

Mari Heinonen

Helsingin kaupungin päihdepoliklinikoilla opioidikorvaushoidossa olevien potilaiden psykososiaaliset vaikeudet ja muutostoiveet

Metropolia Ammattikorkeakoulu
Sairaanhoidtaja (YAMK)
Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen
ja johtaminen
Opinnäytetyö
Maaliskuu 2017

Tekijä Otsikko	Mari Heinonen Helsingin kaupungin päihdepoliklinikoilla opioidikorvaushoidossa olevien potilaiden psykososiaaliset vaikeudet ja muutostoiveet
Sivumäärä Aika	65 sivua + 6 liitettä Maaliskuu 2017
Tutkinto	Sairaanhoidaja YAMK
Koulutusohjelma	Sosiaali- ja terveystieteen ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Suuntautumisvaihtoehto	Sosiaali- ja terveystieteen kehittäminen ja johtaminen
Ohjaaja	Terveystieteiden tohtori, lehtori Ly Kalam-Salminen
<p>Huumeongelman Käypä hoito- suosituksen (2012) mukaan opioidikorvaushoitoon yhdistetty psykososiaalinen hoito vähentää oheiskäyttöä ja lisää raittiutta. Psykososiaalinen ei kuitenkaan ole käsitteenä selkeä, koska sitä on käytetty kuvaamaan niin hoidettavia ongelmia, niiden syitä kuin itse hoitomenetelmiä (Weckroth 2007).</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa Helsingin kaupungin päihdepoliklinikoilla opioidikorvaushoidossa olevien potilaiden psykososiaalisia vaikeuksia, taustatietojen yhteyksiä psykososiaalisiin vaikeuksiin sekä keskeisimpiä psykososiaalisten vaikeuksien muutostoiveita. Aineisto kerättiin Euroopan komission PARADISE- hankkeen myötä kehitetyllä Paradise24fin-kyselyllä, jolla voitiin kartoittaa laajasti eri aivotoiminnan häiriöihin liittyviä psykososiaalisia vaikeuksia. Kyselyyn vastasi 269 potilasta opioidikorvaushoidossa olevasta 357 potilaasta. Aineisto käsiteltiin kvantitatiivisesti ja analysoitiin IBM SPSS 21- ohjelmalla.</p> <p>Potilailla oli psykososiaalisia vaikeuksia eniten mielialan sekä kivun ja unen osa-alueilla. Suurimmalla osalla potilaista oli jonkin asteista päihteiden oheiskäyttöä, mikä oli aiemman tutkimustiedon valossa yleistä. Laittomia päihteitä joko alkoholin kanssa tai ilman käyttäneillä potilailla oli tilastollisesti merkitsevästi enemmän psykososiaalisten osa-alueiden vaikeuksia kuin pelkkää alkoholia käyttäneillä tai kokonaan päihteettömällä potilailla. Merkityksellistä tuloksissa oli, että psykososiaalisen hoidon tarve näytti olevan suurin juuri niillä potilailla, joilla oheiskäyttöä oli eniten. Alle 25-vuotiailla potilailla oli muihin ikäryhmiin verrattuna eniten psykososiaalisten osa-alueiden vaikeuksia lukuun ottamatta kipua ja unta. Vaikka alle 25-vuotiaiden määrä oli vähäinen eikä tilastollisesti merkitsevää yhteyttä ollut, oli tämä mielenkiintoinen havainto hoidon järjestämisen kannalta. Nuorten psykososiaaliset vaikeudet olisi myös mielenkiintoinen jatkotutkimusaihe.</p> <p>Psykososiaalisten vaikeuksien esiintyvyys vahvisti potilaan yksilöllisen tilanteen tuntemisen tärkeyttä. Paradise24fin-kysely osoittautui hyväksi ja tiiviiksi menetelmäksi kartoittaa opioidikorvaushoitopotilaiden psykososiaalisia vaikeuksia. Paradise24fin-kyselyn käyttö on suositeltavaa sekä hoidon suunnittelun että seurannan kannalta.</p>	
Avainsanat	Opioidikorvaushoito, psykososiaaliset vaikeudet

Author Title	Mari Heinonen Psychosocial difficulties and expectations among opioid substitution treatment patients in the city of Helsinki
Number of Pages Date	65 pages + 6 appendices March 2017
Degree	Master of Health Care
Degree Programme	Master Degree in Health Care and Social Services
Specialisation option	Development and Leadership in Health Care and Social Services
Instructor	Ly Kalam-Salminen, Doctor of Health Science, Lecturer
<p>According to Huumeongelmaisen käypä hoito- suositus (2012) the opioid substitution treatment combined with psychosocial care reduces the supplementary use and enhance abstinence. However, psychosocial as a concept is unclear since it has been used to describe problems, their causes than the treatments themselves (Weckroth 2007).</p> <p>The aim of this study was to identify psychosocial difficulties experienced by opioid substitution treatment patients, the impact of the patients background and the most important wishes to change. The patients were treated by outpatient substance abuse services in the city of Helsinki. The data was collected by Paradise24fin questionnaire which was developed in the EU-funded project PARADISE (Psychosocial Factors Relevant to Brain Disorders in Europe). The questionnaire was identifying psychosocial difficulties extensively. In total 269 patients agreed to take part in the study. The data was processed quantitatively and analyzed by the IBM SPSS 21 software.</p> <p>The results showed that the most common psychosocial difficulties occurred in mood, pain and sleep issues among patients. The majority of patients had supplementary use of intoxicants which was common in previous studies as well. The patients who used illicit substance with or without alcohol had more psychosocial difficulties than the patients who were abstinent or used only alcohol. The difference was statistically significant. Based on these results patients who had most supplementary use seemed to have the major need for psychosocial support. Patients under 25 years of age had more psychosocial difficulties than older patients except difficulties in pain and sleep. Although the amount of young patients was small in this study, this result was important considering for the organization of treatment. In the future it would be interesting to study more about psychosocial difficulties among young people.</p> <p>Paradise24fin questionnaire included relevant issues in a brief manner. Therefore it would be recommended to use the questionnaire at the beginning of the treatment and when monitoring the outcomes of the treatment.</p>	
Keywords	Opioid substitution treatment, psychosocial difficulties

Kiitokset

Jo opintojen alussa päätin tehdä opinnäytetyön opioidikorvaushoidosta. Aiheen täsmentyminen vei kuitenkin aikaa, kunnes eräässä korvaushoidon käytäntöjä käsittelevässä kokouksessa sain ajatuksen kartoittaa potilaiden psykososiaalisia vaikeuksia. Tästä ahaa-elämyksestä kuuluu kiitos kehittämistyöryhmän jäsenille ja erityisesti ylilääkäri Kaisa Kuurneelle, jolta sain tukea myös opinnäytetyön eri vaiheissa.

Nyt on viimein koittanut se päivä, jolloin palautan opinnäytetyöni. Kiitän Helsingin kaupungin psykiatria- ja päihdepalveluita mahdollisuudesta toteuttaa opinnäytetyön aineiston keruu neljällä alueellisella päihdepoliklinikalla sekä yhteyshenkilönä toiminutta johtava ylihoitaja Päivi Sjöblomia. Suuri kiitos kuuluu kyselyyn osallistuneille potilaille sekä korvaushoitoa toteuttaville työntekijöille, joiden aktiivisuus mahdollisti aineiston keruun onnistumisen. Kiitän Metropolia ammattikorkeakoulun FM Päivi Leskistä saamastani tilastotieteen ja tietotekniikan ohjauksesta. Erityisen kiitoksen haluan antaa lehtori, TtT Ly Kalam-Salmiselle opinnäytetyön ohjauksesta, tuesta, neuvoista ja kärsivällisistä vastauksista lukemattomiin sähköposteihin. Missään vaiheessa en kokenut taholtasi turhautumista, vaikka opinnäytetyöprosessi oli kokonaisuudessaan pitkä. Lämpimät kiitokset FT Tuuli Pitkäselle, jonka kiinnostus opinnäytetyötäni kohtaan kannusti tekemään siitä paremman. Tuuli Pitkäsen antama ohjaus mahdollisti monipuolisten analysointimenetelmien käytön ja luotettavan tulosten raportoinnin. Lisäksi suuret kiitokset läheisille ja ystäville kaikesta tuesta ja avusta.

Mari Heinonen

Vantaalla 21.3.2017

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat	2
2.1	Opioidit ja opioidiriippuvuus	2
2.2	Opioidikorvaushoito	3
2.3	Psykososiaaliset vaikeudet ja kuntoutuminen	5
3	Opinnäytetyön tarkoitus, tutkimusongelmat ja tavoite	13
4	Opinnäytetyön empiirinen toteutus	13
4.1	Opinnäytetyön metodologiset lähtökohdat	13
4.2	Kohderyhmä ja aineiston keruu	14
4.3	Paradise24fin-kysely aineiston keruun välineenä	16
4.4	Aineiston analyysi	20
5	TULOKSET	24
5.1	Taustatiedot	24
5.2	Psykososiaaliset vaikeudet yksittäisten kysymyksien perusteella	28
5.3	Psykososiaaliset vaikeudet osa-alueittain	32
5.4	Taustatietojen yhteys psykososiaalsiin vaikeuksiin	38
5.5	Psykososiaalisten vaikeuksien muutostoiveet	46
6	POHDINTA	54
6.1	Tulosten tarkastelu	54
6.2	Johtopäätökset	57
6.3	Jatkotutkimushaasteet	59
6.4	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	60
	Lähteet	63
	Liitteet	
	Liite 1. Potilaiden taustatiedot	
	Liite 2. Paradise24fin- kysely	
	Liite 3 Saatekirje potilaille	
	Liite 4 Saatekirje työntekijöille	
	Liite 5 Taustamuuttujien yhteydet psykososiaalisten vaikeuksien osa-alueisiin	
	Liite 6 Vastaaajien muutostoiveet kysymyksittäin (frekvenssit)	

1 Johdanto

Kansanterveyden kannalta mielenterveys- ja päihdehäiriöt ovat yksi keskeisimmistä sairausryhmistä ja pahimmillaan ne johtavat pysyvään toimintakyvyn alentumiseen (Suvisaari 2009:17). Opioidiriippuvuuden lääkkeellistä korvaushoitoa on toteutettu Suomessa vuodesta 1997 alkaen sosiaali- ja terveysministeriön laatimiin säädöksiin perustuen. Suurimmalla osalla opioidiriippuvaisista potilaista on todettu ennen hoidon aloitusta lisäksi muu riippuvuushäiriö sekä hoitoa ja huomiota vaativia psykiatrisia sairauksia. WHO:n mukaan tehokkaimmaksi on todettu hoitomalli, johon kuuluu lääkehoidon rinnalla psykososiaalinen hoito ja kuntoutus. (Simojoki – Pentikäinen - Fabritius - Vuori 2012.)

Huumeongelman Käypä hoito- suosituksen (2012) mukaan on näyttöä, että opioidikorvaushoitoon yhdistetty psykososiaalinen hoito vähentää oheiskäyttöä ja lisää raittiutta. Havio – Inkinen – Partasen (2008:13, 127) mukaan ei kuitenkaan ole tieteellistä näyttöä, että tietty psykososiaalinen hoitomuoto sopisi paremmin tietyille potilasryhmälle kuin joku toinen. Weckrothin (2007) mukaan psykososiaalinen- käsitettä on käytetty kuvaamaan niin hoidettavia ongelmia, niiden syitä kuin itse hoitomenetelmiä. Merkitys ja käyttötarkoitus riippuvat siitä, kuka käsitettä käyttää ja kenelle sanoma kohdistetaan. Pitkänen – Kaskela – Tourunen - Levola – Holopaisen (2014) mukaan psykososiaaliset vaikeudet syntyvät sosiaalisten ja psykologisten tekijöiden vuorovaikutuksessa.

Helsingin kaupungin päihdepoliklinikoilla oli toukokuussa 2016 hoidossa noin 360 opioidikorvaushoitopotilasta, joista osalla oli haittoja vähentävät ja osalla kuntouttavat tavoitteet. Päihdepoliklinikoilla hoidettavien opioidikorvaushoitopotilaiden määrä on lähes kaksinkertaistunut kahdessa vuodessa, mikä korostaa hoidon sisällön ja tarkoituksenmukaisen kohdentamisen jatkuvaa kehittämistarvetta. On tärkeää, että potilaiden kokemuksia psykososiaalisia vaikeuksia seurataan yhdenmukaisesti ja potilaat saavat yksilölliset tarpeet huomioivaa hoitoa. Opinnäytetyöni tarkoituksena on kuvata Helsingin kaupungin päihdepoliklinikoilla opioidikorvaushoidossa olevien potilaiden psykososiaalisia vaikeuksia, taustatietojen yhteyksiä psykososiaalisiin vaikeuksiin sekä keskeisimpiä psykososiaalisten vaikeuksien muutostoiveita. Aineisto koostuu potilaiden taustatiedoista (Liite 1) ja Paradise24fin-kyselyn (Liite 2) vastauksista. Tavoitteena on, että opinnäytetyöni tuloksia voidaan hyödyntää opioidikorvaushoidon kehittämisessä.

2 Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat

2.1 Opioidit ja opioidiriippuvuus

Opioidit ovat keskushermostoon vaikuttavia voimakkaita yhdisteitä, joita käytetään kipulääkkeinä ja huumausaineina. Opioideja ovat mm. heroiini, morfiini, metadoni, tramadoli, kodeiini ja buprenorfiini. Vuonna 2010 yleisin huumausainelöydös myrkytyskuolemien yhteydessä oli buprenorfiini. Hyvin usein todetaan buprenorfiinin samanaikainen käyttö alkoholin ja bentsodiatsepiiniryhmän lääkaineiden kanssa. Opioidiriippuvuus on monimuotoinen biopsykososiaalinen häiriö, joka on luonteeltaan etenevä ja verrattavissa pitkäaikaisiin somaattisiin sairauksiin. Häiriön kehittymiseen vaikuttavat ympäristötekijät ja perinnöllinen alttius. Toistuvan opioidien käytön seurauksena hermosoluyhteydet muovautuvat uudelleen, minkä vuoksi aivot ja elimistö tottuvat jatkuvaan opioidivaikutukseen. Täydellisen riippuvuuden kehittyttyä opioidien käyttö on jatkuvaa ja pakonomaista. Toimintakyky on yleensä alentunut vakavasti. Käytöllä pyritään pitämään vieroitusoireet pois ilman merkittäviä euforia- ja päihtymystiloja sekä ylläpitämään jäljellä olevaa toimintakykyä. (Mikkonen 2012: 85-86; Lillsunde 2012: 185.)

Opioidiriippuvuus voidaan diagnosoida, kun vähintään kolme seuraavista kriteereistä täyttyy yhtäaikaisesti vähintään kuukauden ajan. Vastaavasti mikäli jaksot ovat olleet yhtäjaksoisesti kuukautta lyhyempiä, kriteerit ovat täytyneet toistuvasti kuluneen vuoden aikana. (Tautiluokitus ICD-10 1999: 191-192.)

