palveluiden käyttäjien autonomiaa korostavana ja toisaalta se voidaan liittää tehostettuun kontrolliin. Myös Tourunen ym. (2009, 426) toteavat psykososiaalisen kuntoutuksen määrittelyn olevan haasteellista ja vaikeasti arvioitavaa. Kehittäjä on tässä yhteydessä pyrkinyt kuvaamaan hoitoon kuuluvan kuntoutuksen ja psykososiaalisen tuen laaja-alaisemmin. Korvaushoidossa olevan asiakkaan kuntoutus on myös lääkinällistä (ks. luku 3.4).

Korvaushoidon hoitolinjausten määrittelyä ohjaa nykyisin pitkälti hoidon kustannukset. Elämänlaatua parantavan hoidon sisältö määritelläänkin usein vain lääkkehoidoksi. Tämän suuntauksen mukaisesti korvaushoidon vaikuttavuus ja tehokkuus kärsii. Hoidon kustannukset saattavat vaikuttaa siihen, minkälaista hoitoa asiakkaat saavat. (ks. Partanen ym. 2014, 485; Simojoki 2013, 72; Simojoki ym. 2012, 1738.) Simojoen ym. (2012, 1738) mukaan tulee korvaushoidossa huomioida potilaan oikeudet, lainsäädäntö sekä lääketieteelliset että hoidolliset näkökulmat taloudellisten seikkojen ohella. STM asetuksen (33/2008) 5 §:n mukaisesti korvaushoidon tulee perustua hoitosuunnitelmaan, jossa määritellään lääkkehoidon lisäksi hoidon tavoite, mahdollinen muu lääkkeellinen hoito, psykososiaalinen hoito sekä kuntoutus ja hoidon seuranta. Asetus ei määrittele hoidon linjauksia. Hoitosuunnitelma on väline, joka mahdollistaa yksilöllisen hoidon sisällön määrittelyn.

Opioidikorvaushoidossa on kysymys useiden sosiaali- ja terveysalan toimijoiden yhteistyöstä. Korvaushoidon vaikuttavuutta ja tuloksellisuutta on mahdollista vahvistaa monialaisella verkostoyhteistyöllä. Moniammatillisuus on eri ammattialojen osaamisen tunnistamista, se on jaettava asiantuntijuutta, tietoa ja kokemuksia (ks. Holmberg 2010, 151; Katajamäki 2010, 26). Prosessimallinnusta on mahdollista hyödyntää tiedon jakamisen välineenä ja osoittaa verkostoissa toimiville korvaushoidon sisällön olevan muutakin kuin lääkehoitoa, johon tietämys muilla toimijoilla usein rajoittuu.

Korvaushoidon toteuttamisessa on useita ulkoapäin ohjattuja velvoitteita, joiden suuntaisesti hoitoa toteutetaan, esimerkiksi lainsäädäntö (ks. luku 2.3) sekä valtakunnalliset ohjeistukset ja suositukset. Lisäksi merkityksellistä hoidon toteuttamisessa on kunnilta saatavat ostopalvelusopimukset. Kuntien tiukentunut talous näyttäytyy korvaushoidon pelkistymisenä pitkälti vain lääkehoitoon (ks. Simojoki 2013, 72; Simojoki ym. 2012, 1738). Korvaushoidolla on tutkitusti vaikuttavuutta ja asiakkaiden kuntoutuminen on hyvällä tasolla (ks. Tourunen ym. 2009, 424 - 425; Vormo ym. 2009, 1855), hoidon onnistuminen vaatii kuitenkin psykososiaalisen tuen sekä kuntouttavan työotteen lääkehoidon rinnalle (ks. luku 3.4). Korvaushoidon toteutuksen prosessimallinnuksen ja työskentelyn jatkuvan arvioinnin toivotaan tuottavan tietoa siitä, millä keinoin ja resurssein vaikuttavaa korvaushoitoa on mahdollista toteuttaa ja siten vastata odotuksiin laadukkaasta hoitotyöstä. (ks. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen laatuopas 2011, 8-10, 13-14, 16-17).

7.3 Eettisyys ja luotettavuus

Kehittämishankkeen toteutuksessa on kehittäjän huomioitava hyvän tieteellisen käytännön periaatteet. Kehittäjän on vastattava ensisijaisesti itse hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta. Tässä kehittämishankkeessa on tuotettu tietoa hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti huomioimalla toisten tutkijoiden työ ja saavutukset antamalla niille kuuluva arvo ja merkitys asianmukaisella lähdeviittauksella. Kehittämistyössä tulee kehittäjän noudattaa avoimuutta, yleistä huolellisuutta sekä toimia rehellisesti. (ks.

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012, 6-7). Toikon ja Rantasen (2009, 127, 157) mukaan tutkimusraportissa tulee tehdä näkyväksi kehittämistyöskentelyssä tehdyt valinnat ja perustella ne kattavasti. Heidän mukaansa lukijalle tulee mahdollistaa tutkimusprosessin arviointi niistä prosessin vaiheista joilla tutkimustuloksiin on päästy. Tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa tulee myös korostaa perusteltujen johtopäätösten näkyvyyttä sekä dokumentaation huolellisuutta.

Huolellisen ja tarkan dokumentoinnin katsotaan lisäävän kehittämistyön eettisyyttä. Ojasalo ym. (2009, 48) toteavat eettisten sääntöjen kehittämissä olevan samankaltaista, kuin ihmisten ja yhteiskunnan välisessä vuorovaikutuksessa toteutuva eettisyys. Kehittäjän tulee tehdä työ huolellisesti ja ennen kaikkea rehellisesti. Kehittäjä on pyrkinyt kehittämishankkeen dokumentaatioissa kuvaamaan tarkasti hankkeen lähtökohdat, aihealueeseen liittyvän tutkimustiedon, käytetyt menetelmät, hankkeen toteutuksen ja tuotoksen sekä hankkeen etenemisen vaiheet.

Siitäkin huolimatta, että hankkeen dokumentaatio on laaja-mittainen ja kehittäjä ei ole kyennyt tarpeenmukaiseen raportin tiivistykseen, on kehittäjä tekemiensä valintojen takana. Mikäli kehittäjä jättää jotakin tarpeettomaksi katsomaansa aineistoa dokumentaatiosta pois, on se aina kehittäjän oma valinta (ks. Kananen 2015, 338). Tässä yhteydessä kehittäjä on kuitenkin dokumentoinnin luotettavuuden osoittamiseksi kuvannut hankkeen vaiheet kattavasti, jättämättä pois mitään, mikä olennaisesti kuvaa hankkeen kulua. On tärkeää, että kehittäjä pystyy osoittamaan myös omat vajavaisuutensa ja rajoitteensa, joita inhimillisessä kehittämistoiminnassa esiintyy (Ojasalo ym. 2009, 48).

Kehittämishankkeen luotettavuutta lisätään sillä, että dokumentoinnissa on pystytty osoittamaan aineiston oikea tulkinta ja aineistosta oikein johdetut tulkinnat. Merkityksellistä on myös aineiston saturaation eli kylläntymisen osoitettavuus, ks. luku 5.4 (ks. Kananen 2015, 343, 357). Toikko ja Rantanen (2009, 121-123) esittävät kehittämistoiminnan luotettavuuden merkitsevän ennen kaikkea käyttökelpoisuutta ja toiminnan yhteydessä tuotetun tiedon hyödyllisyyttä sen totuudenmukaisuuden lisäksi. Laadullisessa tut-

kimuksessa on kehittäjän kyettävä myös vakuuttamaan tiedeyhteisö osoittamalla tutkimuksen pätevyys tuottamansa aineiston ja siihen liittyvän argumentoinnin avoimella kuvauksella, ks. Luvut 7.1 ja 7.2.

Seppänen-Järvelän (2004, 48) mukaan päiväkirja on tehokas väline reflektiiviseen itsearviointiin. Arvioinnin kannalta on tärkeää tehdä päiväkirjaan merkintöjä usein sekä käydä niitä läpi takautuvasti säännöllisin väliajoin. Kehittäjä on pitänyt päiväkirjaa kehittämishankkeen koko prosessin ajan. Kehittäjän kirjaamat havainnot, muistiinpanot sekä erilaiset huomiot olivat kehittämishankkeen arvioinnin kannalta erittäin hyödyllisiä. Päiväkirjamerkintöjen avulla vahvistetaan kehittämishankkeen toteutuksen arvioinnin ja itsearvioinnin prosesseja sekä dokumentoinnin luotettavuutta. (ks. Ojasalo ym. 2009, 30; Salonen 2013, 23.)

Ojasalon ym. (2009, 48-49) mukaan kehittämisen kohteena olevien ihmisten on oltava tietoisia kehittäjän toteuttamasta työstä, kehittämistoiminnan kohteesta sekä heidän roolistaan kehittämishankkeessa. Kehittäjä on kuvannut hankkeen toteutuksen ja selventänyt työntekijöille tässä hankkeessa toimijoille heidän roolejaan toiminnan kehittämisessä. Tässä kehittämishankkeessa ei vaadittu erillistä tutkimuslupaa, koska kehittämishanke toteutui kehittäjän työyhteisössä ja kehittämiseen osallistettiin henkilöstö. Yhteistyösopimus, joka laadittiin koulun, toimeksiantajan ja kehittäjän kanssa oli toimeksiantajalle riittävä (ks. Ojasalo ym. 2009, 49).

7.4 Jatkokehittämisaiheet

Opioidiriippuvaisten korvaushoidossa olevan asiakkaan kuntoutumisen ja hoidossa edistymisen tasoja olisi tarpeen kuvata. Tässä kehittämishankkeessa benchmarking-vertailun kohteena olevassa Espoon korvaushoidon palvelukuvauksessa esitettiin käytössä olevat hoitoisuusluokat. Kuntouttava korvaushoito oli kuvattu kolmeen eri vaiheeseen asiakkaan kuntoutumisen edistymisen mukaisesti. Kuvatut luokitukset määrittelevät selkeästi kunkin tason sisällön sekä reunaehdot kuntoutumisen vaiheille. Sekä korvaushoidon toteuttajien että hoidossa olevien asiakkaiden hoidon tavoitteiden asettamisen tueksi olisi hyödyllistä laatia yhtenäinen edistymisen

tasoja määrittelevä kuvaus korvaushoidosta. Mikäli hoidon tasot kuvattaisiin valtakunnallisesti, tukisi se korvaushoidon toteutuksen tasalaatuisuutta ja yhtenäisyyttä. Lisäksi korvaushoidon vaikuttavuutta olisi mahdollista mitata selkeästi kuntoutumisen edistymisen vaiheiden mukaisesti.