- Voimakas halu tai pakonomainen tarve käyttää päihdettä
- Kyky kontrolloida aloittamista ja lopettamista sekä käyttöannoksia on heikentynyt
- Aineen käyttöä vähentäessä tai lopettaessa ilmenee vieroitusoireyhtymä tai vieroitusoireita
- Käytetyn aineen sietokyvyn (toleranssin) lasku
- Keskittyminen aineen käyttöön niin, että muut kiinnostuksen kohteet ja mielihyvän lähteet jäävät sivuun ja aikaa kuluu runsaasti aineen hankkimiseen, käyttöön ja vaikutuksista toipumiseen
- Aineen käyttö on jatkuvaa huolimatta selvästi haitallisista vaikutuksista

2.2 Opioidikorvaushoito

Opioidikorvaushoito voidaan aloittaa sellaiselle opioidiriippuvaiselle potilaalle, joka ei ole vieroittunut opioideista (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta erällä lääkkeillä (33/2008 § 3). Tässä opinnäytetyössä käytetään käsitteitä opioidikorvaushoito ja korvaushoito, jotka tarkoittavat opioidiriippuvuuden yhteydessä samaa asiaa.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta erällä lääkkeillä (33/2008 § 2) määrittää korvaushoidon opioidiriippuvaisen hoidoksi, jossa apuna käytetään metadonia tai buprenorfiinia sisältäviä lääkevalmisteita. 2010-luvulla suurin osa hoitoon hakeutuvista opioidien väärinkäyttäjistä on buprenorfiinin suonensisäisiä käyttäjiä (Mikkonen 2012:90). Partanen – Vormaa – Alho - Leppö (2014:51) selvityksen mukaan vuonna 2011 Suomessa yleisin hoidossa käytetty lääkemuoto oli buprenorfiinin ja naloksonin yhdistelmävalmiste (Suboxone) (58 %), joka valikoituu Mikkosen (2012: 90) mukaan lääkehoidoksi, koska siirtymistä miedommasta opioidista voimakkaampaan opioidiin (Metadon) pidetään epäjohdonmukaisena. Perusteluna ensisijaisuudelle on lisäksi mahdollisuus toteuttaa lääkkeen aloitus avohoidossa turvallisesti ja nopeasti. Toiseksi eniten käytettiin metadonia (38 %) (Partanen ym. 2014: 51), joka valikoidaan korvaushoitolääkkeeksi ensisijaisesti silloin, kun potilaalla on ajankohtainen riippuvuus voimakkaista opioideista kuten heroiinista, oksikodonista tai fentanyylistä. (Mikkonen 2012: 90). Pelkästään buprenorfiinia sisältävää valmistetta (Subutex) sai 4 % potilaista (Partanen ym. 2014: 51). Subutex korvaushoitolääkkeenä rajoittuu pääsääntöisesti raskauden ja imetyksen alkuvaiheen aikaiseen käyttöön. Jos korvaushoito on jo hyvässä hoitotasapainossa, ei käytettyä korvaushoitovalmistetta ole tarpeen vaihtaa raskauden vuoksi. (Kahila 2012: 231-232.)

Korvaushoitolääkitykseen voi liittyä kaikille opioideille tyypillisiä haittavaikutuksia, joista tavallisimpia ovat vatsavaivat ja ummetus. Ummetusta voi lievittää nauttimalla runsaasti hedelmiä ja vihanneksia sekä juomalla riittävästi vettä. Tyypillisiä aineenvaihduntaan liittyviä haittavaikutuksia ovat runsas hikoilu, painonnousu ja jatkuva väsymys, jotka ovat hieman yleisempiä metadonia käyttävillä. Lääkeannoksen pienentäminen yleensä lievittää oireita jonkin verran. Metadon- lääkityksellä olevien hoidon seurantaan kuuluu säännöllinen sydänsähkökäyrän EKG:n tutkiminen, koska joillakin potilailla metadoniin liittyy sydämen sähköisen johtumisen hidastuminen, mikä voi altistaa sydämen rytmihäiriöille. Opioidien käyttöön sisältyy itsenäinen lisääntynyt riski unihäiriöihin. Bentso-

diatsepiinit eivät yleensä sovellu korvaushoitoon liittyvien uniongelmien hoitoon, joten ensisijaisia keinoja ovat normaalin vuorokausirytmien palauttaminen ja ylläpitäminen sekä hyvän unihygienian noudattaminen. Opioidit vaikuttavat seksuaalitoimintoja sääteleviin elimistön järjestelmiin, mikä lisää seksuaalitoimintojen häiriöiden riskiä. Eriasteinen kyvyttömyys, haluttomuus tai muut toiminnalliset ongelmat saattavat johtua muistakin tekijöistä kuten jostain muusta käytössä olevasta lääkityksestä, edelleen jatkuvasta päihdekäytöstä, voimakkaasta henkisestä kuormittuneisuudesta, fyysisestä sairaudesta tai häiriöstä tai jostain käsittelemättömästä psyykkisestä traumasta. Opioidit vähentävät syljeneritystä, mikä lisää riskiä suun terveyden ongelmiin. Tätä voidaan kuitenkin minimoida hyvällä hammashygienian hoidolla. (Mikkonen 2012: 90-91.)

Opioidikorvaushoito jaetaan asetuksen mukaan haittoja vähentävään ja kuntouttavaan korvaushoitoon. Haittoja vähentävän korvaushoidon tavoitteena on elämänlaadun parantaminen ja tilanteen pahenemisen estäminen niillä potilailla, joilla todennäköisyys huumeiden käytön kokonaan lopettamiseen on vähäinen. Haittoja vähentävällä hoidolla vähennetään opioidien laitonta käyttöä, pistämistä, veriteitse tarttuvien infektioiden leviämistä, oheiskäyttöä ja rikollisuutta. Vuonna 2011 tehdyn selvityksen mukaan haittoja vähentävässä korvaushoidossa oli 24 % potilaista. Heistä useimmat olivat lääkehoitoon painottuvassa hoitomuodossa, johon ei liittynyt psykososiaalista tukea tai muuta hoitoa. Kuntouttavan korvaushoidon tavoitteena on potilaan kuntoutuminen ja päihteettömyys. Hoito sisältää intensiivisen psykososiaalisen tuen. Valtaosa opioidiriippuvuuden lääkkeellistä vieroitus- tai korvaushoitoa saavista oli kuntouttavassa korvaushoidossa. Selvityksen mukaan 66 % potilaista oli sellaisessa kuntouttavassa korvaushoidossa, jossa lääkkeenjako tapahtui yksiköstä. Seitsemän prosenttia potilaista haki Subutex/ Suboxone-lääkityksensä apteekista hoitopaikan kanssa laaditulla apteekkisopimuksella. Asetus opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta erällä lääkkeillä ei mahdollista Metadon- lääkehoidon toimittamista apteekista. (Mikkonen 2012: 87, 88; Partanen ym. 2014:51; Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta erällä lääkkeillä 33/2008 § 2-3.)

Opioidiriippuvuuden hoito on tyypillisesti elinikäinen ja siihen kuuluu mahdollisimman hyvän hoitotasapainon ja oireettomuuden tavoittelu (Mikkonen 2012: 86). Korvaushoidon tulee aina perustua yksilölliseen hoitosuunnitelmaan, jossa määritellään lääkehoidon lisäksi potilaan tavoite sekä muu lääketieteellinen ja psykososiaalinen hoito, kuntoutus ja seuranta (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta erällä lääkkeillä 33/2008 § 5).

Simojoki – Pentikäinen – Fabritius - Vuoren (2012) mukaan suomalaisen päihdekäytön erityispiirteitä ovat runsas huumeiden, lääkkeiden ja alkoholin sekakäyttö sekä suonensisäisen käytön yleisyys. Valtaosalla korvaushoitopotilaista on hoidon aikana ajoittaista oheiskäyttöä ja suurella osalla on diagnosoitu yhden tai useamman lääkeaineen riippuvuus opioidiriippuvuuden lisäksi (Tourunen – Pitkänen 2010: 165). Oheiskäytöllä tarkoitetaan opioidikorvaushoidon aikana jatkuvaa päihdekäyttöä, joka jaetaan yleensä opioidien ja muiden päihteiden oheiskäyttöön sekä ei-suonensisäiseen ja suonensisäiseen päihdekäyttöön. Opioidien oheiskäyttö on siinä mielessä merkityksellistä, että korvaushoidon tarkoituksena on auttaa potilasta lopettamaan nimenomaan opioidien päihdekäyttö. (Mikkonen 2012: 93.)

Simojoen ym. (2012) mukaan Suomessa on luotu jäykkiä ja standardoituja malleja toteuttaa korvaushoitoa. Tällöin potilaan yksilöllinen hoidon tarve jää liian vähälle huomiolle. Pitkäkestoisissa ja etenevissä sairauksissa varhaisen tunnistamisen ja hoidon aloittamisen merkitys kasvavat hyvien hoitotulosten saavuttamiseksi. Erityistä huomiota tulisi suunnata hoidon yksilöllistämiseen ja hoidon porrastukseen sopivimman ja kustannustehokkaimman mallin tarjoamiseksi. Tavoitteellisen toipumisen eteneminen edellyttää, että monihäiriöiset potilaat saavat korvaushoitolääkityksen lisäksi monipuolista psykososiaalista hoitoa ja kuntoutusta. Laadukas korvaushoito suunnitellaan ja toteutetaan yksilöllisesti potilaan elämäntilanteen, voinnin ja motivaation mukaan hyödyntämällä motivoivaa ja kuntouttavaa otetta, jossa potilas on osallisena omassa hoidossaan. Tämä lähtökohta pätee niin haittoja vähentävään kuin kuntouttavaan korvaushoitoon, joskin hoitomenetelmät vaihtelevat potilaan tilanteen mukaan. Partanen – Kuussaari - Forsell - Varis – Markkulan (2016) mukaan palvelujen integrointi on tärkeää haavoittuvassa asemassa olevien ja monista samanaikaisista ongelmista kärsivien asiakasryhmien kannalta. Integroitujen palvelujen myötä olisi mahdollista hoitaa nykyistä paremmin päihdeongelmien rinnalla myös sosiaalisia, somaattisia ja mielenterveysongelmia.

2.3 Psykososiaaliset vaikeudet ja kuntoutuminen

Psykososiaalisia vaikeuksia kartoitetaan hoidon aikana kliinisessä työssä, mutta kartoitus on hajanaista ja toteutuu monia erilaisia menetelmiä ja ohjeita käyttäen. Psykososiaalinen hoito on tärkeää, koska fyysisten ongelmien lisäksi päihteenkäyttäjillä esiintyy usein erilaisia psyykkisiä ongelmia, turvattomuutta, pelkoa, unettomuutta, ahdistuneisuutta, turhautuneisuutta, keskittymiskyvyttömyyttä, itsetuhoajatuksia sekä omaa tai

läheisten aggressiivisuutta. Päihteenkäyttäjät saattaa kärsiä ajattelutapojen vääristymistä, yksipuolisista psyykkisten puolustusmekanismien käytöstä ja itsetunnon heikentymisestä. (Havio – Inkinen – Partanen 2008: 36, 127; Pitkänen ym. 2014.)

Osalle korvaushoidossa olevista potilaista on määritetty psykiatrinen diagnoosi ja monet potilaat kärsivät psyykkisistä häiriöistä, joita potilaat pyrkivät omatoimisesti lievittämään rauhoittavilla lääkkeillä ja muilla päihteillä. Arvioiden mukaan potilaiden psyykinen sairastuvuus on suurempaa kuin diagnoosien määrä antaa ymmärtää. Diagnoisimista hankaloittaa varhain aloitettu päihteiden käyttö ja sitä myöden vaikeus erottaa psyykkisiä oireita päihteiden käytön aiheuttamista ongelmista. Vain harvoille voidaan järjestää psykiatrinen hoito korvaushoidon tukena ja psykiatrisen hoidon tarve onkin suurempi kuin mihin edelleen jakautuneessa järjestelmässä vastataan. (Kankaanpää 2013; Tourunen - Pitkänen. 2010: 163, 165.)

Päihdeongelman rinnalla on usein sosiaalisia ongelmia työttömyyttä, toimeentulovaikeuksia, asunnottomuutta ja ihmissuhdevaikeuksia. Vaikeasti päihdeongelmaisilla esiintyy usein sosiaalistumista päihdeongelmaisten alakulttuuriin. Sosiaalisina ongelmina ilmenee edellä mainittujen lisäksi väkivaltaisuutta, elämönhallintataitojen ja ongelmanratkaisumallien puuttumista, vaikeutta kieltäytyä päihteistä ja hoitoon kiinnittymisen vaikeutta. (Havio ym. 2008: 36, 127; Partanen – Holopainen 2012:80.)

PARADISE- hankkeessa tutkittiin psykososiaalisten vaikeuksien esiintymistä yhdeksässä eri aivotoiminnan häiriössä, joita olivat päihderiippuvuuden lisäksi skitsofrenia, depressio, epilepsia, migreeni, ms-tauti, dementia, Parkinsonin tauti ja aivoverenkierto-häiriö. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus sisälsi 901 tutkimusta. Psykososiaalisia vaikeuksia raportoitiin kaikkien tutkittujen aivotoiminnan häiriöiden osalta. Kaikille häiriöryhmille yhteisiä olivat ahdistuneisuus, univaikeudet, yleiset vaikeudet kognitiivisissa (mielen) toiminnoissa, muistissa, tarkkaavaisuustoiminnoissa ja tunne-elämän toiminnoissa. PARADISE- hankkeen systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa keskityttiin päihderiippuvuuksien osalta aineiston rajaamiseksi alkoholiriippuvuuteen, johon liittyviä psykososiaalisia vaikeuksia raportoitiin vuosina 2005- 2012 yhteensä 265 tutkimuksessa. Yleisimmin psykososiaalisia vaikeuksia oli tunne-elämän toiminnoissa, ihmissuhteissa ja omasta terveydestä huolehtimisessa. Psyykkiset ja fyysiset oheissairaudet olivat merkityksellisiä vaikeuksien kasaantumisen kannalta. Erittäin yleisiä olivat myös vaikeudet työelämässä, oman rahatalouden hallinnassa ja asumisessa. (Pitkänen ym. 2016; Levola – Pitkänen 2014.) Alkoholiriippuvuutta käsittelevissä tutkimuksissa oli

käsitelty kokonaiselämänlaadun lisäksi useimmiten sosiaalista toimintakykyä sekä fyysistä ja psyykkistä hyvinvointia. Muita käsiteltyjä elämänlaadun osa-alueita olivat yleinen toimintakyky ja päivittäistoiminnot, kipu, uni, elinvoimaisuus ja liikkuvuus. Levola – Pitkäsen (2014) mukaan monissa tutkimuksissa alkoholiriippuvuus voitiin määrittää heikentyneen elämänlaadun syyksi, mikä vahvisti yhteyden tieteellistä arvoa.

Pitkäsen ym. (2014) raportissa kuvattiin A-klinikkasäätiön tutkimusryhmän kokoamien kahden poikittaistutkimuksen tulokset. Ensimmäinen haastatteluilla kerätty aineisto sisältyi PARADISE- hankkeeseen ja sitä varten haastateltiin 82 Järvenpään sosiaalisairaalassa hoidossa ollutta henkilöä, joista 80 täytti päihderiippuvuuden kriteerit. Haastattelussa pyydettiin vastaamaan 64 psykososiaalista vaikeutta koskevaan kysymykseen, joihin sisältyi PARADISE -kysymyssarjan 24 kysymystä. Toinen aineisto kerättiin 100 päihdeongelmaisen laitoshoidonjaksonsa aikana täyttämällä suomalaista versiota testanneella Paradise24fin-kyselyllä A-klinikkasäätiön Järvenpään sosiaalisairaalassa, Lahden Pitkämäen kuntoutusyksikössä sekä Helsingin kaupungin Tervalammen kartanossa.

Lomakkeista laskettiin summapistemäärät, joissa 0 kuvasi ei lainkaan vaikeuksia ja 96 suurimpia mahdollisia vaikeuksia/ ei selviä. Haastateltujen osalta psykososiaalisten vaikeuksien summapistemäärän keskiarvo oli 38,8 ja lomakkeen täyttäneiden osalta 39,7. Haastatelluista korkeat pisteet saaneista seitsemällä oli alkoholiriippuvuus ja kahdella opioidiriippuvuus. Matalimmat pisteet saaneista haastatelluista kahdella oli alkoholiongelma ja seitsemän oli korvaushoidossa. Korkeat summapisteteet saaneilla oli korkeampi koulutus ja he olivat keskimäärin hieman vanhempia. Kysymyskohtaiset vastausvaihtoehdot olivat välillä 0-4, joissa 0 kuvasi ei lainkaan vaikeuksia ja 4 erittäin suuria vaikeuksia/ ei selviydy. Haastatelluilla kaikkien 24 kysytyn psykososiaalisen vaikeuden keskiarvo oli 1,6. Mainitut kaksi tutkimusaineistoa yhdistettiin 24 psykososiaalista vaikeutta koskevan kysymyksen osalta, jolloin vastanneiden määrä oli 182, joista reilu puolet oli valinnut pääpääihteeseen alkoholin. Vastaajista reilu neljännes koki erittäin suuria vaikeuksia huolestuneisuuden tai ahdistuneisuuden vuoksi sekä noin viidennes johtuen univaikeuksista sekä osallistumisvaikeuksista. Vastaajista yli puolet koki suuria vaikeuksia opiskelussa tai työssä ja kolmannes surun, alakuloisuuden tai masentuneisuuden tunteiden vuoksi. Vastaajista lähes puolet ei kokenut lainkaan vaikeuksia arjen toimintojen osa-alueeseen sisältyvien kysymyksien osalta, kuten ruokahuu, kävely, peseytyminen, yksinolo tai seksuaaliset toiminnot. (Pitkänen ym. 2014.)