Kehittäjän ehdotuksena on, että korvaushoidon tasot määritellään vähintäänkin paikallisesti Lahdessa ja yhteistyössä henkilöstön sekä asiakkaiden kanssa. Tasojen kuvaamisen tukena ja työvälineenä olisi mahdollista hyödyntää Kankaanpään (2013, 101) tutkielman tuloksena luotua korvaushoidossa kuntoutumisen kuvaavaa kolmen askeleen mallia. Malli etenee hoidon aloituksen vaiheesta ja haittojen vähentämisestä, asiakkaan kuntoutusmotivaation heräämiseen ja mahdolliseen päihitteettömyyteen, jonka jälkeen mahdollisesti hoidosta irrottautumiseen. Hoitoisuusluokitusten laadinta perustuu usein hoidon vaativuuteen ja sen tasoihin, joiden perusteella voidaan määritellä hoidon kustannukset. Tässä yhteydessä kehittäjä toivoisi kuitenkin hoidon tasojen määrittelyn tukevan ensisijaisesti kuntoutumisen vaikuttavuuden ja asiakkaiden muutosvalmiuden osoittamista.

Asiakkaan osallistamista oman hoitonsa suunnitteluun tulee edelleen vahvistaa. Kuten Simojoki (2015) esittää, tulee riippuvuusongelmaisen kuntoutusprosessi olla asiakkaan motivoimista ja sitouttamista hoitoon. Kuntoutusprosessin tulee lisäksi perustua yksilöllisyyteen ja asiakaslähtöisyyteen. (Simojoki 2015.) Korvaushoidossa olevien asiakkaiden kuntoutuksen tavoitteiden asettelu sekä arvioinnin välineenä olisi mahdollista hyödyntää GAS-menetelmää (Goal Attainment Scaling). GAS-menetelmä on kansainvälisesti kehitetty ja Kelan kuntoutuksessa käytettävä tavoitteiden asettamisen ja arvioinnin menetelmä. Menetelmää on mahdollista käyttää siitäkin huolimatta, että korvaushoito ei ole Kelan tarjoamaa kuntoutusta tai hoitoa. (ks. Sukula 2016, 3.)

Asiakaslähtöisyys on aina GAS-menetelmän lähtökohtana. Asiakkaan tavoitteiden tunnistamiseksi käytetään haastattelua. GAS-menetelmän etu on se, että sen avulla kuvataan selkeitä ja tunnistettavia sekä merkityksellisiä muutoksia asiakkaan elämässä. Tavoitteet nimetään asiakkaan ja

työntekijän yhteisessä keskustelussa, jonka avulla voidaan tunnistaa asiakkaalle merkitykselliset asiat joihin hän toivoo muutosta. Tavoitteiden saavuttamiseksi laaditaan realistinen aikataulu ja niiden toteutumista arvioidaan vaiheittain, lisäksi tavoitteita on hyvä olla vain muutama kerrallaan. (Autti-Rämö, Vainiemi & Sukula 2016, 5-7.) GAS-menetelmä koulutus oli osa kehittäjän YAMK-opintoja ja siten kehittäjän olisi mahdollista toteuttaa GAS-menetelmän koulutus ja käyttöönotto omassa työyhteisössään.

Huumeseulatestauksen ja siihen liittyvien käytäntöjen haasteellisuus näytetään arjen työskentelyssä kaiken aikaa. Kehittäjä on pyrkinyt tämän kehittämishankkeen aikana selkeyttämään huumetestaukseen liittyviä velvoitteita sekä käytänteitä. Huumetestauksesta ja sen kulusta tulisi olla selkeät ohjeet kaikissa sosiaali- ja terveydenhuoltoalan toimintayksiköissä. Ohjeistuksen tulisi olla sisällöllisesti kattava kuvaus siitä, missä tilanteissa huumetestausta voi käyttää ja ketkä ovat oikeutettuja niitä tekemään sekä tulkitsemaan. Lisäksi ohjeistuksessa tulisi määritellä miten testin tekijöiden koulutus huumetestaukseen ja tulkintaan on järjestetty. (ks. Mykkänen ym. 2015, 21-22.) Toimintayksiköihimme tulee laatia edellä kuvattujen suositusten mukaiset ohjeistukset huumetestauksesta, ohjeistus olisi mahdollista toteuttaa esimerkiksi sairaanhoitajaopintoihin liittyvänä opinnäytetyönä.

LÄHTEET

Aalto, M. 2015. Opioidikorvaushoidon toteuttaminen on tasapainoilua. Sic! Lääketietoa Fimeasta 2015; 1, 14-15.

Aalto-Kallio, M., Saikkonen, P. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2009. Arvioinnin kartalla. Matka teoriasta käytäntöön. Pori: Terveysten edistämisen keskus.

A-klinikkasäätiö. A-klinikkasäätiö. 2016a. [viitattu 31.10.2016]. Saatavissa: <http://www.a-klinikka.fi/a-klinikkasaatio>.

A-klinikkasäätiö. 2016b. Organisaatio. [viitattu 31.10.2016]. Saatavissa: <http://www.a-klinikka.fi/a-klinikkasaatio/organisaatio>.

A-klinikkasäätiö. 2016c. Toiminta. [viitattu 31.10.2016]. Saatavissa: <http://www.a-klinikka.fi/a-klinikkasaatio/toiminta>.

A-klinikkasäätiö. 2016d. strategia 2016-2019. [viitattu 31.10.2016]. Saatavissa: <http://www.a-klinikka.fi/a-klinikkasaatio/strategia-2016-2019>

A-klinikkasäätiö. 2013. Verkottaja- Päihde- ja mielenterveystyön kokemukset, vertaisuutta ja ammattiapua. [viitattu 16.10.2016]. Saatavissa: <http://www.a-klinikka.fi/tietopuu/kehittamistoiminta/hankkeet/1612>.

A-klinikkasäätiö. 2012. Kumppanuuksia syventämässä A-klinikkasäätiö 2012-2015. Strategia 2012-2015. [viitattu 10.9.2015]. Saatavissa: <http://www.a-klinikka.fi/sites/default/files/strategiaesite.pdf>

Alasoini, T. 2011. Hyvinvointia työstä. Kuinka työelämää voi kehittää kestäväällä tavalla? Raportteja 76. Helsinki. Tekes

Autti-Rämö, I., Vainiemi, K. & Sukula, S. Käsikirjassa: Sukula, S. & Vainiemi, K. 2016. GAS-menetelmä. Käsikirja versio 4. Kela, 5-7. [viitattu 16.10.2016]. Saatavissa: <http://www.kela.fi/documents/10180/0/Gas+k%C3%A4sikirja/07692e5a-c6d0-48f0-97a1-0737c4add7f8>.

Duodecim 2016. Terveyskirjasto. Opioidiriippuvuuden diagnoosikriteeristö. Artikkelin tunnus: nix00465 (000.000). [viitattu 28.1.2016]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix00465.

EMCDDA. 2015. Euroopan huumeraportti. Suuntauksia ja muutoksia. Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus. [viitattu 16.11.2015]. Saatavissa: <http://www.emcdda.europa.eu/edr2015>.

EMCDDA. 2014. Pregnancy and opioid use: strategies for treatment. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. EMCDDA Papers. Publications Office of the European Union, Luxembourg.

Erikoissairaanhoidolaki 1062/1989.

Forsell, M. & Nurmi, T. 2013. Huumehoidon Pompidou-tiedonkeruu. Määrittelyt ja ohjeistus vuodesta 2014 alkaen. Ohjaus 16/2013. Helsinki: Terveysten- ja hyvinvoinnin laitos.

Forsell, M. & Nurmi, T. 2015. Päihdehuollon huumeasiakkaat 2014. Tilastoraportti. Raportti 17/2015. Helsinki: Terveysten- ja hyvinvoinnin laitos.

Forsell, M. & Nurmi, T. 2016. Päihdehuollon huumeasiakkaat 2015. Tilastoraportti. Raportti 14/2016. Helsinki: Terveysten- ja hyvinvoinnin laitos.

Groh, D., Jason, L. & Keys, C. 2007. Social Network Variables in Alcoholics Anonymous: A Literature Review. De Paul University. Chicago, IL, USA. Clin Psychol Rev. 2008; 28(3): 430–450, 1-27. [viitattu 29.11.2015]. Saatavissa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2289871/pdf/nihms43350.pdf>.

Halme, N., Perälä, M-L. & Laaksonen, C. 2010. Yhteistyöinterventioiden vaikuttavuus lapsiperhepalveluissa. Järjestelmällinen katsaus. Raportti 10/2010. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.

Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Helsingin diakonissalaitos. 2015. Päihde- ja mielenterveystyö, korvaushoitoyksikkö. Espoon palvelukuvaus. Päivitetty 17.3.2015 Kaarina Mertaniemi ja Anu Kivistö. [viitattu 30.11.2015]. Saatavissa: <https://www.hdl.fi/fi/palvelut/paihdedetyo/korvaushoito>.

Hesse, M., Vanderplasschen, W., Rapp, RC., Broekaert, E. & Fridell, M. 2007. Case management for persons with substance use disorders. The Cochrane Library 2007, Issue 4. The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd.

Holmberg, J. 2010. Päihderiippuvuudesta elämänhallintaan. Helsinki: Edita.

Holopainen, A. 2011. Huumeriippuvuuden korvaushoito on tuloksellista. Duodecim 2011; 127, 100-101.

Häkkinen, M. 2015. Abuse and fatal poisonings involving prescription opioids. Helsingin yliopisto. Oikeustieteen laitos. Psykiatrian lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.