Vastaajat olivat valinneet vastausvaihtoehdoista eniten ”ei vaikeuksia”, joka valittiin keskimäärin kuudesti. Valintojen määrä väheni tasaisesti suurempaa vaikeutta kohti mentäessä niin, että ”erittäin suuria vaikeuksia” valittiin keskimäärin kahdesti. Yksilölliset erot vaihtelivat niin, että joku vastaajista oli valinnut 21 kertaa ”ei vaikeuksia” ja toinen 17 kertaa ”erittäin suuria vaikeuksia”. (Pitkänen ym. 2014.)

Laitoshoidossa päihdeongelmien takia olleiden kokemat psykososiaaliset vaikeudet olivat raportissa mainituissa tutkimuksessa hyvin samankaltaisia. Yksittäisten kysymyksien osalta Paradise24fin-kyselyyn vastanneilla oli PARADISE- hankkeen haastatteluja vähemmän ongelmia ärtyneisyydessä, mutta hieman suurempia uniongelmia, vaikeuksia keskustelun aloittamisessa ja ylläpitämisessä sekä vaikeuksia ystävyssuhteissa. Paradise24-fin kyselyn ystävyssuhteita koskevaa kysymystä oli muutettu haastatteluosuuden jälkeen siten, että kysyttiin myös ystävyssuhteiden aloittamisesta. Aineistojen välillä suurimmat erot koskivat kysymystä opiskelu ja työ, johon kuitenkin vaikutti haastatteluiden jälkeen tehty ohjeiden selkiyttäminen. Molemmissa tutkimusaineistoissa koettiin psykososiaalisista osa-alueista eniten mielialan vaikeuksia ja vähiten arjen perustoimintojen vaikeuksia. Sukupuolten välillä ei voitu osoittaa tilastollisesti merkitseviä eroja. Vanhemmat henkilöt ja enemmän koulutetut kokivat jonkin verran enemmän vaikeuksia arjen toimintojen ja mielialan osa-alueilla. Aineistojen perusteella psykososiaaliset vaikeudet ovat päihdekuntoutujilla yleisiä ja kokonaisuormitus on suuri. Osa-alueiden ja tärkeysjärjestyksien tarkastelun avulla saatiin vertailukelpoista lisätietoa päihdehoidossa olevien potilaiden elämäntilanteesta ja muutostarpeista. (Pitkänen ym. 2014; 2016.)

Paradise24fin-kyselyssä olleeseen muutostoiveita koskevaan kyselyyn vastasi 100 henkilöä. Kaikkiin vaikeuksiin kohdistui muutostoiveita. Eniten muutostoiveita kohdistettiin ahdistuneisuuteen (22 toivetta), uneen (18 toivetta) ja särkyihin (17 toivetta). Tärkeimmäksi muutostoiveeksi merkittiin useimmiten masentuneisuus (8 toivetta) sekä ahdistuneisuus (8 toivetta). Peseytymistä, pukeutumista, wc:n käyttöä tai ruokailua koskevaan kysymykseen kohdentui ainoastaan kahden henkilön muutostoiveet. Vaapaamuotoisesti kirjatut muutostoiveet koskivat mm. mielenterveyttä, päihdeongelmaa ja työtä koskevia vaikeuksia. Osa toivoi apua asunto- ja virastoasioiden hoitoon, päivärtymiin ja painonhallintaan. Toisilla oli muutostarpeita omaan itseen ja omaan arvomaailmaan liittyen. (Pitkänen ym. 2014.)

Kankaanpään (2013) pro gradu- tutkimukseen osallistui seitsemän korvaushoidon sovitusti lopettanutta henkilöä, jotka kertoivat aiemmasta ajastaan korvaushoidossa. Haastateltavien keski-ikä oli 32 vuotta. Korvaushoitoa edelsi 4-12 vuotta kestänyt ongelmallinen opioidien käyttö. Kaikilla haastatelluilla oli jo korvaushoidon alkaessa jonkin asteinen halu muuttaa elämäänsä, koska huumeiden päivittäinen hankkiminen, käyttö ja eläminen huumeidenkäyttökulttuurissa olivat käyneet kuluttavaksi elämäntyyliksi. Useimmat haastateltavat olivat kokeilleet jo useita muita keinoja onnistumatta päihteiden käytön lopettamisessa. Eräs haastateltava koki korvaushoidon mahdollisuutena säilyä hengissä. Korvaushoito nähtiin toivona paremmasta ja odotukset hoitoa kohtaan olivat suuret.

Muutoshalun heräämisestä huolimatta Kankaanpään haastattelemat henkilöt kokivat ristiriitaisia tunteita suhteessa päihdekäytön lopettamiseen eikä kaikista päihteistä välttämättä oltu valmiita luopumaan. Vaikka osa haastatelluista oli mieltänyt opioidien hoitoa edeltävän katukäytön olleen viime ajat lähinnä voinnin säilyttämistä toimintakykyisenä, hoidon alkuvaiheessa ilmeni tarvetta korvaushoitolääkeannoksen nostoon päihdyttävien vaikutuksien säilyttämiseksi. Yhtä lukuun ottamatta kaikkien haastateltavien päihteiden oheiskäyttö oli jatkunut hoidon alettua vähintään muutamia kuukausia ja toisilla useita vuosia. Osa oli yrittänyt käyttää myös opioideja saamatta niistä haluamiin vaikutuksia. (Kankaanpää 2013.) Tourusen ja Pitkäsen (2010) mukaan 2000-luvun alkuvuosina tehdyn seurannan perusteella Arabianrannan päihdeklinikan potilaista kaksi kolmasosaa käytti kannabista ja amfetamiinia, vähän yli puolet opioideja ja kolmannes bentsodiatsepiineja ensimmäisen hoitovuoden aikana. Oheispäihdekäytön määrä vaikuttaisi kuitenkin vähenevän hoidon aikana (Tourunen - Pitkänen. 2010: 159-160, 165).

Kankaanpään haastattelemat henkilöt näkivätkin hoidon alkuvaiheen tavoitteet enemmän haittoja vähentävinä, kuten rikosten vähentämisenä. Rikoksien tekeminen saattoi kuitenkin jatkua rikoksien avulla saadun rahan toimittua korvaavana mielihyvän lähteenä. Päivittäisestä varastelusta oli muodostunut tapa, jolloin sitä toteutettiin esimerkiksi pelkkien makeisten saamiseksi. Eräiden haastateltavien alkoholinkäyttö lisääntyi mielihyvän tavoittelun seurauksena ja se toimi uutena laillisena välineenä yrittää sekoittaa päätä aikana, jolloin riippuvuuskäyttäytymisen taustalla olleita asioita ei oltu vielä valmiina käsittelemään. (Kankaanpää 2013.)

Melkein kaikilla Kankaanpään haastattelemissa henkilöillä oli ollut lääkärin määräämä bentsodiatsepiinilääkitys, jota käytettiin enemmän kuin oli määrätty. Lääkityksellä ja päihteillä yleensä pyrittiin pakenemaan todellisuutta, hakemaan tasapainoa muuttuneessa tilanteessa, tukahduttamaan tunteita ja arjen vaikeita asioita. Bentsodiatsepiineista luopumisen pelättiin aiheuttavan psyykkistä oireilua kuten paniikkikohtauksia. (Kankaanpää 2013.) Eräs Kankaanpään haastattelemissa henkilöistä koki klinikan painostavan luopumaan bentsodiatsepiineista ja hoidon olevan kontrollikeskeistä. Erilaisien kontrollitoimien (kuten huumeseulat, puuttumiskeskustelut, päivittäiset käynnit klinikalla) koettiin lisäävän kapinahenkisyyttä. Jälkikäteen osa haastatelluista näki kuitenkin myös positiivisia puolia klinikoiden kontrolliyrityksissä ja niiden tuomista rajoista, koska tilanne saattoi olla toisinaan hallitsematon. Myös bentsodiatsepiinien lopettamisen merkitys nähtiin tärkeänä, vaikka irtautuminen niistä olikin ollut useimmille hankalaa. Sekä korvaushoitolääkkeestä että rauhoittavista lääkkeistä vieroittautumisen tukeminen asettavat korvaushoidolle pitkäaikaisen haasteen (Tourunen - Pitkänen 2010: 165).

Oheispäihdekäytöstä huolimatta monet kokivat elämässään positiivisia muutoksia. Hoidon avulla vähentyi rikoksien tekeminen, elämänhallinta lisääntyi, saatiin etäisyyttä käyttökulttuuriin, aineisiin ja käyttökavereihin. Jokapäiväisen elämän koettiin helpottuvan ja käynnit klinikalla toivat säännöllisyyttä arkeen. Vähitellen hoidon aloittamisen myötä saattoi tapahtua myös perhesuhteiden paranemista ja asumisolosuhteiden vaikiintumista. Kaveripiiriin kuvattiin vaihtuvan tässä vaiheessa enemmän muihin korvaushoidossa oleviin. (Kankaanpää 2013.)

Kankaanpään (2013) pro gradussa haastateltujen ”uutta päihteettömyyden tavoitteen sidottua elämänvaihetta” kuvattiin erilaisilla kuntoutumista tukevilla tekijöillä, jotka vahvistivat haastateltujen muutosmotivaatiota. Näitä tekijöitä olivat sosiaalisen verkoston uudelleenjärjestyminen, erilaisten päihdehoitojen vaikutukset, arjen puitteet sekä yksilölliset tekijät. Kiinnittyminen muuhun yhteiskuntaan, etäisyys päihteidenkäyttökulttuuriin, korvaushoitolääkkeen korostuminen vointia parantavana lääkehoitona sekä psykososiaalinen kuntoutuminen auttoivat kiinnittymään normaaliin elämäntapaan. Normaalin määrittäessä ei-päihteiden käytön mukaan se voitiin kokea tässä vaiheessa yhteiskunnan sääntöjen mukaan toimimisena sekä oman arjen hallinnan vahvistumisena. Kankaanpään (2013) kuntoutumiskertomuksien mukaan erityistä merkitystä toipumisen etenemiselle oli sosiaalisten verkostojen uudelleen kokoamisella. Irtautuminen vanhoista käyttäjäkavereista ja seurustelun päättäminen käyttävän kumppanin kanssa

olivat tärkeitä edistysaskeleita kohti elämänmuutosta. Vanhoja ystävyys- ja läheissuh- teita pyrittiin elvyttämään ja eräs haastateltava löysi vertaistuesta tärkeän voimavaran.

Kankaanpään (2013) nimeämät arjen puitteet koostuivat toiminnoista, jotka tulivat täyt- tämään huumeiden hankinnasta ja käytöstä vapautunutta aikaa. Näihin kuuluivat uudet harrastukset, opiskelu, työllistyminen, päihteettömät lomaviettomahdollisuudet. Tär- keänä koettiin korvaushoidossa oleville kohdistettu valmentava koulutus. Erilaiset uu- det toiminnot mahdollistivat identiteetin muodostumisen muunkin kuin päihdekäytön kautta. Työssäkäynti lisäsi taloudellista itsemääräämisoikeutta ja mahdollisti ns. nor- maalia rahankäyttöä rikollisen rahankäytön sijaan. Korvaushoidon säännöt koettiin kun- toutumisen edetessä rasitteiksi, koska ne saattoivat häiritä työllistämistoimenpiteisiin tai koulutuksiin osallistumista. Myös asumistilanne kohentui eikä omaa kotia haluttu enää menettää. Yksilöllisiä tekijöitä olivat positiiviset lapsuudenkokemukset, kokemus rakas- tetuksi tulemisesta, luonteenpiirteet, aiemmat selviytymiskokemukset ja niistä kerään- tynyt itsetuntemus sekä hengellisyys. Haastateltavat näkivät merkitystä myös iällä ja päihteidenkäyttöhistorialla, sillä nuorempien ja lyhyemmän käyttöhistorian omaavien arveltiin toipuvan nopeammin. (Kankaanpää 2013.)

PARADISE- hankkeeseen sisältyneen kirjallisuuskatsauksen mukaan psykososiaalis- ten vaikeuksien alkuvaiheista oli tietoa aika vähän, mutta saatavilla olleiden tietojen perusteella arvioitiin vaikeuksien pysyvän tavallisimmin ennallaan. Psykososiaalisten vaikeuksien kulku oli alkoholiriippuvuudessa jonkin verran myönteisempi kuin muissa aivot toiminnan häiriöissä. Esimerkiksi kognitiivisiin toimintoihin liittyvissä vaikeuksissa voitiin todeta tilanteen parantumista alkoholiriippuvaisten osalta. Tämä kuitenkin yleensä edellytti päihteettömyyttä tai muuta selvää muutosta alkoholiriippuvuuden tilassa. Hoito oli ainoa vähintään seitsemälle sairausryhmälle yhteinen psykososiaalisten vai- keuksien kulkuun vaikuttava tekijä. (Pitkänen ym. 2016.) Levolan ja Pitkäsen (2014) mukaan tutkimuksien tulokset viittaavat siihen, että hoidon myötä voi tapahtua toipu- mista, vaikka täysraittiutta ei saavutettaisikaan.

Päihteenkäyttäjän hoitoprosessi jakaantuu hoitotyön suunnitelmaan, toteutukseen sekä tulosten arviointiin. Prosessiin kuuluvia vaiheita ovat hoitotyön tiedon keruu ja analy- sointi, tarpeiden ja ongelmien määrittäminen sekä niiden priorisointi. Prosessi etenee tavoit- teiden asettamisella, hoidon toimintojen suunnittelulla ja toteutuksella, toiminnan tulos- ten arvioinnilla päättyen hoitoprosessin päättämiseen ja yhteenvetoon. (Havio ym. 2008: 33-34.) Kankaanpään haastattelemat henkilöt korostivat hoidon vaikutuksien

osa-alueella luottamuksellisen hoitosuhteen merkitystä ”hyvien tyyppien” kanssa. Myös yksilöllisyys ja suunnitelmallisuus nähtiin tärkeinä. (Kankaanpää 2013.) Luottamuksellisen hoitosuhteen syntyminen vie aikaa ja edellyttää ihmisen arvojen ja elämäntietämisen kunnioittamista, tarpeiden huomiointia, uskoa mahdollisuuksiin sekä yhteistyökumppanuutta. Luottamuksellinen ja turvallinen hoitosuhde edistää hoitomotivaatiota ja hoitoon sitoutumista mahdollistaen keskustelun vaikeista asioista. (Havio ym. 2008: 33-34, 36-37.) Korvaushoidossa luottamuksellisen hoitosuhteen rakentamisen haasteina voivat olla esimerkiksi potilaan huoli totuuden vaikutuksista hänelle tärkeisiin asioihin, kuten kotiannoksien säilyttäminen, ajokorttiasiat, lasten huoltajuus, työ- tai opiskelupaikan säilyttäminen. (Mikkonen 2012: 93.)

Sairaanhoitajan on huolehdittava, että hoitosuhteen osapuolilla on samansuuntainen käsitys hoitosuunnitelmasta, joka on laadittu yhdessä potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Hoitotyön suunnitelma sisältää tavoitteita suhteessa fyysiseen ja psyykkiseen vointiin sekä sosiaaliseen tilanteeseen. Tavoitteiden on tärkeää olla realistisia, saavutettavissa olevia, joustavia ja lyhyelle aikavälille asetettuja. Keskeinen päihdehoitotyön tavoite on saattaa päihteenkäyttäjät tietoisiksi päihteidenkäytöstään ja saada motivoitumaan omaan hoitoonsa. Retkahdusvaara on usein suurimmillaan, kun pahin kriisi laukeaa ja päihdeongelmainen saattaa uskotella itselleen ongelmien olevan ohi. (Havio ym. 2008: 33-34, 36-37.)

3 Opinnäytetyön tarkoitus, tutkimusongelmat ja tavoite

Opinnäytetyöni tarkoituksena on kuvata Helsingin kaupungin päihdepoliklinikoilla opioidikorvaushoidossa olevien potilaiden psykososiaalisia vaikeuksia sekä keskeisiä psykososiaalisten vaikeuksien muutostoiveita. Tavoitteena on, että tuloksia voidaan hyödyntää opioidikorvaushoitotyön kehittämisessä.

Tutkimusongelmat:

1. Millaisia psykososiaalisia vaikeuksia opioidikorvaushoitopotilailla esiintyy ja missä määrin?
2. Ovatko opioidikorvaushoitopotilaiden ikä, hoidon kesto, tyytyväisyys hoidossa oloon, hoidon tavoite sekä päihdekäyttöön liittyvät tekijät yhteydessä psykososiaalisiin vaikeuksiin?
3. Mitkä ovat opioidikorvaushoitopotilaiden psykososiaalisten vaikeuksien keskeiset muutostoiveet?

4 Opinnäytetyön empiirinen toteutus

4.1 Opinnäytetyön metodologiset lähtökohdat

Kankkusen ja Vehviläinen-Julkusen (2013:17-18) mukaan kirjallisuudessa käytetään käsitteitä metodologia ja metodit monella tapaa eikä niiden keskinäisestä suhteesta ole aina yksiselitteistä käsitystä. ”Metodologia eli menetelmäoppi käsittelee todellisuutta koskevan tiedon peruslähtökohtaa, tieteellistä perusnäkemystä tai maailmankatsomusta”. Pelkistäen metodologia ilmaisee, miten voidaan tavoittaa etsitty tieto ja saavuttaa ymmärrys. Tieteen metodit voivat tarkoittaa kaikkia niitä toimintoja, joita tutkija käyttää tietoa etsiessään.

Tutkimustyön keskeinen osa on tutkimuksen menetelmällisten ratkaisujen pohdinta, sillä tutkijan on perusteltava lähtökohtansa ja sitoumuksensa. Tutkittava ilmiö on keskeinen ja se määrittää menetelmät ja metodologiset sitoumukset. Tutkijan metodologi-

set valinnat liittyvät tieteellisen tutkimuksen tulosten oikeutukseen, jolloin tarkastellaan lähinnä metoditasoa. Tarkasteltaessa metodeja tutkimusstrategia ja –tekniikat ovat keskeisiä. Opinnäytetyössäni sovellan metodologian suppeampaa tulkintaa, mikä tarkoittaa keskittymistä tieteellisten metodien pätevyuden arviointiin. Metodologinen lähtökohta on tullut ikään kuin annettuna eikä siihen liity sitoutumista tiettyyn maailmankatsomukseen. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 15-18.)

Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2013:16, 54) mukaan tieteenfilosofiset perustelut tehdään usein vastakohtaisina valintoina, vaikka nykyisin tässä tarkoitettua erottelua positivistiseen (kvantitatiivinen) ja fenomenologiseen (kvalitatiivinen) tutkimukseen pidetään keinotekoisena ja vastakkainasettelusta ollaan luopumassa. Opinnäytetyössä käyttämäni kvantitatiivinen poikittaistutkimus valikoitui lähestymistavaksi johtuen työni tarkoituksesta, asettamistani tutkimusongelmista ja kohderyhmän koosta. Kvantitatiivinen tutkimusote toimii parhaiten silloin, kun jo tiedetään mistä muuttujista ilmiö koostuu. Tällöin voidaan mitata, miten paljon tiettyä ominaisuutta esiintyy tietyssä joukossa, minkä vuoksi tiettyä ilmiötä esiintyy tietyssä joukossa, minkälaista riippuvuutta esiintyy kahden eri ilmiön välillä ja millaiset tekijät selittävät tutkittavaa ilmiötä. Kvantitatiivinen tutkimus perustuu positivismiin, jonka mukaan ainoastaan tieteellistä tietoa pidetään todellisena tietona, välittömiä havaintoja korostetaan eikä tulkintoja ja oletuksia tehdä. Tutkija on usein ulkopuolinen ja tutkii tutkimuskohdetta objektiivisesti. Teoriaosalla osoitetaan aiheeseen liittyvä perehtyminen, minkä vuoksi pyrin käymään läpi aiheita sivuavat uusimmat tutkimukset ja siihen liittyvät teoriat. Tarkoituksena ei ollut paisuttaa lähdeluetteloa vaan löytää tutkimuksen kannalta olennaiset lähteet. (Kananen 2011: 15, 139; Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 16, 60, 190-194.)

Vaikka kvantitatiivinen lähestymistapa on opinnäytetyössäni vallitseva, on siinä piirteitä metodologisesta triangulaatiosta. Potilaiden muutostoiveiden osa-aluetta tutkitaan sekä kvantitatiivisin että kvalitatiivisin menetelmin. Avoin kysymys voi täydentää ja syventää muutostoiveista saatavaa tietoa. Menetelmien yhdistämisen haasteita ovat asianmukainen toteutus sekä sanallisten ja numeeristen tulosten yhdistäminen. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 75-77; Paunonen – Vehviläinen-Julkunen 1997: 225-226 .)

4.2 Kohderyhmä ja aineiston keruu

Opinnäytetyön kohderyhmän muodostivat kaikki Helsingin kaupungin neljällä päihdepoliiklinikalla hoidossa olevat opioidikorvaushoitopotilaat, joiden lukumäärä elokuussa

2016 oli 357. Opioidikorvaushoidossa olevat potilaat täyttävät PARADISE- hankkeessa mainitut päihderiippuvuuden kriteerit. Sain tutkimusluvan Helsingin kaupungin psykiatria- ja päihdepalveluiden vs. päälliköltä.

Helsingin kaupungin päihdepoliklinikoilla asioivien 301 potilaan käyntitiheys vaihtelee välillä 1-7 kertaa viikossa ja poikkeustilanteissa kerran kahdessa viikossa. Lääkkeitä toimitetaan erityistilanteissa myös laitokseen/ tuettuun asumismuotoon tai kotiin. Lisäksi 56 potilaan Suboxone- lääkehoito toimitetaan apteekista, jolloin potilaat asioivat päihdepoliklinikalla noin kerran kuussa tai harvemmin. Lääkehoidon toimittaminen apteekista edellyttää kuntoutumisen etenemistä suunnitellusti, potilaan voinnin olemista hyvällä tasolla eikä oheiskäyttöä esiinny.

Aineiston keruuta edeltäen kävin esittelemässä opinnäytetyön tarkoituksen, tutkimusongelmat sekä kyselylomakkeet opioidikorvaushoitoa toteuttaville työntekijöille. Työntekijöille oli laadittu aineiston keruuseen liittyvä oma saatekirje (Liite 3), koska kaikkia ei ollut mahdollista tavata kasvotusten. Yhteyshenkilönä toimineen johtavan ylihoitajan luvalla toimitin klinikoilla käydessäni työryhmille myös potilaiden saatekirjeet ja tulostetut kyselylomakkeet palautuskuorineen. Tapaamiset sujuivat hyvässä yhteistyössä ja aihetta pidettiin pääosin mielenkiintoisena. Työryhmien jäsenet ymmärsivät, että opinnäytetyöni oli riippuvainen heidän panoksestaan suhteessa aineiston keruun onnistumiseen. Paradise24fin- kysely herätti keskustelua joidenkin kysymyksien vaikeaselkoisuudesta. Lisäksi mietintää aiheutti jaksaisivatko potilaat keskittyä 24 kysymykseen ajatuksella. Kysymyksiin arvioitu vastaamisaika oli 4-7 minuuttia, jonka arveltiin ylittävän joissain tapauksissa. Työryhmien tapaamisissa ilmeni, että olisi epätodennäköistä, että kaikissa tilanteissa lomakkeiden täyttäminen lääke- tai muun hoitokäynnin yhteydessä tulisi toteutumaan, mikä voisi vaikuttaa esimerkiksi siihen, että potilailta jää muutostoiveita koskeva numerointi huomioimatta tai potilaan ei tule ylipäättään vastattua lomakkeisiin enää vastaanotolta lähdettyään. Sovimme, että työryhmät laittavat potilaiden saatekirjeen (Liite 4) esille myös odotustilaan aineiston keruun alkaessa. Näin voitiin paremmin varmistua, että potilailta oli mahdollisuus saada tieto kyselystä siitakin huolimatta, että hoitajien työtilanteesta johtuen jokaiselle potilaalle ei kyettäisi henkilökohtaisesti tarjoamaan mahdollisuutta lomakkeiden täyttämiseen. Kyselyyn vastaaminen oli potilaille vapaaehtoista ja suoritettiin nimettömästi. Jokaiselle potilaalle oli niitattu saatekirje kyselylomakkeiden päälle. Vastaamalla kyselyyn potilas antoi suostumuksensa tutkimukseen osallistumisesta.

Neljän viikon aineiston keruuajana olin säännöllisesti yhteydessä työryhmien edustajiin, jotka muistuttivat osaltaan työntekijöitä aineiston keruusta. Päädyimme hyödyntämään etukäteen sovitun mahdollisuuden kahden viikon jatkoajasta, jonka aikana klinikoilta saatiin vielä yhteensä 30 lomaketta lisää. Potilaat täyttivät kyselylomakkeet ensisijaisesti itse, mutta osa heistä sai apua lomakkeiden täyttämiseen. Apu oli käytännössä useimmiten ohjaamista tai kysymyksien lukemista ääneen. Potilas/ työntekijä merkitsi avun saamisen kyselylomakkeiden viimeiselle sivulle. Lopuksi potilaat sulkiivat täyttämänsä lomakkeet kirjekuoriin ja antoivat ne joko hoitajalle tai palauttivat klinikalle varattuun suljettuun laatikkoon. Myös apteekkijakelussa oleviin potilaisiin oltiin yhteydessä ja heidät kutsuttiin käymään päihdepoliklinikalle aineiston keruun aikana. Kokonaispotilasmäärä huomioiden kyselyyn vastasi 269 potilasta eli 75,6 prosenttia hoidossa olleista potilaista. Seitsemän potilasta oli estynyt vastaamasta oltuaan joko laitospai- tai sairaalahoidossa tai vankilassa. Kun vastausprosentissa huomioidaan estyneet, muodostui siitä 77,1 prosenttia. Työryhmät pitivät kirjaa, kuinka monelle potilaalle tarjottiin mahdollisuutta osallistua kyselyyn. Kirjanpidon mukaan vaikutti, että ainakaan henkilökohtaisesti kyselyä ei tarjottu noin 20 potilaalle, mutta selittävänä tekijänä saattoi olla merkintöjen puuttuminen.

4.3 Paradise24fin-kysely aineiston keruun välineenä

Aineisto kerättiin primaariaineistona eli juuri tätä opinnäytetyötä varten. Aineisto sisältää välitöntä tietoa opinnäytetyöni tutkimuskohteesta. Kyselylomakkeen eli mittarin laatiminen on monimutkainen ja yleensä kriittisin vaihe kvantitatiivisessa tutkimuksessa. Mittarin sisältövaliditeetin kannalta olennaista on, että mittari mittaa tutkimusilmiötä riittävän täsmällisesti ja juuri sitä mitä on haluttu tutkia. Kyselylomakkeiden laatimisen taustalla on oltava kattava ja luotettava kirjallisuuskatsaus, koska käsitteet on rajattava ja määriteltävä. Määritellyt teoreettiset käsitteet operationalisoidaan, mikä tarkoittaa teoreettisen käsitteen purkamista muuttujiin, joilla tutkimusilmiötä voidaan mitata. Sisältövaliditeettia voidaan arvioida luotettavammin käyttämällä asiantuntijapaneelia, jonka tehtävänä on arvioida vastaako mittarin sisältö taustateoriaa. Käsitevaliditeetti ilmaisee, mitä mittarilla todella mitataan ja missä laajuudessa se mittaa tarkasteltavaa käsitettä. Käsitevaliditeetin arvioimiseksi on useita vaihtoehtoja, joita ovat faktorianalyysi, käsiteanalyysi, aikaisempien tutkimustulosten ja niiden korrelaatioiden tarkastelu sekä rinnakkaismittaukset samaa käsitettä mittaavalla mittarilla (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 113-118, 190; Paunonen – Vehviläinen-Julkunen 1997: 207-208.)

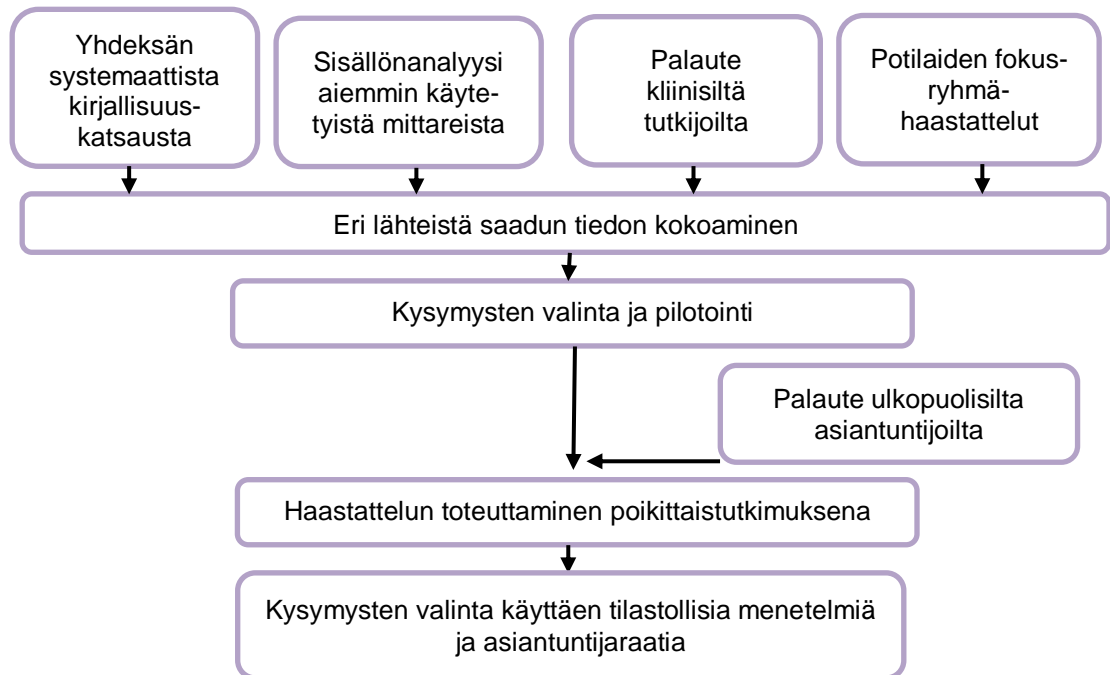
Mittarin reliabiliteetti ilmaisee miten tarkasti mittari mittaa kiinnostuksen kohdetta. Mittarin pysyvyys kuvaa sen herkkyyttä ulkopuolisten tekijöiden vaikutuksille ja sitä voidaan arvioida mittaamalla ilmiötä kaksi kertaa samantyyppisessä aineistossa tai suorittamalla uudelleenmittaus, jolloin vain satunnaisvirheen pitäisi vaikuttaa saatuun tulokseen. Mittarin vastaavuus kuvaa mittaustuloksen samanlaisuuden astetta, jota arvioidaan tarkastelemalla arvioijien yksimielisyyttä eli mihin asti he tekevät samoja arviointeja sekä yksimielisyyskertoimia ja korrelaatioita käyttäen tarkastelemalla keskinäisiä suhteita. Mittarin sisäinen johdonmukaisuus kuvaa eri osioiden kykyä mitata samaa asiaa ja sitä arvioidaan hoitotieteen julkaisuissa usein Cronbachin alfa-kerrointa käyttämällä. (Paunonen – Vehviläinen-Julkunen 1997: 209-210.)