Hänninen, K. 2007. Palveluohjaus. Asiakslähtöistä täsmäpalvelua vauvasta vaariin. Stakesin raportteja 20/2007. Helsinki: Stakes.

Isoherranen, K. 2012. Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Helsingin yliopisto. Sosiaalitieteiden laitos. Väitöskirja.

Isoherranen, K., Rekola, L & Nurminen, J. 2008. Enemmän yhdessä- moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY oppimateriaalit.

Jantunen, E. 2010. Vertaistuki masentuneiden osallisuuden vahvistajana. Teoksessa Laine, T., Hyväri, S. & Vuokila-Oikkonen, P. (toim.) 2010. Syrjäytymistä vastaan sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Tammi, 85-98.

Järvikoski, A. 2013. Monimuotoinen kuntoutus ja sen käsitteet. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013: 43. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Jääskeläinen, A. 2013. Työyhteisön hyvinvoinnin kehittäminen osallistavilla menetelmillä. Toimintatutkimus työhyvinvoinnin kehittämisprosesseista vanhus- ja vammaispalveluja tuottavissa työyhteisöissä Sallassa. Lapin yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunta. Akateeminen väitöskirja.

Kalso, E. 2009. Opioidivalmisteet. Julkaisussa Kalso, E., Paakkari, P. & Forsell, M. 2009. Opioidit pitkäkestoisessa kivussa. 2. uudistettu painos. Helsinki: Lääkelaitos, 20-24.

Kananen, J. 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas: näin kirjoitan opinnäytetyön tai pro gradun alusta loppuun. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 202. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kankaanpää, S. 2013. Opioidikorvaushoito toipumisprosessin välivaiheena. Hoidosta onnistuneesti irrottautuneiden kokemuksia kuntoutumisesta. Helsingin yliopisto. Valtiotieteellinen tiedekunta. Pro gradu.

Kanste, O., Halme, N., Nykänen, S. & Perälä, M-L. 2014. Päihdehoitoyksiköiden näkökulma päihdepalveluja käyttävien vanhempien tuen tarpeisiin ja yhteistoimintaan. Julkaisussa Perälä, M-L., Kanste, O., Halme, N., Pitkänen, T., Kuussaari, K., Partanen, A. & Nykänen, S.(toim.). Vanhempi päihdepalveluissa – tuki, osallisuus ja yhteistoiminta. Raportti 21/2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 98-200.

Karjalainen, A. 2002. Mitä bechmarking- arviointi on?. [viitattu 23.9.2016]. Saatavissa: www.oulu.fi/w5w/benchmarking/bm.RTF.

Kaskela, T. 2011. Haaveena normaali elämä. Tutkielma opioidikorvaushoitopotilaiden hoitoa koskevista mielipiteistä, hoidon tavoitteista ja psykososiaalisesta tilanteesta. Itä-Suomen Yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Pro gradu.

Kaskela, T., Pitkänen, T. & Tourunen, J. 2011. Tie on pitkä ja kivinen. Korvaushoitopotilaiden ajatuksia hoidosta ja elämästä. *Tiimi* 5/2011, 24-25.

Katajamäki, E. 2010. Moniammatillisuus ja sen oppiminen. Tapaustutkimus ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalalta. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteen laitos. Väitöskirja.

Kiianmaa, K. 2012. Huumeiden vaikutusmekanismit, riippuvuuden kehittyminen ja periytyvyys. Teoksessa Seppä, K., Aalto, M., Alho, H. & Kiianmaa, K. (toim.). 2012. Huume- ja lääkeriippuvuudet. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 23-33.

Korhonen, S. 2010. Mikä on hyvä käytäntö, miten sen tunnistaa ja miten se on hyödynnettävissä. TEM työpaja. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Käypä hoito-suositus. 2012. Käypä hoito-suositus 2006. Päivitetty 5.9.2012. Huumeongelmaisten hoito. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä.

Laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä 523/2015.

Lastensuojelulaki 417/2007.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2008.

Laamanen, K. 2001. Johda liiketoiminta prosessien verkkona - ideasta käytäntöön. 5. painos. Helsinki: Suomen laatu keskus Oy.

Laitila, M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys - ja päihdetyössä. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja.

Latvala, M. 2007. Työttömien kertomuksia sosiaalitoimen mahdollisuuksista katkaista toimeentulotuen pitkäaikaisasiakkuuden kierre. "Oonko mä nyt tään toimeentulotuen varassa loppuelämäni?". Tampere: Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Pro gradu.

Launonen, E. 2013. Oheiskäyttö opioidikorvaushoidossa. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Lääketieteen laitos / kansanterveystiede. Tutkielma.

Linturi H. 2003. Toimintatutkimus. [viitattu 24.1.2014]. Saatavissa: http://nexusdelfix.internetix.fi/fi/sisalto/materiaalit/2_metodit/5_actix?C:D=61566&C:selres=61566.

Leppo, A. 2012. ”Vahvempana eteenpäin” – Pidä kiinni® -hoitojärjestelmän vaikutukset asiakkaisiin, yhteistyökumppaneihin ja yhteiskuntaan. Työpapereita 3/2012. Ensi- ja turvakotien liiton työpapereita 9. Helsinki: Ensi- ja turvakotien liitto ry.

Luukkonen, I., Mykkänen, J., Itälä, T., Savolainen, S. & Tamminen, M. 2012. Toiminnan ja prosessien mallintaminen. Tasot, näkökulmat ja esimerkit. Solea - Hanke. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto ja Aalto-yliopisto.

Matheson, C., Jaffray, M., Ryan, M., Bond, C.M., Fraser, K., Kirk, M. & Liddell, D. 2013. Public opinion of drug treatment policy: Exploring the public's attitudes, knowledge, experience and willingness to pay for drug treatment strategies. United Kingdom. *International Journal of Drug Policy* 2014; 25 (3): 407-15, 1-9.

Manssila, S. 2011. Ulkoa ohjattu prosessimallinnus kuntien peruspalveluiden kehittämisen välineenä. Lapin yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Pro gradu.

Meririnne, E. & Seppälä, T. 2004. Opiiaattiriippuvuuden neurobiologiaa. *Duodecim* 2004; 120, 951-959.

Mikkonen, A. 2012. Opioidiriippuvuuden hoito. Teoksessa Seppä, K., Aalto, M., Alho, H. & Kiianmaa, K. (toim.). 2012. Huume- ja lääkeriippuvuudet. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 85-89.

Mykkänen, S., Kuoppasalmi, K., Tissari, P. & Henriksson, M. (toim.). 2015. Suositus terveydenhoidollisesta huumetestauksesta - Asianmukaiset me-

nettelytavat sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköille. Ohjaus 5/2015. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Mykkänen, J., Luostarinen, H., Pöyhölä, A., Paakkanen, E., Suhonen, M., Klemola, L., Riekkinen, A., Tuomainen, M., Riikonen, P. & Silvennoinen, R. 2007. Palveluarkkitehtuurin soveltaminen terveydenhuollossa. Osa 2: prosessien ja palvelujen määrittely ja suunnittelu. SerAPI - projekti. Kuopion yliopisto. [viitattu 11.1.2014]. Saatavissa: Saatavissa: http://www.oppi.uef.fi/uku/serapi/menetelmat/WS-opas_osa2_v1.pdf.

Niemi, J. 2013. Vaikuttavuuden arviointi ja prosessimallinnus. Päijät-Hämeen hengitysvalvontayksikkö. Lahden ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveystieteiden laitos. YAMK opinnäytetyö.

Nevantaus, J., Simojoki, K., Hamunen, K., Heiskanen, T. & Kalso, E. 2013. Opioidit pitkäaikaisen kivun hoidossa. Suomen Lääkäri lehti 50-52/2013 vsk 68, 3329-3335.

Nummenmaa, Anna Raija. 2011. Moniammatillinen ohjaus jaettuna osaamisena. Teoksessa Mäkinen, M., Korhonen, V., Annala, J., Kalli, P., Svärd, P & Värri, V-M. 2011. Korkeajännityksiä – kohti osallisuutta luovaa korkeakoulutusta. Tampere University Press, 177–194.

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2009. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: WSOYpro Oy.

Ollgren, J., Forsell, M., Varjonen, V., Alho, H., Brummer-Korvenkontio, H., Kainulainen, H., Karjalainen, K., Kotovirta, E., Partanen, A., Rönk, S., Seppälä, T. & Virtanen, A. 2014. Amfetamiinien ja opioidien ongelmakäytön yleisyys Suomessa 2012. Yhteiskuntapolitiikka 79 (2014):5, 498-508.

Oulun yliopistollinen sairaala. 2015. Psykiatrian tulosalue. Opioideilla taapahtuva vieroitus- ja korvaushoito. Päivitetty 13.8.2015. [viitattu 30.11.2015]. Saatavissa: https://www.ppshep.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/27549_opioidiohje1.pdf.

Palvelumuotoilun työkalupakki. 2015. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. [viitattu 14.10.2016]. Saatavissa: <http://sdt.fi/palvelumuotoilu.html>.

Partanen, A. & Holopainen, A. 2012. Hoitoon hakeutuminen ja hoitopolut. Teoksessa Seppä, K., Aalto, M., Alho, H. & Kiianmaa, K. (toim.). 2012. Huume- ja lääkeriippuvuudet. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 77-84.

Partanen, A., Vormaa, H., Alho, H. & Leppo, A. 2014. Opioidiriippuvuuden lääkkeellinen vieroitus- ja korvaushoito Suomessa. Suomen lääkäri-lehti 7/2014 vsk 69, 481-486.

Perälä, R. 2007. Huumeidenkäyttäjien tulkintoja ongelmistaan ja niihin kohdistuvista sosiaali- ja terveystoimen palveluista. Yhteiskuntapolitiikka 72 (2007): 3, 256-271.

Pikulinsky, M. & Tammivuori, S. 2013. "Ei enää päihdeäiti" - Kuntoutuminen päihderiippuvuudesta. Metropolia ammattikorkeakoulu. Sosiaalialan koulutusohjelma. YAMK opinnäytetyö.

Pitkänen, T., Kaskela, T., Halme, N. & Perälä, M-L. 2014. Päihdepalveluja käyttäneiden pienten lasten vanhempien tuen tarve, elämäntilanne ja kokemukset palveluista. Julkaisussa Perälä, M-L, Kanste, O, Halme, N, Pitkänen, T, Kuussaari, K, Partanen, A. & Nykänen, S.(toim.). Vanhempi päihdepalveluissa – tuki, osallisuus ja yhteistoiminta. Raportti 21/2014. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus, 53-97.

Pitkänen, T., Kaskela, T., Tourunen, J., Levola, J. & Holopainen, A. 2014. Toimintakykyä kartoittava Paradise24fin-lomake: Tausta ja käyttöohjeet. A-klinikkasäätiön raporttisarja 61. A-klinikkasäätiö. [viitattu 27.11.2015]. Saatavissa: http://www.a-klinikka.fi/sites/default/files/Paradise24fin_raportti_61.pdf.

Pitkänen, T. & Simojoki, K. 2011. Korvaushoidon kotiannokset ja väärinkäytön riski. Tiimi 2011/ 4, 25-25.

Päihdehuoltolaki 41/1986.

Robson, C. 2001. Käytännön arvioinnin perusteet. Opas evaluaatio tekijöille ja tilaajille. Helsinki: Tammi.

Rovaniemen Mielenterveys- ja päihdepalvelut /A-klinikka. 2014. Opioidikorvaushoidon ohjeita. Ohje laadittu Rovaniemen kaupungille kaupungin ja Hyvinvointi hakusessa – riippuvuus riskinä -kastehankeyhteistyöllä. Kolpeneen kuntayhtymä ja Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus, Lapin toimintayksikkö. Kehittäjäyöntekijä, sairaanhoitaja Helena Rännäli. Kasterahoitus.[viitattu 30.11.2015]. Saatavissa:

http://www.sosiaalikallega.fi/hankkeet/hyvinvointi-hakusessa/pilotit-1/rovaniemi/liite_61_opioidikorvaushoidon_ohjeita.

Rovaniemen valtakunnalliset opioidikorvaushoidon verkostopäivät 25.-26.9.2014. Työpajojen dokumentit ja muistiot.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2009. Menetelmäopetuksen tietovaranto. KvaliMOTV kvalitatiivisten menetelmien verkko-oppikirja. Tampereen yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. [viitattu 11.1.2014]. Saatavissa:

http://www.fsd.uta.fi/fi/julkaisut/motv_pdf/KvaliMOTV.pdf.

Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI- henkilöstölle. Turun ammattikorkeakoulu. [Viitattu 11.1.2014]. Saatavissa:

<http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163738.pdf>.

SDS. 2012. Päihderiippuvuuden vakavuuden arviointiasteikko. Mukailtu artikkelista Gossop M, Griffiths P, Powis B ja Strang J, 1992. Duodecim. Terveyskirjasto. [viitattu 15.7.2015]. Saatavissa:

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix01889.

Seikkula, J. & Arnkil T. 2005. Dialoginen verkostotyö. Helsinki: Tammi.

Selin, J. 2011. Hallinnan näkökulmia huumeriippuvuuden hoitoon Suomessa vuosina 1963-2005. Jyväskylän yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, sosiologia. Väitöskirja.

Selin, J. 2013. Mikä vaikutus? Korvaushoidon seurantatutkimukset kertovat. *Tiimi* 2/2013, 22-23, 25.

Selin, J., Perälä, R., Stenius, K., Partanen, A., Rosenqvist, P. & Alho, H. 2015. Opioidikorvaushoito Suomessa ja muissa Pohjoismaissa. *Suomen lääkärilehti*. 19/2015 vsk 70, 1343-1348.

Seppä, K. & Heinälä, P. 2012. Lääkkeiden väärinkäytön tunnistaminen ja ehkäisy. Teoksessa Seppä, K., Aalto, M., Alho, H. & Kiianmaa, K. (toim.). 2012. Huume- ja lääkeriippuvuudet. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 61-70.

Seppä, K., Aalto, M., Alho, H. & Kiianmaa, K. 2012. Huumeiden ja lääkkeiden käyttö sosiaalisena ja kansanterveydellisenä ongelmana. Teoksessa Seppä, K., Aalto, M., Alho, H. & Kiianmaa, K. (toim.). 2012. Huume- ja lääkeriippuvuudet. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 8-13.

Seppälä, T. 2012. Huumeiden käytön tunnistaminen, huumeriippuvuuden tunnusmerkit. Teoksessa Seppä, K., Aalto, M., Alho, H. & Kiianmaa, K. (toim.). 2012. Huume- ja lääkeriippuvuudet. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 54-59.

Seppänen-Järvelä, R. 2004. Prosessiarviointi kehittämissuorituksissa. Opas käytäntöihin. Stakes, FinSoc. Arviointiraportteja 4/2004. Helsinki: Stakes.

Siekinen, A. 2008. Elämänhallintaa ja selviytymiskeinoja vertaistuen avulla -Kris-järjestö vapautuneiden ja vapautuvien vankien tukena. Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalialan laitos. Pro gradu.

Simojoki, K. 2015. A-klinikkasäätiön johtava ylilääkäri. Kipusymposium 13.3.2015. Lahti: Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä.

Simojoki, K. 2013. Improving maintenance treatment of opiate addiction: Clinical aspects. Helsingin yliopisto. Lääketieteen laitos. Väitöskirja.

Simojoki, K., Pentikäinen, H., Fabritius, C. & Vuori, E. 2012. Huomioita hoidon porrastukseen ja yksilöllistämiseen. Hukkaammeko korvaushoidon mahdollisuudet? Duodecim 2012: 128, 1737-1739.

Sosiaalihuoltolaki 1301/2014.

STM asetus 33.2008. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeillä 33/2008.

STM. 2002. Kuntoutuselonteko 2002. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2002: 5. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

STM. 2007. Valtioneuvoston periaatepäätös huumausainepoliittisesta yhteistyöstä vuosille 2008-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:22. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

STM. 2012a. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Väliarviointi ja toteutumisen kannalta erityisesti tehostettavat toimet. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

STM. 2012b. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma (Kaste) 2012-2015. Toimeenpanosuunnitelma. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

STM 2015. Monialainen kuntoutus-tilannekatsaus. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2015:18. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sukula, S. 2016. Käsikirjassa: Sukula, S. & Vainiemi, K. 2016. GAS-menetelmä. Käsikirja versio 4. Kela, 3. [viitattu 16.10.2016]. Saatavissa: <http://www.kela.fi/documents/10180/0/Gas+-k%C3%A4sikirja/07692e5a-c6d0-48f0-97a1-0737c4add7f8>.

Terplan, M., Kennedy-Hendricks, A. & Chisolm, M. 2015. Prenatal Substance Use: Exploring Assumptions of Maternal Unfitness. Substance

Abuse: Research and Treatment 2015:9(S2). Published by Libertas Academica, 1-4.

Terveydenhuollon laatuopas. 2011. Koivuranta-Vaara, P. (toim.). 1. painos. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010.

THL. 2015a. Pääasiassa keskushermostoon vaikuttavien lääkkeiden sekä huumausainelääkkeiden määrääminen ja toimittaminen 1.11.2015 jälkeen. Ohje 5/2015. Helsinki: Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos.

THL. 2015b. Lomakkeet lähisuhde- ja perheväkivallan kirjaamiseen. [viitattu 12.8.2015]. Saatavissa: https://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/tyon_tueksi/lomakkeet/lomakkeet_vakivallan_puheeksi_ottamiseen.

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.

Tourunen, J., Pitkänen, T., Harju-Koskelin, O., Häkkinen, A. & Holopainen, A. 2009. Korvaushoitopotilaiden kuntoutuminen on pitkä ja haasteellinen prosessi. Yhteiskuntapolitiikka 74: 4, 421-427.

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. [viitattu 24.5.2014]. Saatavissa: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf.

Valvira. 2013. Apteekkisopimukset. Ohjeistus apteekkeille ja lääkäreille. Suomen apteekkariliitto 2013. [viitattu 17.4.2016]. Saatavissa: <http://www.valvira.fi/documents/14444/414583/Apteekkisopimusohjeistus+2013/19003d2c-aedf-4b9d-a974-4657e2edb886>.

Varjonen, V. 2015. Huumetilanne Suomessa 2014. Raportti 1/2015. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Virtanen, P. 2007. Arviointi. Arviointitiedon luonne, tuottaminen ja hyödyntäminen. Helsinki: Edita.

Virtanen, P. & Kauppinen, I. 2008. Henkilöstövoimavarajohtamisen strategisten päämäärien välittyminen organisaatiossa. Hallinnon tutkimus 2, s. 38-51.

Virtanen, P. & Wennberg, M. 2005. Prosessijohtaminen julkishallinnossa. Helsinki: Edita.

Vorma, H. 2012. Sekakäyttö. Teoksessa Seppä, K., Aalto, M., Alho, H. & Kiiänmaa, K. (toim.). 2012. Huume- ja lääkeriippuvuudet. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 71-76.

Vorma, H., Sokero, P., Turtiainen, S. & Katila, H. 2009. Opioidiriippuvuuden korvaushoito HYKS: n päihdepsykiatrian yksikössä 2003-2005. Suomen lääkärilehti 20/2009 vsk 64, 1853-1857.

Weckroth, A. 2007. Mitä merkitsee "psykososiaalinen" päihdehoidossa? Yhteiskuntapolitiikka 72 (2007): 4, 426-436.

WHO 2009. Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence. [viitattu 20.11.2015]. Saatavissa: http://www.who.int/substance_abuse/publications/opioid_dependence_guidelines.pdf.

WHO 2014. Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. [viitattu 20.11.2015]. Saatavissa: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/107130/1/9789241548731_eng.pdf

Äitiysneuvolaopas. 2013. Äitiysneuvolaopas-suosituksia äitiysneuvolotoimintaan. Kansallinen äitiyshuollon asiantuntijaryhmä (kirj.). Klemetti, R. & Hakulinen-Viitanen, T (toim.). Opas 29/2013. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos.