Opinnäytetyössäni käytin asiantuntijoiden laatimaa Paradise24fin-kyselyä, jonka monivaiheisessa kehittämisessä oli huomioitu mittarin validiteetti- ja reliabiliteettitekijät. Paradise24fin-kyselyn kehittäminen lähti liikkeelle Euroopan komission PARADISE- hankkeesta (Psychosocial Factors Relevant to Brain Disorders in Europe), jossa kerättiin järjestelmällisesti tietoa eri aivotoiminnan häiriöihin yhteydessä olevista psykososiaalisista vaikeuksista. Tiedonkeruussa keskityttiin yhdeksään aivotoiminnan häiriöön, jotka olivat dementia, depressio, epilepsia, migreeni, MS-tauti, Parkinsonin tauti, skitsofrenia, aivoverenkierron häiriö ja päihderiippuvuus. Hankkeen konkreettisena tavoitteena oli luoda:

tutkimus- ja kokemustiedon pohjalta kliinistä työtä, asiakkaan elämäntilanteen muutoksen seuranta ja tutkimista varten kyselylomake, joka kohdentuu keskeisiin psykososiaalisiin vaikeuksiin, joita eri aivotoimintojen häiriöistä kärsivät ihmiset kokevat elämässään. Yhteisten psykososiaalisten vaikeuksien tunnistamisen ja esille nostamisen ajateltiin voivan vaikuttaa palvelujen tarjonnan järjestämiseen ja näin parantavan aivotoiminnan häiriöistä kärsivien hoitoa ja elämänlaatua. (Pitkänen 2014: 2, 4-5.)

Hankkeessa käytetty monimetodinen tutkimus- ja kehittämisprosessi (kuvio 1) muodostui yhdeksästä systemaattisesta kirjallisuuskatsauksesta, aiemmin käytettyjen mittareiden sisällönanalyysistä, kliinisiltä tutkijoilta saadusta palautteesta sekä potilaiden fokusryhmähaastatteluiden. Kirjallisuuskatsauksien ja fokusryhmähaastatteluiden perusteella koottiin useamman aivotoiminnan häiriön yhteydessä tunnistetut psykososiaaliset vaikeudet, jotka muunnettiin strukturoiduiksi kysymyksiksi. Kysymykset linkittyivät Maailman terveysjärjestön (WHO) toimintakykyluokitukseen (ICF). Psykososiaalisten vaikeuksien yleisyyttä ja vaikeusastetta tutkittiin haastatteleamalla eri aivotoiminnan häiriöistä kärsiviä potilaita. Eri lähteistä saatu tieto koottiin ja yhdistettiin, minkä jälkeen valittiin kysymykset, joita kommentoivat ulkopuoliset asiantuntijat. Kysymyksien pilotointi aloitettiin poikittaistutkimuksena toteutetulla PARADISE- haastattelulla, minkä jälkeen valit-

tiin PARADISE 24-kysymykset tilastollisia menetelmiä ja asiantuntijaraatia käyttäen. (Pitkänen ym. 2014; 2016.)



Kuvio 1. PARADISE-hankkeen monimetodinen tutkimus- ja kehittämisprosessi (Pitkänen ym. 2016) mukaan.

PARADISE 24-kyselyn psykososiaalisia vaikeuksia kartoittavat kysymykset ryhmiteltiin kuuteen sisällöltään erilaiseen osa-alueeseen, jotka vaikuttivat kliinisen kokemuksen ja tutkimustiedon perusteella päihdehoidossa käyttökelpoisilta. Luokitusten laatimisessa käytettiin faktorianalyysiä, korrelaatiotarkasteluja, asteikon muodostamista sekä sisällönanalyysiä. Osa-alueet muodostuivat laskemalla kunkin aihepiiriin vastausten keskiarvo, jonka avulla saatiin esille yksittäisiä kysymyksiä laajempia aihepiirejä ja myös seurannassa nähtiin nopeasti niissä tapahtunut muutos. Asteikolla 0-4 matala keskiarvo merkitsee vähemmän vaikeuksia ja korkea keskiarvo suuria vaikeuksia kaikissa kysytyissä osa-alueen kohdissa. (Pitkänen ym. 2014.) Kuusi laajempaa psykososiaalisten vaikeuksien osa-aluetta olivat:

- Arjen toiminnot (kysymykset 3, 15, 16, 17 ja 19)
- Arjen hallinta (kysymykset 5, 6, 9 ja 23)
- Tiedon käsittely (kysymykset 11, 12, 13, 14 ja 22)
- Mieliala (kysymykset 1, 2, 7 ja 8)
- Sosiaalinen elämä (kysymykset 18, 20, 21 ja 24)
- Kipu ja uni (kysymykset 4 ja 10)

Euroopan komission yhteishankkeessa päihdeosuudesta vastannut A-klinikkasäätiön tutkimusryhmä jatkoi laaditun PARADISE24-kyselyn kehittämistä suomalaiseksi Paradise24fin-kyselyksi, jolla voidaan kartoittaa päihdehäiriöistä kärsivien henkilöiden psykososiaalista toimintakykyä laajasti. Kysely voidaan antaa täytettäväksi tai se voidaan täyttää haastattelemalla. Tavoitteena on kirjata potilaan arvio tilanteestaan. Paradise24fin-kyselyn vertailukelpoisuus alkuperäiseen PARADISE24-kyselyyn säilytettiin pitämällä psykososiaalisia vaikeuksia kartoittavat kysymykset ennallaan. Suomalaiseen versioon lisättiin käytännön työntekijöiden pyynnöstä kysymyksiä koskien psykososiaalisten vaikeuksien muutostoiveita. Lisäksi annettiin ohjeita huomioiden asiakastyön ja seurantakäytön tarpeet. PARADISE- hanketta käsitellessään A-klinikkasäätiön eettinen toimikunta edellytti, että aivotoiminnan häiriöksi lasketaan vain laaja-alaiset ja vakavat päihdeongelmat. Päihdehäiriö rajattiin koskemaan vähintään riippuvuustasoisia ongelmia, joiden kriteerit määräytyvät ICD-10 mukaan. (Pitkänen ym. 2014.)

Tämän opinnäytetyön aineiston keruussa käytettiin suomalaista Paradise24fin-kyselyä, jonka johdantotekstissä kuvattiin täyttämisen kannalta olennaiset ohjeet. Psykososiaalisia vaikeuksia kartoitettiin 24 kysymyksellä, joihin vastattiin ICF:n tarkennetta vastaavan luokituksen mukaisesti. Vastattaessa kuvattiin viimeaikaista tilannetta eli viimeksi kulunutta noin 30 päivän jaksoa ottaen huomioon sekä huonot että hyvät päivät. Jos potilas oli aloittanut hoidon vastikään, hänen tuli vastata ajatellen tilannetta hoitoon hakeutumisen aikaan. Paradise24fin-kyselyn oikean reunan ”muutostoiveet”- sarakkeeseen pyydettiin merkitsemään tärkeysjärjestyksessä ne 1–5 psykososiaalista vaikeutta, joihin potilas toivoi eniten muutosta koskien kysytyä 24 vaikeutta (1 = tärkein muutostoive). Tämän sarakkeen avulla voitiin kartoittaa potilaiden muutostoiveiden kohdistuminen, koska joillakin potilailla saattoi olla suuria vaikeuksia joissain asioissa ja joidenkin vaikeuksien kanssa hän oli voinut tottua elämään. On mahdollista, että oli myös kokemus, että jokin asia ei ole muutettavissa. Kyselyn lopussa oli vielä avoin kysymys: ”Minkälaisiin vaikeuksiin toivot tällä hetkellä eniten muutosta?”. Tähän kohtaan oli mahdollista kirjoittaa omin sanoin asioita, joihin toivoi eniten muutosta tai lisätä asioita, jotka eivät sisältyneet kyselyyn. (Pitkänen ym. 2014.)

Opinnäytetyössäni Paradise24fin-kyselyä täydennettiin potilaiden taustatietoja kartoittavilla kysymyksillä (Liite 1), joita olivat potilaan ikäryhmä, korvaushoidossa oloaika, arvio tyytyväisyydestä korvaushoidossa olemiseen, päihteiden ongelmallisen käytön kesto ennen korvaushoidon aloittamista, viimeaikainen päihdekäyttö sekä tämän hetkinen tavoite korvaushoidolle. Vastaajien yksityisyyden suojaamiseksi ja heidän turvalli-

suudentunteen lisäämiseksi taustatietoja kartoittavat kysymykset luokiteltiin valmiiksi. Alle 25-vuotiaat haluttiin jaotella omaan ryhmään, vaikka tiedossa oli heidän pienempi osuus vastaajista. Päihteiden nykykäyttöä koskevan kysymyksen luokittelussa hyödynnettiin A-klinikkasäätiön Päihdelinkistä löytyvän päihdetestin vastastausvaihtoehtoja. Sain Helsingin kaupungin psykiatria- ja päihdepalveluissa työskentelevältä ylilääkäriltä kommentit taustatietokysymyksien muotoiluun. Kyselyn viimeisellä sivulla pyydettiin vastaajaa rastittamaan, jos oli saanut hoitajalta apua täyttämiseen. Lisäksi viimeisellä sivulla vielä muistutettiin pyynnöstä merkitä muutostoiveet tärkeysjärjestyksessä.

4.4 Aineiston analyysi

Aineistoa käsiteltiin kvantitatiivisesti ja analysoitiin IBM SPSS 21- ohjelmalla. Syötin vastaukset havaintomatriisiin. Aineiston analysointia edeltäen kävin läpi kaikki vastauslomakkeet silmäääräisesti. Yhtään vastaajaa ei tarvinnut hylätä, mutta kahdesta puutuivat kokonaan vastaajan taustatiedot. Muutamissa lomakkeissa vastaukset sijoituivat keskelle kahta vaihtoehtoa. Näiltä osin vastaukset tulkittiin suuremman vaikeuden mukaan, koska oletettavaa oli vastaajan kokemuksen vaihtelevan molempien vaihtoehtojen puolella. Aineiston syöttämisen jälkeen kaikista vastauksista ajettiin frekvenssit taulukoiden näppäilyvirheiden löytämiseksi. Tämän lisäksi tarkistin satunnaisesti valiten lomakkeista noin 25 prosenttia kysymys kysymykseltä.

Luokittelu- ja järjestysasteikolliset vastaukset kuvattiin prosentteina ja frekvensseinä. Yksittäisiä psykososiaalisia vaikeuksia kartoittaneista kysymyksistä laskettiin myös keskiarvo (ka), koska vastausvaihtoehdot olivat Likert- tyyppiset. Perinteisesti järjestysasteikollisista muuttujista ei ole laskettu keskiarvoja, mutta Kankkusen ja Vehviläinen-Julkusen (2013: 130-131) mukaan uusimmissa metodikirjoissa Likert-tyyppistä asteikkoa on voitu pitää välimatka-asteikollisena ja keskiarvojen raportointi on lisääntynyt useissa hoitotieteen lehdissä. Alkuperäisen mittarin kehittämisprosessin mukaan vastauksista laskettiin kaikkien lomakkeiden kokonaissummapisteiden keskiarvo kertomalla kunkin lomakkeen sarakesummat vastausvaihtoehtojen numeroarvolla (0= ei lainkaan, 1= lieviä vaikeuksia, 2= keskinkertaisia vaikeuksia, 3= suuria vaikeuksia ja 4= erittäin suuria vaikeuksia/ ei selviydy) Yhteenlasketun pistemäärän mahdollinen vaihteluväli oli 0 (24 x 0 ei vaikeuksia) - 96 (24 x 4 erittäin suuria vaikeuksia) Lisäksi laskettiin kaikkien 24 psykososiaalista vaikeutta kuvaavien kysymyksien keskiarvo. (Pitkänen ym. 2014; 2016.)

Psykososiaalisia vaikeuksia kuvaavista 24 muuttujasta muodostettiin kuusi osa-aluetta mittarin laatijoiden tekemän jaon mukaisesti. Nämä keskiarvosummamuuttujat muodostettiin SPSS21-ohjelman mean- toiminnolla, jolloin tulosten tulkinta oli helpompaa pistemäärän ollessa samalla asteikolla kuin alkuperäiset muuttujat. Keskiarvosummamuuttujia käsiteltiin jatkuvaluonteisina ja vähintään välimatka-asteikollisina, jolloin niiden kuvaaminen keskiarvoina (\bar{x}) sekä keskihajontoina (s) oli mahdollista ja analysoinnissa voitiin käyttää parametrisiä testejä tilastollisen merkitsevyyden testaamiseksi. Vastaajien mahdollisimman laajan joukon mukaan saamiseksi kuuden osa-alueen vastauksien keskiarvoihin laskettiin ne vastaajat, jotka vastasivat vähintään 80 prosenttisesti kunkin osa-alueen kysymyksiin. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 148-149; Pitkänen ym. 2016.)

Summamuuttujien muodostaminen edellytti muuttujien keskinäistä korrelaatiota, jota testattiin Cronbachin alfa-kertoimella. Alfa-kertoimen minimiarvo on 0 ja maksimiarvo on 1. Kertoimen tulisi olla jo testatulla mittarilla 0,80- 0,90 ja uudella mittarilla vähintään 0,70. (Holopainen – Tenhunen – Vuorinen 2004: 128; Kankkunen ym. 2013: 149-150.) Nunnallyn (1978) mukaan jo testatun mittarin arvoksi riittää 0,70 ja uudella mittarilla 0,60.

Psykososiaalisten osa-alueiden vaikeuksien keskinäistä yhteyttä tarkasteltiin käyttämällä Spearmanin korrelaatiokerrointa, joka sopii järjestysasteikolliseen aineistoon, joka ei noudata kaikilta osin normaalijakaumaa. Korrelaatiokerroimella voidaan selvittää onko kahden osa-alueen vaikeuksilla yhteyttä keskenään. Korrelaatiokerroin saa arvoja -1 - +1. (Arvo alle 0,3 heikko riippuvuus, 0,3 - < 0,8 kohtalainen riippuvuus, 0,8 - 1 vahva riippuvuus). Korrelaation voimakkuutta arvioidaan eri tavoin eri oppikirjoissa. Positiivinen kerroin kuvaa selittävän ja selitettävän osa-alueen arvojen kasvavan samansuuntaisesti. Korrelaatiokerroin itsessään ei kuitenkaan todista osa-alueiden välistä syyseuraus- suhdetta. (Holopainen ym. 2004: 169, 174-175; Kankkunen ym. 2013: 138, 147.)

Kvantitatiivisen tutkimuksen ominaispiirteisiin kuuluu tilastollisen merkitsevyyden arviointi esimerkiksi tarkasteltaessa opioidikorvaushoitopotilaiden ikään, hoidossa olon kestoon, tyytyväisyyden hoidossa oloon, hoidon tavoitteen ja päihdekäyttöön liittyviä yhteyksiä suhteessa psykososiaalisten osa-alueiden vaikeuksiin. Parametristen testien edellytyksenä on, että havainnot ovat toisistaan riippumattomia, ryhmien varianssit ovat yhtä suuret, aineisto on riittävän suuri, mittari on vähintään välimatka-asteikollinen ja

jakauma on normaali. Normaalijakauma ei yleensä aiheuta ongelmia, jos ryhmien koko on riittävän suuri eli vähintään 30. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen. 2013: 137-138; Yksisuuntainen varianssianalyysi 2013.)