LIITTEET

LIITE 1. Kehittämishankkeen aikana toteutuneet muutokset ja uudistukset

LIITE 2. Opioidiriippuvuuden diagnoosikriteerit

LIITE 3. Opioidikorvaushoito Lahdessa 7.10.2013

LIITE 4. Korvaushoito-ohjelma

LIITE 5. Apteekkisopimus

LIITE 6. Benchmarking-vertailun yhteenveto

LIITE 7a. Osaprosessi: kuntouttava korvaushoito (ei julkaista)

LIITE 7b. Osaprosessi: elämänlaatua parantava korvaushoito (ei julkaista)

LIITE 7c. Osaprosessi: raskaana olevan opioidiriippuvaisen asiakkaan korvaushoito (ei julkaista)

LIITE 8. Opioidiriippuvaisten korvaushoidon toteutuksen käsikirja (ei julkaista)

Liite1. Kehittämishankkeen aikana toteutuneet muutokset ja uudistukset

Lahti (taustatekijät)	2013	2014	2015
Organisaatio	Vuoden alusta 2013 organisaatiouudistus. A-klinikkasäätiön toimialueet jaettiin viiteen palvelualueeseen. Lahti ja Hämeenlinna yhdistyivät Hämeen palvelualueeksi.		A-klinikkasäätiön organisaatiouudistus 1.6.2015 alkaen (ks. luku 2.1). Lahden seutu liitettiin Etelä-Suomen palvelualueeseen.
Henkilöstö Lahden A- klinikka ja Lahden korvausohjelmaklinikka	Lahden alueen avohoitopalveluiden toiminnasta vastasi yksikköjohtaja. Henkilöstöä yhteensä 15. (7 sairaanhoitajaa, kolme sosiaaliterapeuttia, toimistosihiteeri, kaksi lääkäriä ja vastaava sairaanhoitaja (kehittäjän toimi).	Henkilöstöä yhteensä 14, (huomioi lääkäripalvelut).	Henkilöstöä yhteensä 15 (huomioi lääkäripalvelut). Kesäkuun alusta lähtien avohoitopalveluiden toiminnasta vastaa Lahden seudun palvelupäällikkö. Lisäksi 9/2015 kehittäjän toimi vaihtui vastaavasta sairaanhoitajasta palveluesimieheksi.
Lääkäripalvelut vaihtuvuus	Lahden A-klinikka: osa-aikainen lääkäri ostopalvelusopimuksella. Lahden K-klinikka: osa-aikainen A-klinikkasäätiön alaisuudessa toimiva lääkäri. Ylilääkäri: A-klinikkasäätiön johtava ylilääkäri.	1/2014 Lahden A- ja K-klinikka: yhteinen lääkäri. Osa-aikaista työtä molemmilla klinikoilla, ostopalvelusopimuksella. Ylilääkäri: A-klinikkasäätiön johtava ylilääkäri.	3/2015 Lahden A- Klinikka: uusi lääkäri ja 9/2015 uusi lääkäri. 3/2015 K-klinikka: uusi lääkäri. Lääkärit osa-aikaisina ja ostopalvelusopimuksella. Ylilääkäri: A-klinikkasäätiön johtava ylilääkäri. 6/2015 alkaen A-klinikkasäätiön Etelä-Suomen palvelualueen ylilääkäri.
Asiakkaat korvaushoidossa	Syksyllä 2013 asiakkaita alle 60	Kesäkuussa 2014 asiakkaita 61	Syksyllä 2015 asiakkaita 71
Potilastietojärjestelmä Sähköinen resepti	A-klinikkasäätiön yhteinen hoitorekisteri.	1.4.2014 A-klinikkasäätiön uusi järjestelmä Mediatri. Samanaikaisesti sähköinen resepti käyttöön, osittain käytössä entiset reseptilomakkeet.	Mediatri Sähköinen resepti, 11/2015 lähtien kaikki reseptiliikenne sähköisessä muodossa.
Toimintaympäristönä A-klinikka (Lahden keskusta, Hämeenkatu)	A-klinikalla korvaushoidossa Aavan- ja Oivan alueen sekä Heinolan alueen asiakkaita.	Syksyn 2014 aikana korvaushoito keskitettiin Lahden K-klinikalle. A-klinikalla korvaushoidossa yksittäisiä asiakkaita (kriisijaksot)	A-klinikalla korvaushoidossa yksittäisiä asiakkaita, esim. kriisijakso tai raskaus indikaatiolla olevia asiakkaita.
Toimintaympäristönä K-klinikka (Terveysasema, Laune)	K-klinikalla korvaushoidossa Lahdessa kirjoilla olevat asiakkaat.	Syksyn 2014 aikana korvaushoito keskitettiin Lahden K-klinikalle.	K-klinikka ensisijainen korvaushoitoyksikkö.
Toimintaympäristönä Pitkämäen kuntoutusyksikkö (Ahtiala)	Korvaushoidon lääkejakoryhmät viikonloppuisin ja pyhäpäivinä.	Korvaushoidon lääkejakoryhmät viikonloppuisin ja pyhäpäivinä.	Korvaushoidon lääkejakoryhmät viikonloppuisin ja pyhäpäivinä.
Kehittämishanke Opioidiriippuvaisten korvaushoidon toteutuksen mallintaminen Lahden A- ja K-klinikalla	Kehittämishankkeen aiheen valikoituminen työelämälähtöisen tarpeen mukaisesti. Työelämän ohjaaja Hämeen palvelualueen kehitysjohtaja. Aiheseminaari 12/2013	Kehittämishankkeen suunnitelmaseminaari 6/2013	Kehittämishankkeen työelämänohjaajan vaihdos, 12/2015 uusi ohjaaja Lahden seudun palvelupäällikkö

Liite 2.

Opioidiriippuvuuden diagnoosikriteerit

ICD-10: F11.2X

Vähintään kolme seuraavista on todettu yhtäaikaisesti vähintään kuukauden ajan tai mikäli jaksot ovat lyhyempiä, toistuvasti viimeksi kuluneen vuoden aikana:

1. Voimakas halu tai pakonomainen tarve käyttää ainetta.

2. Kyky kontrolloida aineen käytön aloittamista ja lopettamista tai käytettävän aineen määrää on heikentynyt. Tällöin ainetta käytetään usein suurempia määriä tai pidemmän ajan kuin oli tarkoitus, todetaan jatkuva halu aineen käyttöön tai yritykset vähentää tai kontrolloida aineen käyttöä epäonnistuvat.

3. Fysiologinen vieroitusoireisto, kun aineen käyttö loppuu tai vähenee, mistä on osoituksena aineelle tyypilliset vieroitusoireet:

- o Vähintään kolme seuraavista:
 - opioidipäihteen himo
 - nenäeritteet ja aivastelu
 - kyynelvuoto
 - lihassäryt tai kouristukset
 - suoliston kouristukset
 - pahoinvointi tai oksentelu
 - ripuli
 - pupillien laajentuminen
 - ihokarvat nousevat pystyyn tai toistuvia vilunväristyksiä
 - sydämentykytys tai kohonnut verenpaine
 - haukottelu
 - nukkuminen on levotonta tai
 - saman tai läheisestä sukua olevan aineen käyttö vieroitusoireiden vähentämiseksi tai välttämiseksi.

4. Osoitus sietokyvyn kasvusta; tarvitaan esimerkiksi selvästi aikaisempaa suurempia annoksia päihtymistilan tai toivotun vaikutuksen saavuttamiseksi tai aineen käyttöä seuraa selvästi aiempaa heikompi vaikutus, kun käytetään ainetta jatkuvasti samalla annoksella. Esimerkiksi opioidiriippuvaiset henkilöt voivat käyttää niin suuria päiväannoksia, että ne voisivat lamaannuttaa tai tappaa sietokyvyttään normaalin henkilön.

5. Keskittyminen aineen käyttöön, mikä ilmenee muiden tärkeiden mielihyvän lähteiden tai kiinnostuksen kohteiden laiminlyöntinä tai siten, että aikaa kuluu runsaasti aineen hankkimiseen, käyttämiseen tai sen vaikutuksista toipumiseen.

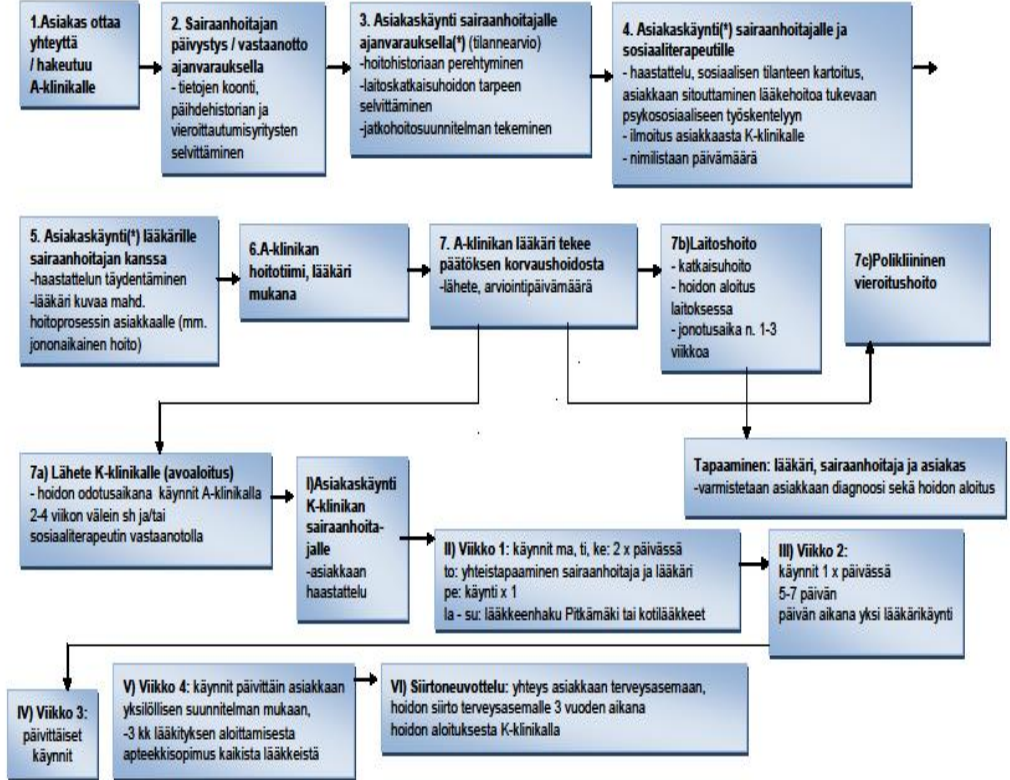
6. Aineen jatkuva käyttö huolimatta sen selvästi haitallisista seurauksista, mistä osoituksena on käytön jatkuminen, vaikka henkilö on tietoinen haitan luonteesta ja suuruudesta. Hän on esimerkiksi tietoinen siitä, että opiaattien suonensisäiseen käyttöön liittyy lisääntynyt infektiio- sekä yliannoskuoleman riski. On syytä varmistaa, että käyttäjällä todella on tietoa haitan luonteesta ja laajuudesta.

7. Psykoaktiivisten aineiden käyttötapojen kaventumista pidetään myös tyypillisenä piirteenä. (Duodecim 2016.)

Liite 3. Opioidikorvaushoito Lahdessa 7.10.2013



OPIOIDIRIIPPUVAISEN ASIAKKAAN HOITOPROSESSI LAHDEN A- JA K-KLINIKALLA



Liite 4. Korvaushoito-ohjelma



KORVAUSHOITO-OHJELMA

Korvaushoidon tavoitteena on lääkkeellisen ja psykososiaalisen hoidon avulla kuntoutuminen sekä päihitteettömyys yksilöllisen hoitosuunnitelman mukaisesti. Hoitosuunnitelman toteutumista arvioidaan kolmen kuukauden välein, tarvittaessa useammin.

LÄÄKEHOITO:

1. Korvaushoidossa käytetään buprenorfiinia tai metadonia sisältävää lääkevalmistetta.
2. Hoidon alkaessa lääkkeen haku tapahtuu hoitopaikasta päivittäin kuukauden ajan, käytäntö koskee myös asiakkaita, jotka ovat olleet korvaushoitolääkkeen vaihdossa tai pitkäkestoisella laitostatkaisu/kuntoutusjaksolla. Arkipäivinä lääke haetaan Korvaushoitoklinikalta tai A-klinikalta, viikonloppuina ja arkipyhinä lääke haetaan Pitkämäen kuntoutusyksiköstä. Lääke otetaan valvotusti. Seuraavan kahden kuukauden jakson aikana kotilääkepäivät arvioidaan yksilöllisesti, kotilääkepäivät tarkistetaan hoitosuunnitelmien päivityksen yhteydessä. Kerran viikossa tapahtuvaan lääkkeenjako-oon voi päästä vain, mikäli käy työssä tai opiskelee. Useampaa lääkeannosta hakies- sa otetaan aina yksi lääkeannos hoitopaikassa. Asiakkaalla on velvollisuus tuoda pyy- dettäessä lääkkeet näytettäväksi, mikäli asiakas on saanut useamman päivän lääkkeet mukaansa.
3. Korvaushoitolääke on haettava sovittuna lääkkeenjakoaikana. Sovitusta kellonajasta myöhästymisen (ilmoittamatta) aiheuttaa sen, että sinä päivänä jää ilman lääkettä.
4. Kotilääkityksen voi antaa STM: n 33/2008 asetuksen mukaisesti erityisestä syystä enintään 15 vuorokaudeksi Lomalääke anotaan kirjallisesti, anomukseen tulee liittää kopio matkalipuista tai muu luotettava selvitys. Anomuksen jälkeen hoitopaikan työ- ryhmä tekee päätöksen lomalääkkeestä.
5. K-klinikan lääkäri vastaa korvaushoitolääkkeestä sekä muusta päihdehoitoon liitty- västä lääkityksestä. Hoito edellyttää apteekkisopimuksen allekirjoittamista, sopimus vahvistaa turvallisen lääkehoidon toteuttamista. Apteekkisopimuksen sisältö käydään läpi aina yhdessä asiakkaan kanssa ennen allekirjoittamista. Muiden sairauksien lää- kehoito toteutetaan normaalisti terveyskeskuksen omalääkäriltä. Asiakas on velvolli- nen ilmoittamaan kaikista käyttämistään lääkkeistä lääkärille ja hoitajalle.

6. Huumeuseulat otetaan hoidollisin perustein. Kutsuttaessa asiakkaan on saavuttava hoitopaikkaan antamaan virtsanäyte viimeistään seuraavana päivänä. Sitä varten asiakkaalla täytyy olla toimiva puhelinyhteys, joka on hoitopaikan tiedossa. Huumeuseulassa positiivinen tulos merkitsee tiivistysjaksoa ja käyntien palauttamista päivittäisiksi kahden viikon ajaksi tai niin kauan, kunnes saadaan negatiivinen seulontatuloks. Seulasta kieltäytyminen tulkitaan positiiviseksi tulokseksi. Pistosjälkiä seurataan säännöllisesti.

7. Päihtymys on este lääkityksen antamiselle. Kahden työntekijän arvio riittää päihtymystilan toteamiseksi. Alkometrin lukeman pitää olla 0.00 o/oo. Alkometri puhallutus suoritetaan lääketurvallisuussyistä sekä hoidollisin perustein.

8. Mikäli Suboxone lääkityksellä oleva asiakas jättää kolme kertaa peräkkäin noutamatta lääkkeen tai Metadon lääkityksellä oleva asiakas jättää kaksi kertaa peräkkäin noutamatta lääkkeen, johtaa se lääkeannoksen vähennykseen.

9. Lääkevilpit johtavat hoidon jatkumisen arviointiin työryhmässä ja mahdollisesti hoidon lopetukseen.

10. Lääkehoidon muutokset esitetään hoitajan vastaanotolla, joka esittelee asian lääkärille. Muut lääkäritapaamiset toteutuvat suunnitellusti. Hoitaja tekee lääkärin ajanvarauksen.

MUUTA:

Asiakas sitoutuu tarvittaessa tehoste-, katkaisu- tai intervallijaksolle, mikäli työryhmä katsoo tämän aiheelliseksi.

Hoidon edetessä hoito-ohjelman mukaisesti, hoito voidaan siirtää terveyskeskukseen.

Hoidon tauottaminen on suositeltavaa, mikäli asiakas ei ole riittävän sitoutunut hoidon tavoitteisiin tai turvallinen lääkehoidon toteuttaminen ei ole mahdollista. Hoidon tauottaminen suunnitellaan huolellisesti, korvaushoitolääke ajetaan alas nopealla aikataululla ja sovitaan yksilöllisesti tauon kesto. Tämän jälkeen annetaan asiakkaalle mahdollisuus palata hoidon piiriin sovitusti. Asiakkaalle annetaan mahdollisuus yksilöajoille tauonkin aikana. Tauon loppuvaiheessa asiakkaaseen ollaan yhteydessä ja varmistetaan, että asiakas muistaa tauotuksen loppumisen. Nämä asiat kirjataan huolellisesti ja laadittu suunnitelma allekirjoitetaan asiakkaan ja työntekijän toimesta.

Mikäli korvaushoidossa olevalla asiakkaalla on menossa poliisitutkinta mahdollisesta huumausaineiden myyntiepäilystä, asiakkaan lääkehaku tiivistetään tutkinnan ajalta päivittäiseksi.

Kaikki ristiriita yms. tilanteet käsitellään työryhmässä.

Hoito päättyy välittömästi väkivaltaisen tai muun uhkaavan käyttäytymisen johdosta hoitohenkilökuntaa tai toista asiakasta kohtaan.

Mikäli asiakkaan korvaushoito keskeytyy, on asiakkaan mahdollista hakeutua uudelleen hoitoon. Hoitoon palaaminen tapahtuu uuden arviointijakson ja korvaushoitopäätöksen jälkeen hoitojonon kautta.

PSYKOSOSIAALINEN KUNTOUTUS

Lääkehoito tukee psykososiaalista kuntoutusta, jonka tavoitteena on elämän hallinnan saavuttaminen sekä päihteettömyys. Asiakas osallistuu sovitusti hoitotiimin jäsenten tapaamiseen.

HOITOTIIMI

Asiakkaan kanssa yhteistyössä toimivat lääkäri, sairaanhoitajat, sosiaaliterapeutti ja hoidon aikana erikseen sovittavat tahot, jotka tarjoavat potilaalle psykososiaalista kuntoutusta. Tästä polikliinisestä hoidosta vastaa erikseen nimetty lääkäri.

HOITOSUUNNITELMA

Yksilölliset hoidon tavoitteet:

Suunnitelma oheiskäytön seuraamuksista:

Seulanäyte hoidollisin perustein: (tiheys, seuraus)

Suunnitelma i.v käytön seuraamuksista:

Hoitosuunnitelma on osa korvaushoito-ohjelmaa, lisäksi vastaava hoitosuunnitelma on potilastietojärjestelmässä. Hoitosuunnitelmaa tarkennetaan hoidon tarpeen mukaan.

KORVAUSHOITOSOPIMUS

Minä:

Henkilötunnus:

Sitoudun korvaushoitoon sovitun suunnitelman mukaisesti.

Annan edellä kuvatun hoitotiimin jäsenille luvan olla yhteydessä muihin hoitopaikkoihin ja viranomaistahoihin (mm. poliisi, sosiaalitoimi, terveydenhuollon eri yksiköt) sekä luvan käsitellä päihdeongelmaani liittyviä asioita näiden tahojen kanssa.

Olen lukenut ja ymmärtänyt potilasohjeet. Sitoudun noudattamaan niitä.

Tämä sopimus on voimassa toistaiseksi.