Yksisuuntaisella varianssianalyysillä (Oneway Anova) testattiin onko kolmen tai useamman riippumattoman taustamuuttuja-luokan keskiarvojen välillä tilastollisesti merkitseviä eroja suhteessa psykososiaalisten vaikeuksien osa-alueisiin. ($p < 0,05$ melkein merkitsevä, $p < 0,01$ merkitsevä, $p < 0,001$ erittäin merkitsevä.) SPSS21-ohjelmalla kyseiseen testiin oli lomakkeen Post hoc- painikkeella saatavissa parittaiset vertailutestit, joilla testattiin mitkä taustamuuttujien luokat poikkesivat toisistaan. Tässä opinnäytetyössä käytettiin Bonferroni- testiä. Tilastollisen merkitsevyyden tarkastelussa selvitetiin voitiinko toisistaan riippumattomien taustamuuttujien luokkien varianssit olettaa yhtä suuriksi. (Levene-testin nollahypoteesi on varianssien yhtäsuuruus.) Levene testitaulukon Sig –sarakkeen p-arvojen ollessa alle 0,05 yhtä suurten varianssien olettamus ei täyttynyt, jolloin tulokseen oli suhtauduttava varauksella. Koska parametristen testien käyttöedellytykset eivät täytyneet aineistossa kaikilta osin, tarkistettiin tulokset parametrittömällä Kruskal-Wallis testillä. Kruskal-Wallis testin soveltui vertailuun silloin, kun toisistaan riippumattomia taustamuuttuja-luokkia oli useampi kuin kaksi ja kun muuttuja ei noudattanut normaalijakaumaa. (Kankkunen – Vehviläinen 2013: 135; Valli 2015: 114, 118-119; Varianssianalyysi 2014.) Tuloksissa raportoidaan vain ne psykososiaalisten vaikeuksien osa-alueet, joihin opioidikorvaushoitopotilaiden taustamuuttajat olivat tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä molempien edellä mainittujen testien mukaan. Tuloksissa raportoidaan yksisuuntaisen varianssianalyysin p-arvo. Tarkemmat tunnusluvut sisältäen kaikkien osa-alueiden keskiarvot, keskihajonnat ja p-arvot ovat liitteessä 5 (Vähintään kolmiluokkaisten taustamuuttujien yhteydet psykososiaalisten vaikeuksien osa-alueisiin).

Tarkasteltaessa enintään kahden toisistaan riippumattoman taustamuuttuja-luokan tilastollista merkitsevyyttä psykososiaalisten vaikeuksien osa-alueisiin käytettiin parametrista riippumattomien otoksien t-testiä. Testitaulukon Sig –sarakkeen p-arvo kuvaa taustamuuttujaluokkien varianssien yhtä suuruutta. Arvon ollessa pienempi kuin 0,05 voitiin olettaa, että taustamuuttuja- luokkien varianssit eivät olleet yhtä suuret. Tilastollista merkitsevyyttä kuvaavan t-testin p-arvo valikoitiin varianssien yhtä tai eri suuruuden mukaisesti. (Liite 5.). Parametristen testien käyttöedellytyksien toteutuessa puutteellisesti, päädyttiin t-testillä tehdyt merkitsevyyttä koskevat tulokset testata Mann-Whitney U-testillä, joka soveltui riippumattoman taustamuuttujan oltua enintään kaksi-

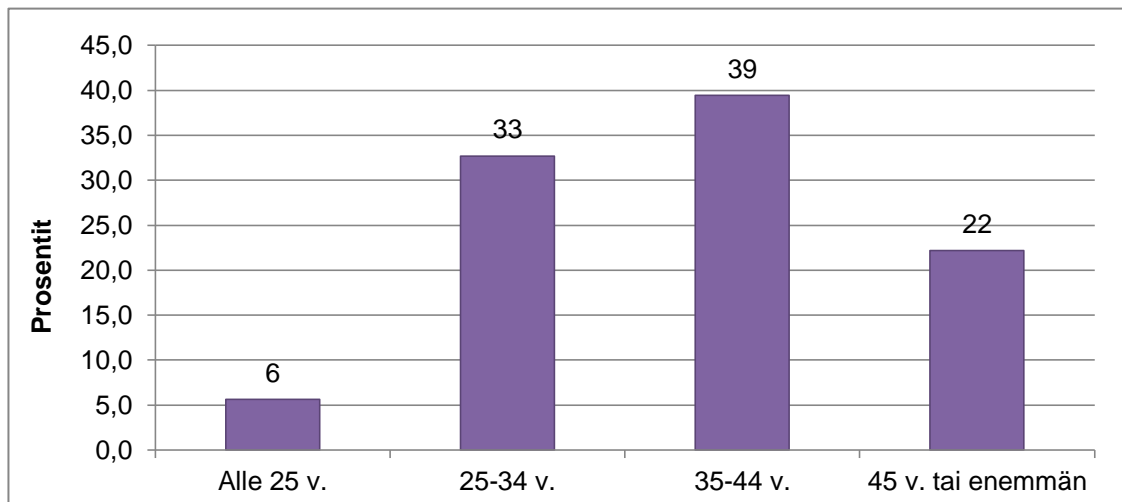
luokkainen. (Liite 5.) (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 145; Valli 2015: 111-113,116-117.) Tuloksissa raportoidaan vain ne psykososiaalisten vaikeuksien osa-alueet, joihin opioidikorvaushoitopotilaiden taustamuuttajat olivat tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä molempien edellä mainittujen testien mukaan. Tuloksissa raportoidaan t-testin p-arvo. Tarkemmat luvut sisältäen kaikkien osa-alueiden keskiarvot, keskihajonnat ja p-arvot ovat liitteessä 5 (Enintään kaksiluokkaisten taustamuuttajien yhteydet psykososiaalisten vaikeuksien osa-alueisiin).

Vastaajia pyydettiin numeroimaan 1-5 tärkeintä psykososiaalisen vaikeuden muutostoitetta. Osa vastaajista oli merkinnyt toiveensa rastilla, jolloin nämä vastaukset esitettiin toiveena muutoksesta ilman tärkeysjärjestystä. Avoimen muutostoitetta koskevan kysymyksen vastaukset luokiteltiin jo olemassa oleviin kuuteen psykososiaalisen vaikeuden osa-alueeseen. Saatujen muutostoitteiden perusteella muodostettiin lisäksi korvaushoidon sisältöä koskeva osa-alue.

5 TULOKSET

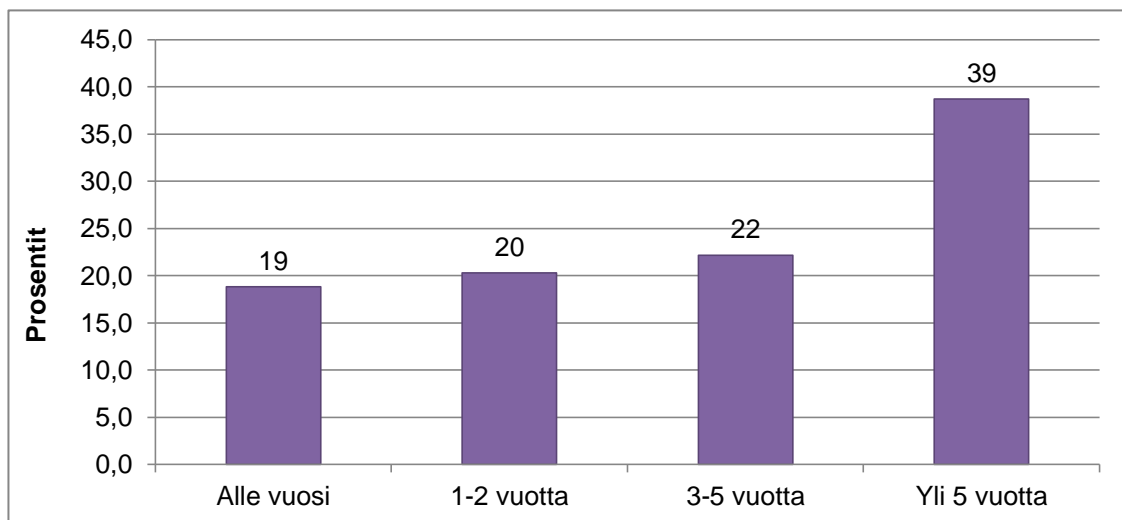
5.1 Taustatiedot

Kyselyyn vastasi 269 Helsingin kaupungin päihdepoliklinikoilla opioidikorvaushoidossa olevaa potilasta, joista suurin osa oli 35-44-vuotiaita (n=105). Vajaa kolmannes oli 25-34-vuotiaita (n=87) ja noin viidennes oli 45-vuotiaita tai vanhempia (n=59). Vastaajista pienin osa oli alle 25-vuotiaita (n=15). (Kuvio 2.)



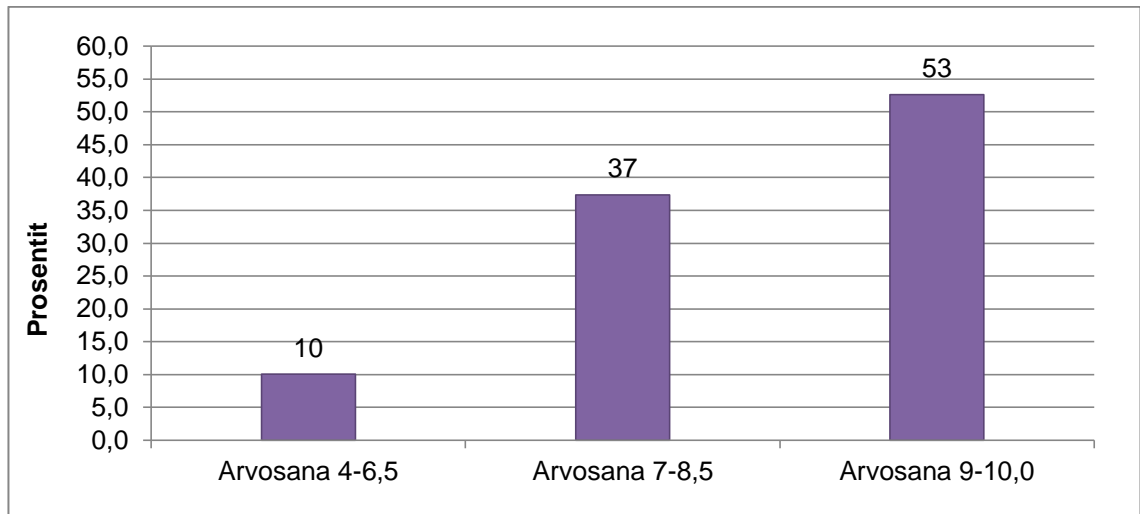
Kuvio 2. Opioidikorvaushoitopotilaat ikäryhmittäin (n=266)

Vastaajista reilu kolmannes oli ollut hoidossa yli 5 vuotta (n=103). Vastaajien osuus laski tasaisesti hoidossa oloajan lyhentymisen mukaan siten, että alle vuoden hoidossa olleiden osuus oli vajaa viidennes (n=50). (Kuvio 3.)



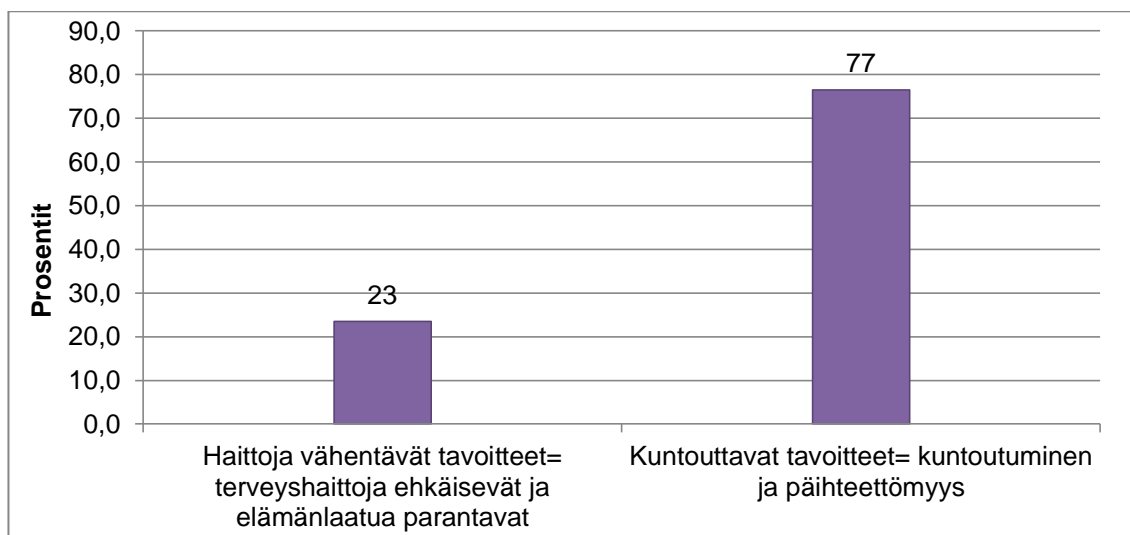
Kuvio 3. Opioidikorvaushoitotilaiden hoidon kesto (n=266)

Vastaajat arvioivat tyytyväisyyttään korvaushoidossa oloon kouluarvosanalla 4-10. Vastaajista yli puolet antoi arvosanaksi 9-10 (n=131) ja vastaajista reilu kolmannes antoi arvosanaksi 7-8,5 (n=93). Vastaajista pienin osa antoi arvosanaksi 4-6,5 (n=25). (Kuvio 4.)



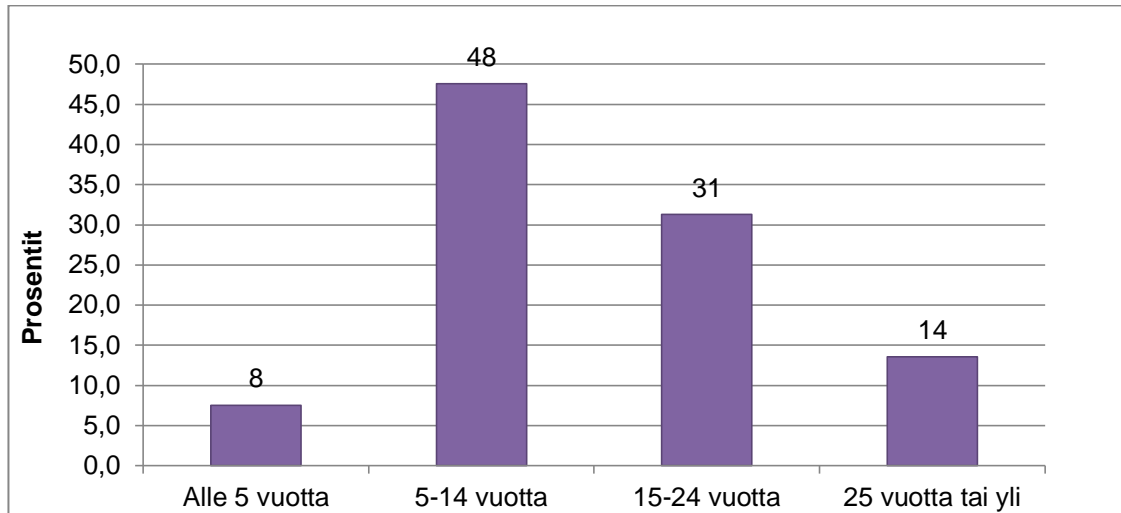
Kuvio 4. Opioidikorvaushoitopotilaiden tyytyväisyys korvaushoidossa oloon kouluarvosanoin asteikolla 4-10 (n=249)

Helsingin kaupungin päihdepoliklinikoilla voi olla hoidossa sekä haittoja vähentävin että kuntoutumiseen ja päihteettömyyteen tähtäävin tavoittein. Vastaajista suurimman osan tavoitteet olivat kuntoutumiseen ja päihteettömyyteen tähtäävät (n=199). Vastaajista vajaan neljänneksen tavoitteet olivat haittoja vähentäviä eli mm. terveyshaittoja ehkäiseviä ja elämänlaatua parantavia (n=61). (Kuvio 5.)



Kuvio 5. Opioidikorvaushoitopotilaiden tavoite korvaushoidolle kyselyn toteutushetkenä (n=260)

Vastaajista lähes puolet oli käyttänyt ennen korvaushoitoa ongelmallisesti päihteitä 5-14 vuotta (n=126) ja lähes kolmannes vastaajista 15-24 vuotta (n=83). Reilu kymmenesosa vastaajista oli käyttänyt ongelmallisesti päihteitä vähintään 25 vuotta (n=36). Alle 5 vuotta ongelmallisesti käyttäneiden osuus vastanneista oli pienin (n=20). (Kuvio 6.)