Asiakkaan allekirjoitus _____
Nimen selvennys

Lääkärin allekirjoitus _____
Nimen selvennys

Sairaanhoitajan allekirjoitus _____
Nimen selvennys

Liite 5. Apteekkisopimus

APTEEKKISOPIMUS

Lääkehoitoni tehostamiseksi suostun seuraaviin järjestelyihin:

1. Ilmoitan hoitavalle lääkärille sen apteekin nimen, jossa haluan asioida
2. Lääkäri antaa lääkeresepini valitsemaani apteekkiin faksilla tai puhelimitse tai vien sen itse.
3. Apteekissa todistan aina henkilöllisyyteni ja reseptin jätän säilytettäväksi
4. Mahdolliset osatoimitukset haen itse aina samasta apteekista reseptin ohjeen mukaisesti
5. Muille apteekeille on lupa ilmoittaa, että reseptini ovat yhdessä apteekissa ja muut apteekit voivat pitää tätä tietoa rekisterissään. Tieto apteekeille välitetään joko telefaksilla, tai apteekien keskinäisen tietoturvallisen verkkoratkaisun avulla
6. Apteekit pidättäytyvät toimittamasta minulle mitään hoito-ohjelmasta poikkeavia PKV-lääkkeitä, tai lääkkeitä joita yleisesti tiedetään voitavan väärinkäyttää
7. Apteekeilla on lupa kertoa huomioistaan hoitoni edistymisestä hoitavalle lääkärille
8. Tämä sopimus on voimassa _____-_____ tai kunnes se yhdessä hoitavan lääkärin kanssa peruutetaan. Hoitava lääkäri ilmoittaa tällöin peruutuksesta kirjallisesti apteekille esim. telefaksilla.
9. Sopimusrikkomukset voivat johtaa sopimuksen purkamiseen tai keskeyttämiseen
10. Väkivalta, sillä uhkaaminen, tai hyväksyttävän käytöksen vastainen toiminta johtaa sopimuksen purkamiseen
11. Hoitava lääkäri mitätöi tähän sopimukseen liittyvät reseptit sopimuksen päättyessä/purkautuessa. Tämän jälkeen apteekki ei enää toimita reseptissä jäljellä olevia lääkkeitä. Mikäli apteekissa on vielä toimittamattomia maksettuja lääkkeitä, apteekki voi toimittaa ne hoitoyksikköön.

12. Sopimus koskee seuraavia lääkkeitä:

13. Valitsemani apteekin nimi/paikkakunta on:

14. Hoitava lääkäri on:

Toimipaikka:

Paikka:

Asiakas:

Henkilötunnus:

Allekirjoitus

Allekirjoitettu lomake faksataan valittuun apteekkiin, joka välittää tiedon muille apteekeille. Alkuperäinen lomake jää lääkärille.

Liite 6. Benchmarking-vertailun yhteenveto

Aihealue	Espoo	Oulu	Rovaniemi	Lahti (kehittämishankkeen toimin- taysiköt)
Kuntouttava korvaushoito	Hoito jaettu kolmeen jaksoon. Sisältö määritelty kuntoutumisen vaiheiden mukaisesti. Lääkärin vastaanotto toteutuu 1. vaiheessa 1-3x kk:ssa. 2.vaiheessa lääkäri vähintään 4 kk:n välein.	Ei eritelty hoitolinjoja.	Päätös hoitolinjauksesta kuntouttavan ja haittoja vähentävän hoidon välillä tehdään vasta kolmen ensimmäisen hoitokuukauden jälkeen. Hoitokokoukset, joissa hoitosuunnitelmat tarkistetaan voidaan kuntouttavassa korvaushoidossa voidaan pitää asiakkaan kotona yhdessä läheisten kanssa.	Hoitolinjaukspäätökset tehdään usein jo hoidon alkuvaiheessa. Suositellaan jatko-kehittämistyöskentelyyn Rovaniemen käytäntöä kolmen kuukauden aloitusjaksosta. Hoitokokous asiakkaan kotona käytäntöä voidaan suunnitella myös Lahdessa. Espoon mallin mukaisesti kuntouttava korvaushoito olisi hyvä jakaa sisällöllisesti eri vaiheisiin.
Elämänlaatua parantava korvaushoito (Haittoja vähentävä)	Hoitomuoto on asiakasryhmälle, joka ei todennäköisesti kokonaan luovu huumeiden käytöstä. Lääkärin vastaanotto on 1x vuodessa. Hoidossa voidaan tavoitella asiakkaan valmentautumista kuntouttavaan korvaushoitoon.	Ei eritelty hoitolinjoja.	Päätös hoitolinjauksesta kuntouttavan ja haittoja vähentävän hoidon välillä tehdään vasta kolmen ensimmäisen hoitokuukauden jälkeen. Hoitolinja valitaan silloin, kun asiakkaalla on jatkuvaa oheiskäyttöä aloitusjakson jälkeen ja motivaatiota sen lopettamiseen ei ole. Psykkinen tai somaattinen sairaus voi olla myös indikaationa hoitolinjalle. Lääkäreitä varataan ainoastaan tarvittaessa.	Hoitolinjaukspäätökset tehdään usein jo hoidon alkuvaiheessa. Suositellaan jatko-kehittämistyöskentelyyn Rovaniemen käytäntöä kolmen kuukauden aloitusjaksosta. Lahdessa tulisi huomioida lääkärin vastaanottokäynnit, kuten Espoossa ja Rovaniemellä. Lahdessa elämänlaatua parantavassa hoidossa olevat asiakkaat käyvät lääkärin vastaanotolla useammin kuin kuntouttavassa korvaushoidossa olevat.
Hoitosuunnitelma ja hoitosopimus	<u>Kuntouttava korvaushoito:</u> Hoidon 1. ja 2. vaiheessa suunnitelma päivitetään vähintään 3 kk:n välein. <u>Haittoja vähentävä hoito:</u> suunnitelma päivitetään kerran vuodessa tai tarpeen mukaan. Hoitosuunnitelman laadinnassa mukana tilaajatohon edustaja hoitomuodosta riippumatta. Tavoitteiden asettamisen yhteydessä arvioidaan aika (kesto) tavoitteiden saavuttamiseksi.	Hoitosuunnitelma allekirjoitetaan avohoidossa jo lähettäneen tahon tai hoitovastuussa olevan tahon kanssa. Suunnitelmassa määritellään yhteistyötahot, käyntitiheys, työnjako, huumeeseulat, yhteistyö palaverien toteutus.	Ei erityistä poikkeavaa käytäntöä.	Lahdessa hoitosuunnitelman päivitys ja tarkennus on Sovittu tehtäväksi kolmen kuukauden välein ja lisäksi tarvittaessa. Tulevaisuudessa myös Lahdessa olisi hyvä hyödyntää tilaajatohon osallistumista hoitosuunnitelman laadintaan. Niin ikään hoitotavoitteita asettaessa olisi jatkossa hyvä arvioida aika tavoitteiden saavuttamiseksi. Myös työnjako tulisi kuvata jo hoidonsuunnittelun vaiheessa.

Aihealue	Espoo	Oulu	Rovaniemi	Lahti (kehittämishankkeen toimintayksiköt)
Kotilääkeannokset (kertymä)	Kotilääkeannokset kertyvät vasta puolen vuoden hoitajakson jälkeen kuntouttavassa korvaushoidossa. Tämän jälkeen yksikössä asioidaan 1-5 kertaa viikossa. Haittoja vähentävässä korvaushoidossa kotilääkeannokset on mahdollista saada ainoastaan viikonloppuisin harkinnanvaraisesti.	Kotilääkeannokset kertyvät vasta puolen vuoden ja rikkeettömän hoitajakson jälkeen. Käytäntö koskee myös paikkakunnalle muuttavia jo toisaalla korvaushoidossa olleita. Puolen vuoden tiivistä jaksoa perustellaan luottamuksen ja yhteistyön syntymisellä asiakkaan ja hoitopaikan välille. Tämän jälkeen kotilääkepäiviä lisätään kuukausittain, mikäli hoito on tasapainossa.	Haittoja vähentävässä korvaushoidossa kotilääkekeitä annetaan vain päiväksi kerrallaan erillisen harkinnan mukaan. Kuntouttavassa korvaushoidossa kotilääkepäiviä on mahdollista saada vasta kolmen kuukauden hoitajakson jälkeen. Kotilääkepäivän saamisen yhtenä kriteerinä ovat negatiiviset seulatulokset kuukauden ajalta ennen kotilääkkeen aiotun ajankohtaan.	Lahdessa kotilääkeannokset kertyvät ensimmäisen hoitokuukauden jälkeen. Keväällä 2014 sovittiin yksittäisten kotilääkeannoksien kertymisestä kuukausittain, mikäli hoito on tasapainossa. Sovituissa käytännöissä on linjattomuutta ja myös elämänlaatu paranavassa korvaushoidossa on annettu kotilääkepäiviä, siitäkin huolimatta, että hoito ei ole tasapainossa. Sekä Espoon. Oulun että Rovaniemen malleja tulisi hyödyntää osittain myös Lahdessa.
Kotilääkeannosten menettäminen	Ei käytännön kuvausta.	Kotilääkepäivien menetykseen vaikuttavat oheiskäyttö, sääntörikkomukset ja hoitosuunnitelman toteutumattomuus. Oulussa käytetään myös korvaushoitolääkeannoksen puolittamista lievistä häiriökäyttäytymisestä hoitopaikassa (esim. huutaminen, ovien paiskominen). Vaihtoehtoisesti käyttäytyminen voi johtaa korvaushoitolääkityksen kokonaan menettämiseen. Yksittäinen sääntörikkomus siirtää kotilääkeannosten aloitusta kuukaudella ja vähentää viikon kotilääkeannoksia yhdellä päivällä. Mikäli asiakas jättää yhden lääkehaun ilmoittamatta väliin, menettää hän viikon kotilääkeoikeudet.	Oheiskäyttö johtaa kotilääkeoikeuksien menetykseen kolmen viikon ajaksi. Jakson jälkeen kotilääkeannokset palautetaan, mikäli hoito on tasapainossa. Toistuva oheiskäyttö johtaa hoidon arvioon ja kotilääkeannosten kokonaan menettämiseen.	Lahdessa on kotilääkeannosten menettämiseen samankaltaiset linjaukset kuin Oulussa ja Rovaniemellä. Oheiskäytön vuoksi kotilääkeannokset menetetään kahden viikon ajaksi. Lääkkeenhaulta pois jääminen, edes yksittäinen tulisi myös huomioida, kuten Oulun mallissa. Lahdessa on myös tässä yhteydessä linjattomuutta, joka heijastuu asiakastalolle eriarvoisena kohteluna.
Lomalääkeoikeus	Ei käytännön kuvausta (asetus 33/2008)	Ei käytännön kuvausta (asetus 33/2008)	Lomalääkeoikeus voidaan saada vain kertaluonteisesti ja aikaisintaan kolmen kuukauden kuluttua hoidon aloituksesta. Mikäli kyseessä on kuntoutussuunnitelmaa tukeva pidempi lomajakso, voidaan käyttää maksusitoumuskäytäntöä lääkehakuun toisella paikkakunnalla. Lomaoikeus on lähinnä kuntouttavassa korvaushoidossa olevilla, haittoja vähentävässä hoitolinjauksessa voidaan hyödyntää maksusitoumuskäytäntöä.	Lahdessa linjattomuutta lomaoikeuksien saamisessa. Myös elämänlaatu parantavassa hoidossa olevat ovat saaneet pitkiäkin lomajaksoja. Tämä on ollut yksi keskeisimmistä kehittämistä vaativista osaluista. Rovaniemellä olevaa maksusitoumuskäytäntöä tulisi myös Lahdessa hyödyntää. Asiakaiden tasa-arvoinen kohtelu ei toteudu linjattomuuden vuoksi.