Kuvio 6. Opioidikorvaushoitopotilaiden päihteiden ongelmallisen käytön kesto ennen korvaushoidon aloittamista (n=265)

Vastaajista vajaa kolmannes ei ollut käyttänyt viime aikoina mitään päihteitä (n=73) (Taulukko 1). Muiksi päihteiksi luokiteltiin tässä taulukossa bentsodiatsepiinien/ rauhoittavien lääkkeiden käyttö ilman lääkärin määräämää lääkinnällistä tarkoitusta, kannabis, amfetamiini/ muut stimulantit, opioidien muu käyttö, hallusinogeenit tai muut päihteiksi luokitellut aineet. Pelkän alkoholin käyttöä oli 69 vastaajalla. Alkoholin sekä vähintään yhden edellä mainitun päihteen käyttöä oli 70 vastaajalla. Vähintään yhtä muuta edellä mainittua päihdettä (ei alkoholi) käyttäneiden osuus oli pienin (n=48) (Taulukko 1).

Taulukko 1. Opioidikorvaushoitopotilaiden viimeaikainen päihteiden käyttö henkilöittäin (n=260)

	n	%
Ei päihdekäyttöä	73	28
Vain alkoholi	69	27
Alkoholi ja vähintään yksi muu päihde	70	27
Vähintään 1 päihde (ei alkoholia)	48	19

Yli puolet viimeaikaista päihdekäyttöä koskevaan kysymykseen vastanneista käytti alkoholia (n=139) (Taulukko 2). Alkoholia käyttäneistä vastaajista lähes puolella oli käyttöä kerran kuussa tai harvemmin (n=65). Alkoholia käyttäneiden vastaajien osuus väheni tasaisesti käyttötiheyden kasvamisen myötä. Vastaajista 47 käytti alkoholia 2-4 kertaa kuussa ja vastaajista 27 käytti vähintään 1-3 kertaa viikossa. Bentsodiatsepiini-/ rauhoittavien lääkkeiden käyttö ilman lääkärin määräämää lääkinnällistä tarkoitusta oli vastaajilla alkoholin jälkeen toiseksi yleisintä (n=73). Bentsodiatsepiineja/ rauhoittavia lääkkeitä käyttäneistä vastaajista yli puolella oli käyttöä kerran kuussa tai harvemmin (n=46). Bentsodiatsepiineja ym. 2-4 kertaa kuussa käyttäneitä vastaajia oli 12 ja vähintään 1-3 kertaa viikossa käyttäneitä 15. Vajaa kolmannes vastaajista käytti kannabista, joka oli kolmanneksi käytetyin päihde (n=71). Kannabista käyttäneistä vastaajista lähes puolella oli käyttöä kerran kuussa tai harvemmin (n=33). Kannabista 2-4 kertaa kuussa käyttäneitä vastaajia oli 16 ja vähintään 1-3 kertaa viikossa käyttäneitä 22. (Taulukko 2.) Muiden kysytyjen päihteiden osalta vastaajista vajaa viidennes käytti amfetamiinia/ muita stimulantteja (n=41) ja vastaajista alle kymmenesosa käytti opioideja muuten kuin korvaushoitolääkkeenä (n=17). Kuusi vastaajaa käytti hallusinogeenia ja viisi vastaajaa muita päihteitä, joita ei määritelty tarkemmin. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Opioidikorvaushoitopotilaiden viimeaikainen päihteiden käyttö aineittain

Käyttötiheys	Alkoholi (n=254)	Bentsojen/ rauhoittavien käyttö ilman lääkärin määräämää lääkinnällistä tarkoitusta (n=246)	Kannabis (n=248)	Amfetamiini/ muut stimulantit (n=242)	Opioidien muu käyttö (n=242)	Hallusinogeenit (n=242)	Muut päihteet (n=199)
En käytä	115 45 %	173 70 %	177 71 %	201 83 %	225 93 %	236 98 %	194 98 %
Kerran kuussa tai harvemmin	65 26 %	46 19 %	33 13 %	25 10 %	12 5 %	5 2 %	3 2 %
2-4 kertaa kuussa	47 19 %	12 5 %	16 7 %	9 4 %	3 1 %	1 0,4 %	2 1 %
1-3 kertaa viikossa	20 8 %	6 2 %	14 6 %	4 2 %	1 0,4 %	0 0 %	0 0 %
4 kertaa viikossa tai useammin	7 3 %	9 4 %	8 3 %	3 1 %	1 0,4 %	0 0 %	0 0 %

5.2 Psykososiaaliset vaikeudet yksittäisten kysymyksien perusteella

Paradise24fin-kyselyllä kartoitettiin psykososiaalisia vaikeuksia 24 kysymyksellä (taulukko 3). Vastaajista 237 vastasi kaikkiin 24 kysymykseen, joiden perusteella laskettu summapisteyden keskiarvo oli 24,78 arvojen vaihdellessa välillä 1-62. Kokonaissummapisteissä 0 kuvaa ”ei lainkaan vaikeuksia” ja 96 ”erittäin suuria vaikeuksia”.

Psykososiaalisiin vaikeuksiin (taulukko 3) vastattiin useimmiten ”ei vaikeuksia”, joka valittiin keskimäärin 10 kertaa. ”Lieviä vaikeuksia” vastattiin keskimäärin seitsemän kertaa, ”keskinkertaisia vaikeuksia” keskimäärin neljä kertaa, ”suuria vaikeuksia” kaksi kertaa ja ”erittäin suuria vaikeuksia” kerran. Kaikilla vastaajilla oli vähintään lieviä vaikeuksia ainakin yhdessä kysymyksessä. Vähintään 10 kysymyksen osalta oli suuria vaikeuksia 14 vastaajalla ja erittäin suuria vaikeuksia kahdella vastaajalla.

Kysymyskohtaisesti (taulukko 3) vastaajista alle 10 prosentilla oli erittäin suuria psykososiaalisia vaikeuksia huolestuneisuuden tai ahdistuneisuuden vuoksi (n=21), osallistumisessa harrastustoimintaan (n=20) sekä rahankäytön hallitsemisessa (n=20). Vastaajista noin viidenneksellä oli suuria vaikeuksia nukahtamisessa, heräilyä yön aikana useita kertoja tai heräämistä liian aikaisin aamulla (n=52) sekä löytää kiinnostavia asioita (n=50) ja itsensä tuntemisessa levänneeksi ja pirteäksi päivän aikana (esim. väsymys ja voimattomuus) (n=47). Vastaajista vajaalla kolmanneksella oli keskinkertaisia vaikeuksia sen vuoksi, että ei tuntenut itseään levänneeksi ja pirteäksi päivän aikana (n=77) tai oli särkyjä tai kipuja (n=72). Vastaajista reilulla kolmanneksella oli lieviä vaikeuksia päätösten tekemisessä (n=101). Vastaajista suurin osa vastasi ”ei lainkaan vaikeuksia” koskien kävelyä (n=194) sekä peseytymistä tai pukeutumista, wc:n käyttöä tai ruokailemista (n=194).

Taulukko 3. Opioidikorvaushoitopotilaiden psykososiaaliset vaikeudet lukumäärinä ja prosentteina

	Ei lainkaan vaikeuksia	Lieviä vaikeuksia	Keskinertaisia vaikeuksia	Suuria vaikeuksia	Erittäin suuria vaikeuksia/ ei selviydy
	n/ %	n/ %	n/ %	n/ %	n/ %
Arjen toiminnot					
3. Minkä verran ongelmia sinulla on ollut ruokahalusi suhteen? (n=264)	119 45 %	71 30 %	54 21 %	17 6 %	3 1 %
15. Kuinka suuria vaikeuksia sinulla on ollut kävellä pitkiä matkoja (esim. 1 km)? (n=267)	194 73 %	27 10 %	19 7 %	19 7 %	8 3 %
16. Onko sinulla ollut vaikeuksia jossakin seuraavista: peseytymisessä, pukeutumisessa, wc:n käyttämisessä tai ruokailemisessa? (n=266)	194 73 %	43 16 %	14 5 %	11 4 %	4 2 %
17. Kuinka suuria vaikeuksia sinulla on ollut seksuaalisissa toiminnoissa? (n=266)	137 52 %	67 25 %	29 11 %	21 8 %	12 5 %
19. Kuinka suuria vaikeuksia sinulla on ollut huolehtia terveydestäsi kuten syödä hyvin, kuntoilla ja ottaa mahdolliset reseptilääkkeesi? (n=267)	117 44 %	84 32 %	45 17 %	15 6 %	6 2 %
Arjen hallinta					
5. Minkä verran ongelmia sinulla on ollut ärtyneisyyden suhteen, esimerkiksi että olisit aloittanut riitoja, huutanut ihmisille tai jopa lyönyt heitä? (n=268)	108 40 %	93 35 %	50 19 %	12 5 %	5 2 %
6. Minkä verran ongelmia sinulle on tuottanut se, että olet kokenut itsesi hitaaksi tai että asiat ovat tuntuneet tapahtuvan ympärilläsi liian nopeasti? (n=268)	140 52 %	70 26 %	40 15 %	15 6 %	3 1 %
9. Minkä verran ongelmia sinulle on tuottanut se, että et ole kyennyt selviytymään kaikista niistä asioista, jotka sinun tulisi hoitaa? (n=266)	64 24 %	86 32 %	68 26 %	31 12 %	17 6 %
23. Kuinka suuria vaikeuksia sinulla on ollut hallita rahankäyttöäsi? (n=266)	63 24 %	94 35 %	54 20 %	35 13 %	20 8 %
Tiedon käsittely					
11. Minkä verran vaikeuksia sinulla on ollut keskittyä tekemään jotain 10 min ajan? (n=267)	146 55 %	60 23 %	35 13 %	21 8 %	5 2 %
12. Minkä verran vaikeuksia sinulla on ollut muistaa tehdä tärkeitä asioita? (n=268)	84 31 %	97 36 %	38 14 %	38 14 %	11 4 %
13. Minkä verran vaikeuksia sinulla on ollut päätösten tekemisessä? (n=268)	74 28 %	101 38 %	55 21 %	30 11 %	4 2 %
14. Minkä verran vaikeuksia sinulla on ollut aloittaa ja ylläpitää keskustelua? (n=268)	124 46 %	78 29 %	36 13 %	25 9 %	5 2 %
22. Kuinka suuria vaikeuksia sinulla on ollut päivittäisessä työssä tai opiskelussa?	128 50 %	65 25 %	34 13 %	20 8 %	11 4 %

(n=258)					
Mieliala					
1. Minkä verran ongelmia sinulla on ollut sen vuoksi, että et ole tuntenut itseäsi levänneeksi ja pirteäksi päivän aikana (esim. tunnet väsymystä, olet voimaton)? (n=269)	35 13 %	100 37 %	77 29 %	47 18 %	10 4 %
2. Minkä verran ongelmia sinulla on ollut löytää asioita, jotka kiinnostavat sinua? (n=268)	72 27 %	72 27 %	66 25 %	50 19 %	8 3,0 %
7. Minkä verran ongelmia sinulle on aiheutunut surun, alakuloisuuden tai masentuneisuuden tunteista? (n=266)	66 24,8%	96 36,1%	50 18,8%	43 16,2%	11 4,1%
8. Minkä verran ongelmia sinulle ovat aiheuttaneet huolestuneisuus tai ahdistuneisuus? (n=266)	37 14 %	97 37 %	65 24 %	46 17 %	21 8 %
Sosiaalinen elämä					
18. Kuinka suuria vaikeuksia sinulla on ollut olla yksin muutamia päiviä? (n=264)	198 75 %	40 15 %	11 4 %	11 4 %	4 2 %
20. Kuinka suuria vaikeuksia sinulla on ollut aloittaa ja ylläpitää ystävyysuhteita? (n=266)	96 36 %	88 33 %	52 20 %	24 9 %	6 2 %
21. Kuinka suuria vaikeuksia sinulla on ollut tulla toimeen läheistesi kanssa? (n=265)	152 57 %	78 29 %	22 8 %	9 3 %	4 2 %
24. Kuinka suuria vaikeuksia sinulla on ollut osallistua harrastuksiin tai järjestötoimintaan (esim. juhliin, urheilutapahtumiin, uskonnollisiin tai poliittisiin toimintoihin) samalla tavalla kuin kuka tahansa? (n=266)	87 33 %	71 27 %	49 18 %	39 15 %	20 8 %
Kipu ja uni					
4. Minkä verran ongelmia sinulla on ollut unen kanssa, esimerkiksi vaikeus nukahtaa, heräilyä usein yön aikana tai herääminen liian aikaisin aamulla? (n=267)	58 22 %	70 26 %	68 26 %	52 20 %	19 7 %
10. Minkä verran sinulla on ollut särkyjä tai kipuja? (n=266)	62 23 %	93 35 %	72 27 %	28 11 %	11 4 %

Keskiarvon mukaan merkittävimmät vaikeudet yksittäisissä kysymyksissä aiheutuivat huolestuneisuudesta tai ahdistuneisuudesta ($ka=1,69$) sekä nukahtamisvaikeuksista, heräilystä yön aikana useita kertoja ja heräämisestä liian aikaisin ($ka=1,64$) sekä itsensä tuntemisesta väsyneeksi tai voimattomaksi ($ka=1,62$). Kaikkien kysymyksien vastaukset vaihtelivat välillä 0-4. ”Suuria” ja ”erittäin suuria vaikeuksia/ ei selviydy” vastaukset yhdistettiin lukumäärällisesti, jolloin eniten vaikeuksia aiheutui ongelmista nukahtaa, heräily yön aikana, herääminen liian aikaisin ($n=71$). (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Keskiarvon mukaan 10 suurinta psykososiaalista vaikeutta

	Keski- arvo	Keski- hajonta	Suuria tai erittäin suu- ria vaikeuk- sia (n)
8. Minkä verran ongelmia sinulle ovat aiheuttaneet huolestuneisuus tai ahdistuneisuus? (n=266)	1,7	1,15	67
4. Minkä verran ongelmia sinulla on ollut unen kanssa, esimerkiksi vaikeus nukahtaa, heräilyä usein yön aikana tai herääminen liian aikaisin aamulla? (n=267)	1,64	1,22	71
1. Minkä verran ongelmia sinulla on ollut sen vuoksi, että et ole tuntenut itseäsi levänneeksi ja pirteäksi päivän aikana (esim. tunnet väsymystä, olet voimaton)? (n=269)	1,62	1,04	57
23. Kuinka suuria vaikeuksia sinulla on ollut hallita rahankäyttöäsi? (n=266)	1,45	1,20	55
2. Minkä verran ongelmia sinulla on ollut löytää asioita, jotka kiinnostavat sinua? (n=268)	1,44	1,16	58
9. Minkä verran ongelmia sinulle on tuottanut se, että et ole kyennyt selviytymään kaikista niistä asioista, jotka sinun tulisi hoitaa? (n=266)	1,44	1,16	48
7. Minkä verran ongelmia sinulle on aiheutunut surun, alakuloisuuden tai masentuneisuuden tunteista? (n=266)	1,39	1,14	54
24. Kuinka suuria vaikeuksia sinulla on ollut osallistua harrastuksiin tai järjestötoimintaan (esim. juhliin, urheilutapahtumiin, uskonnollisiin tai poliittisiin toimintoihin) samalla tavalla kuin kuka tahansa? (n=266)	1,38	1,28	59
10. Minkä verran sinulla on ollut särkyjä tai kipuja?	1,37	1,08	39
12. Minkä verran vaikeuksia sinulla on ollut muistaa tehdä tärkeitä asioita?	1,24	1,16	49

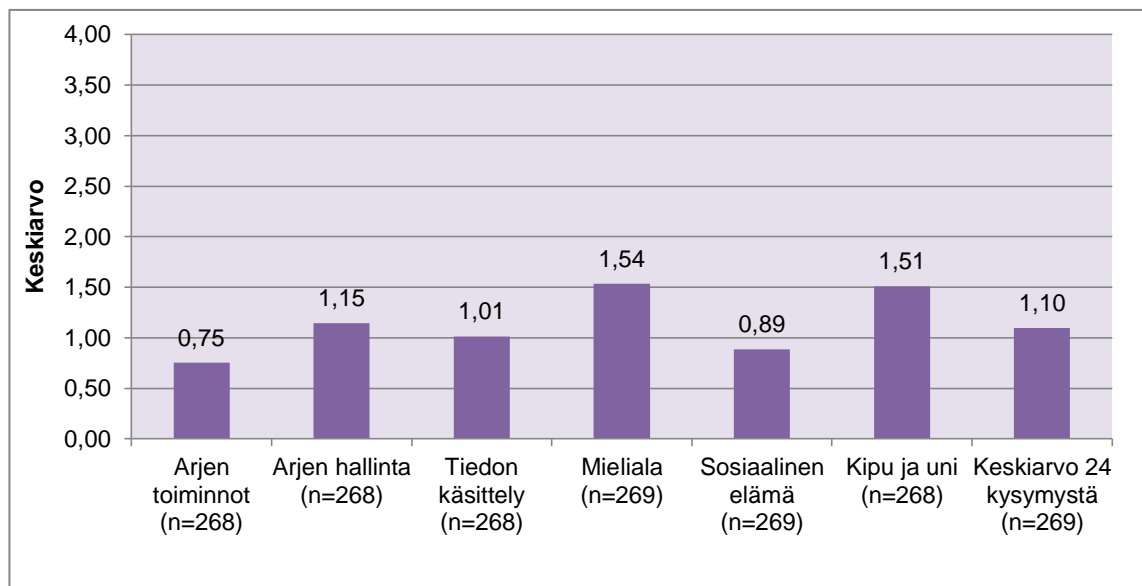
5.3 Psykososiaaliset vaikeudet osa-alueittain

Psykososiaalisia vaikeuksia kartoittaneet 24 kysymystä jaoteltiin kuuteen osa-alueeseen (taulukko 5), joita olivat arjen toiminnot, arjen hallinta, tiedon käsittely, mieliala, sosiaalinen elämä sekä kipu ja uni. Vastausvaihtoehdot olivat välillä 0-4 (4=erittäin suuria vaikeuksia).