Aihealue	Espoo	Oulu	Rovaniemi	Lahti (kehittämishankkeen toimintayksiköt)
Lääkehoito	<p>Esitetään lähinnä kotilääkeannosten määrätymisellä.</p> <p>Lääkkeen jakamisesta ei eriteltyä kuvausta.</p>	<p>Hoitosopimusosiossa lääkehoidon sisällön kuvauksessa muistutetaan asiakkaita siitä, että hoito on yksilöllistä ja toisen asiakkaan hoidon erityispiirteet eivät merkitse yleistä oikeutta tai velvollisuutta samoihin asioihin. Lääkevilppi (esim. jemmaus) aiheuttaa lääkkeen jauhamisen kuukauden ajaksi.</p> <p>Liite: Suboxone lääkkeen valvottu ottaminen. Lääkkeen jakaminen ryhmissä ja yksilöajoilla.</p>	<p>Kuntouttavassa korvaushoidossa lääkejako toteutetaan yksilöajalla, jonka kesto on 15 minuuttia. Haittoja vähentävässä korvaushoidossa lääkejako toteutuu pääasiassa ryhmässä.</p>	<p>Lahdessa lääkejako toteutuu lähinnä ryhmätilanteissa. Lääkejako toteutuu lisäksi ennalta sovitulla yksilöajoilla.</p> <p>Lahdessa on käytössä ohjeistus valvottuun lääkkeenottoon, joka on muokattu Oulun mallista Lahden tarpeita vastaavaksi keväällä 2014. Oulun hyvät käytännöt, kuten muistutus asiakkaiden yksilöllisestä hoidosta sekä korvaushoitolääkkeen jauhaminen (esim. jemmaus) tulisi hyödyntää myös Lahden mallissa.</p>
Bentsodiatsepiinit ja pregabaliini	<p>Ei käytännön kuvausta</p>	<p>Bentsodiatsepiini ryhmän lääkkeet ei käytössä korvaushoidossa uni- tai rauhoittavina lääkkeinä. Metadon korvaushoitolääkkeellä olevilta bentsodiatsepiinit lopetetaan pääsääntöisesti lääkkeiden toksisen yhteisvaikutuksen vuoksi.</p>	<p>Bentsodiatsepiinit ja pregabaliini (Lyrica®) ohjeistetaan ajamaan alas ennen korvaushoidon aloitusta. Bentsodiatsepiineja ei käytetä hoidon aikana uni- tai rauhoittavina lääkkeinä. Pregabaliinin käyttö on sallittua ainoastaan erityistapauksissa, jolloin sen käyttöaihe on vaikea kiputila tai trauma.</p>	<p>Lahdessa vertailukohteiden tyyppinen käytäntö saatiin toimivaksi kevään - syksyn 2014 aikana ja yhteisissä linjauksissa pysyttiin. Linjauksissa on tullut kuitenkin heikennyksiä, mm. kyseisten lääkeaineiden määrääminen muilta terveydenhuollon tahoilta, huolimatta siitä, että asiakkailla on voimassa oleva apteekkisopimus. Heikennys linjauksissa kuormittaa perustyötä ja kyseenalaistaa turvallisen lääkehoidon toteuttamista.</p>
Oheiskäytön seuraamukset	<p>Ei käytännön kuvausta</p>	<p>Alkoholin kanssa on nollatoleranssi, mikäli alkoholia on uloshengitysilmassa, siirretään lääkkeenhaku myöhempään ajankohtaan (yksikön aukiolojen mukaisesti) tai seuraavaan päivään. Oheiskäytöstä on muutamien huumausaineiden osalta laadittu tarkka ohjeistus niiden vaikutuksesta lääkitykseen.</p>	<p>Oheiskäytön seuraamuksissa ei uutta näkökulmaa.</p> <p>Alkoholin nollatoleranssi, mikäli uloshengitysmittauksessa on alkoholia jää asiakas ilman korvaushoitolääkettä. Vertailun vuoksi kts. Oulu, jossa lääke voidaan antaa myös myöhempänä ajankohtana.</p>	<p>Alkoholi: nollatoleranssi. Ohjeistusta oheiskäytön ja suomenalaisen käytön seuraamuksista tulisi kaikkien yhtenäisesti noudattaa. Lahdessa oheiskäytöstä seuraa vähintään kahden viikon hoidon tiivistys. Korvaushoitolääkkeen este on ollut muiden opioidien käyttö, joka huumeselalla on todennettu (huom. ensivaiheen seulan merkitys)</p>

Aihealue	Espoo	Oulu	Rovaniemi	Lahti (kehittämiss-hankeen toimin-tayksiköt)
Huumeseulat	Ei käytännön kuvausta.	Mainitaan hoitosuunnitelman ja hoitosopimuksen laadinnassa huomioitava-na asiankohtana.	Huumeseuloja ohjeistetaan otettavan hoidon alussa 1 x viikossa. Kuntouttavassa korvaushoidossa vähintään kaksi kertaa kuukaudessa ja haittoja vähentävässä korvaushoidossa 1x puo-lessa vuodessa. Seulanäyt-teitä otetaan lisäksi tarpeen mukaan.	Lahdessa lähes samanlaiseen käy-täntöön kuin Rovaniemellä. Elämänlaa-tua parantavan hoidon huumeseula-käytännöissä on vielä puutteita, seuloja otetaan huomattavasti enemmän kuin 2 x vuodessa. Lahdessa käytäntöjä ohjaavat myös huumeseula-näytteiden ottamista koskeva THL: n ohjeistus. Lisäksi huumeseulat otetaan pääsääntöisesti vain hoidollisen perus-tein.
Psykososiaali-nen tuki ja kuntoutus	Ensimmäisen kuuden kk:n hoitajakson aikana asiakkaalle tarjotaan osallisuutta ja kuntoutumista edistävää toimintaa. Seuraava vaihe on kestoaltaan noin 15 kk ja se kuvataan aktiivisen psykososiaalisen työskentelyn vaiheena. Tuolloin asiakkaalle järjestetään viikoittain kuntoutumista tukevaa toimintaa. Korvaushoito sisältää osallisuutta, arjen hallintaa ja kuntoutumista tukevaa ryhmä- sekä ver-taistoimintaa.	Korvaushoito sisältää suunnitellusti viikoittaiset tapaamiset sosiaaliterapeutilla. Sosiaalisen kun-toutuksen ja palveluoh-jauksen vahvaa integraatiota korostetaan hoidon toteutuksessa. Palveluohjaus kuvataan sisällöllisesti asiakkaan avustamisena erilaisten asioiden hoidossa. Kotikäynnit. Pari- ja perheterapia. Psykoterapia lääkehoidon tukena.	Psykososiaalinen kuntou-tus on integroitu lyhyesti hoitolinjaus kuvauksiin. Kuntouttavassa korvaus-hoidossa huomioidaan läheiset ja verkosto vahva-na hoidon toteutuksen osa-alueena. Huomio myös kotikäynnit. Haittoja vähentävässä hoidossa asiakkaille tarjo-taan omahoitajan vastaan-ottoaikoja vähintään kaksi kertaa vuodessa.	Sosiaaliterapeutin tapaamiset ovat olleet Lahdessa tarjolla molempien hoitolinjausten asi-akkaille. Resurssien kohdentamisen vuoksi olisi syytä rajata yksilötapaami-sia lähinnä kuntout-tavaan korvaushoi-toon, jotka jo hoidon suunnittelu vaihees-sa olisi sovittu osaksi hoitoa viikoittain toteutuvaksi. Ryh-mätoimintaa ja sen muotoja tulisi lisätä. Palveluohjausta ja sosiaalista kuntou-tusta tulisi edelleen vahvistaa. Kotikäyn-tien mahdollinen integroiminen hoi-toon kuntoutumista vahvistavana tekijä-nä.
Korvaus-hoidon päät-täminen/päättyminen	Asiakkaan korvaushoito päätetään, mikäli asiakas on ilmoittamatta viikon pois hoidosta. Hoidon päättämi-nen ilmoitetaan tilaajatahol-le.	Sääntörikkomuksen ja sen vakavuusasteen mukai-sesti, joko tiivistetään hoitoa, edellytetään osas-tojaksoa, ajetaan lääkitys alas tai mahdollisesti lopetetaan kerralla. Mikäli asiakas ei suostu hoidon uudelleen arviointiin tai sen toteutukseen, johtaa se hoidon päättämiseen.	Ei erityistä poikkeavaa käytäntöä.	Lahdessa hoidon päättäminen ei ole toteutunut siten kuin hoitosopimuksessa olevat tähän sunna-tut kohdat velvoittai-sivat toimimaan. Tässä yhteydessä on ollut selkeää linjattomuutta. Kesäl-lä 2015 tähän laadit-tiin apuvälineeksi perusteltu hoidon tauottamisen mah-dollisuus. Hoito on mahdollista päättää, mikäli tauotuksesta ei ollut hyötyä (oheiskäyttö jatkuu, hoitoon sitoutuminen on heikkoa, häiriö-käyttäytyminen on yleistä).