Taulukko 5. Psykososiaalisten vaikeuksien osa-alueiden tunnusluvut

	n	min	max	ka	keskihajonta
Arjen toiminnot	268	0	3,4	0,75	0,70
Arjen hallinta	268	0	3,25	1,15	0,79
Tiedon käsittely	268	0	3,25	1,01	0,80
Mieliala	269	0	4	1,54	0,91
Sosiaalinen elämä	269	0	4	0,89	0,79
Kipu ja uni	268	0	4	1,51	0,95

Vastaajilla oli keskiarvon (kuvio 7) mukaan osa-alueista eniten psykososiaalisia vaikeuksia mielialassa (ka 1,54), toiseksi eniten kivussa ja unessa (ka 1,51) ja kolmanneksi eniten arjen hallinnassa (ka 1,15). Kaikkien 24 vastauksen keskiarvo oli 1,10.



Kuvio 7. Psykososiaalisten vaikeuksien osa-alueiden esiintyminen vastauksien keskiarvon mukaan

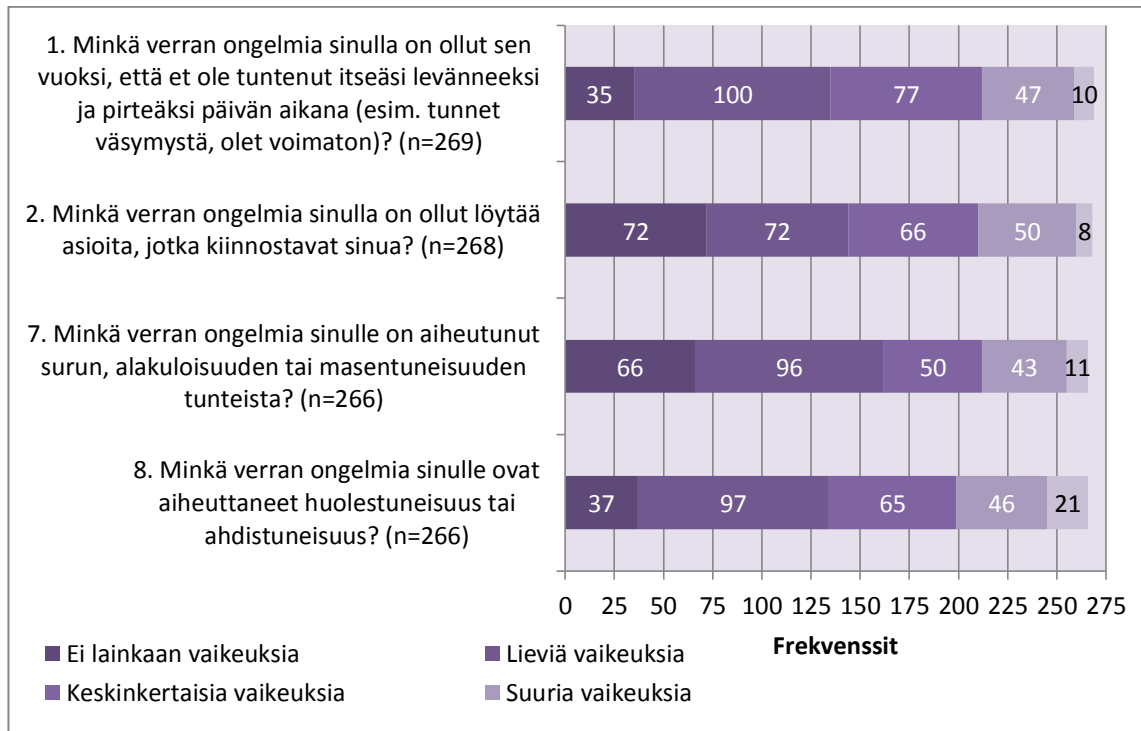
Psykososiaalisten osa-alueiden vaikeuksien määrässä oli keskinäistä tilastollisesti merkitsevää riippuvuutta. Arjen hallinnan ja mielialan vaikeuksien yhteys toisiinsa oli vahvin (Taulukko 6). Myös arjen hallinnan ja tiedon käsittelyn sekä mielialan ja tiedon käsittelyn vaikeudet olivat kohtalaisessa yhteydessä toisiinsa. Kipu ja uni ovat erillisiä asioita, joita esiintyi vähäisemmästä riippuvuudesta huolimatta eri psykososiaalisten osa-alueiden yhteydessä.

Taulukko 6. Psykososiaalisten osa-alueiden Spearmanin korrelaatiokertoimet

	Arjen toiminnot	Arjen hallinta	Tiedon käsittely	Mieliala	Sosiaalinen elämä
Arjen hallinta	0,598**				
Tiedon käsittely	0,655**	0,724**			
Mieliala	0,661**	0,742**	0,708**		
Sosiaalinen elämä	0,653**	0,643**	0,685**	0,658**	
Kipu ja uni	0,472**	0,452**	0,466**	0,487**	0,392**

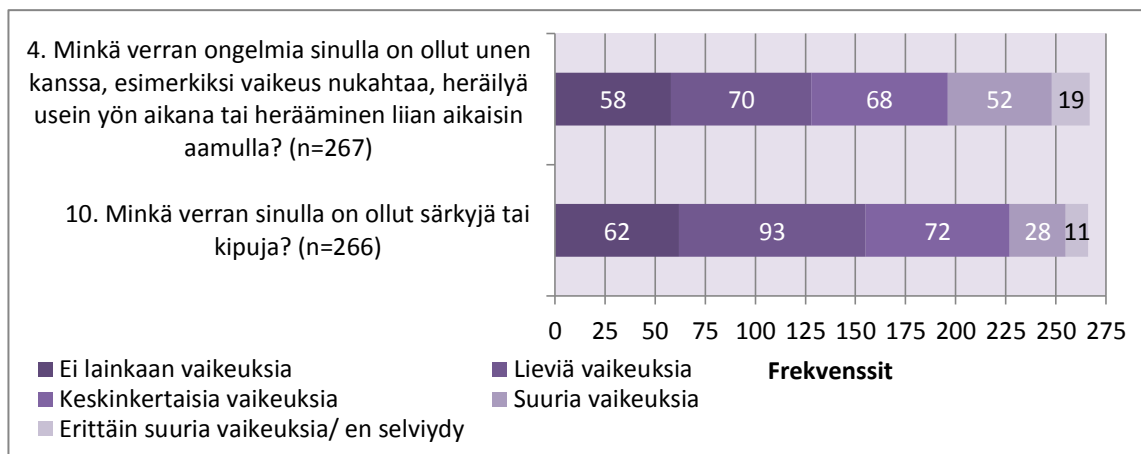
** $p < 0.001$

Mieliala (Kuvio 8) oli psykososiaalisten vaikeuksien osa-alueista merkittävin kaikilla mittareilla. Osa-alueen kaikki neljä kysymystä olivat keskiarvoltaan seitsemän eniten psykososiaalisia vaikeuksia aiheuttaneiden joukossa huomioiden kaikki 24 kysymystä. Vastajille aiheutui lukumäärällisesti eniten suuria tai erittäin suuria vaikeuksia huolestuneisuuden tai ahdistuneisuuden vuoksi. Tämä oli myös kaikista 24 kysymyksestä keskiarvon perusteella merkittävin vaikeuksien aiheuttaja (Taulukko 4). Mielialan osalta ”ei lainkaan vaikeuksia” – vastauksien kysymyskohtainen lukumäärä vaihteli 35-72 vastaajan välillä. Mielialan kohdistettu vähäisin määrä ”ei lainkaan vaikeuksia” korosti osa-alueen merkitystä psykososiaalisten vaikeuksien ilmenemisessä (Taulukko 3).



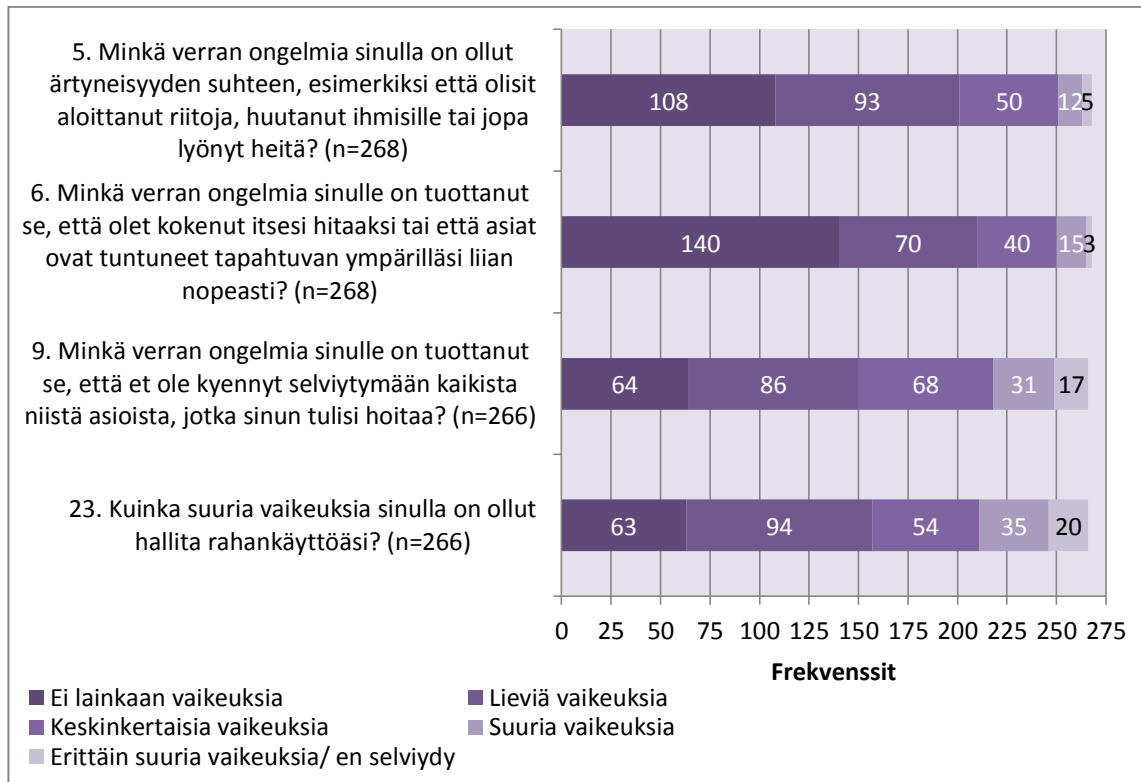
Kuvio 8. Mielialan vaikeuksien esiintyminen (kysymykset 1, 2, 7 ja 8)

Kipu ja uni oli osa-alueista toiseksi merkittävin keskiarvon perusteella (Kuvio 7 ja 9). Kaikista 24 kysymyksestä vastaajilla oli eniten suuria tai erittäin suuria vaikeuksia uneen liittyen (vaikeus nukahtaa, heräilyä usein yön aikana tai herääminen liian aikaisin aamulla) (Taulukko 3).



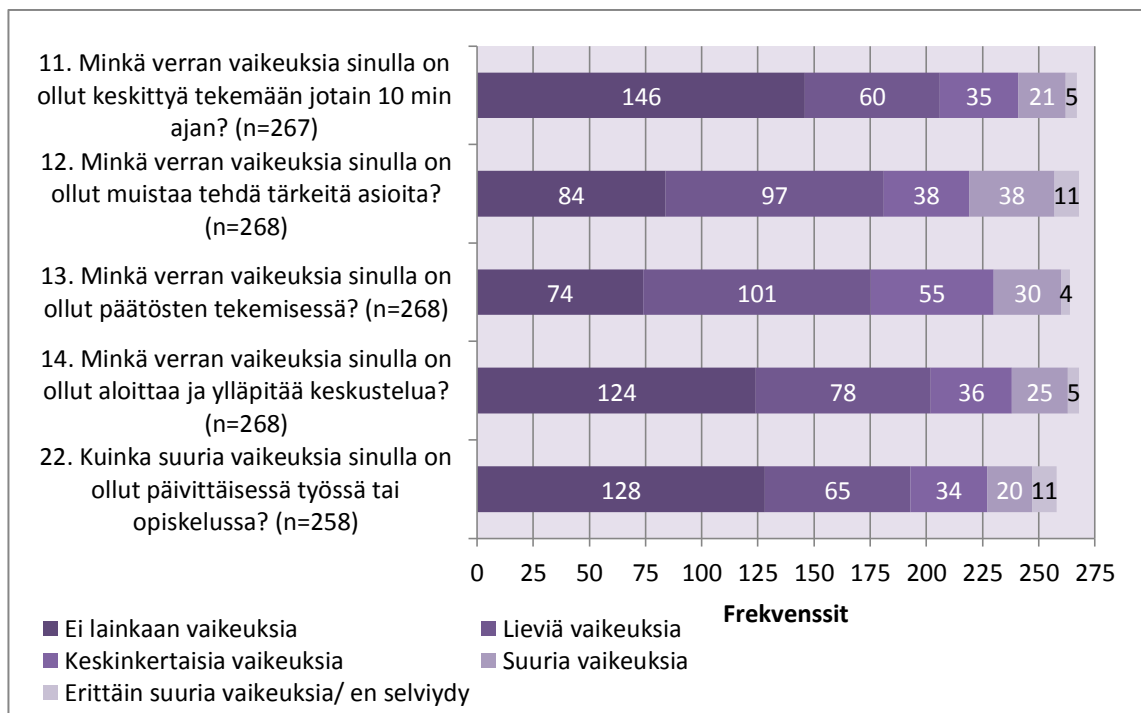
Kuvio 9. Kivun ja unen vaikeuksien esiintyminen (kysymykset 4 ja 10)

Arjen hallinta oli keskiarvon mukaan osa-alueista kolmanneksi merkittävin (Kuvio 7). Vastaajilla oli eniten suuria tai erittäin suuria vaikeuksia rahankäytön hallitsemisessa ja toiseksi eniten selviytymisessä hoitaa kaikki hoidettavat asiat (Kuvio 10).



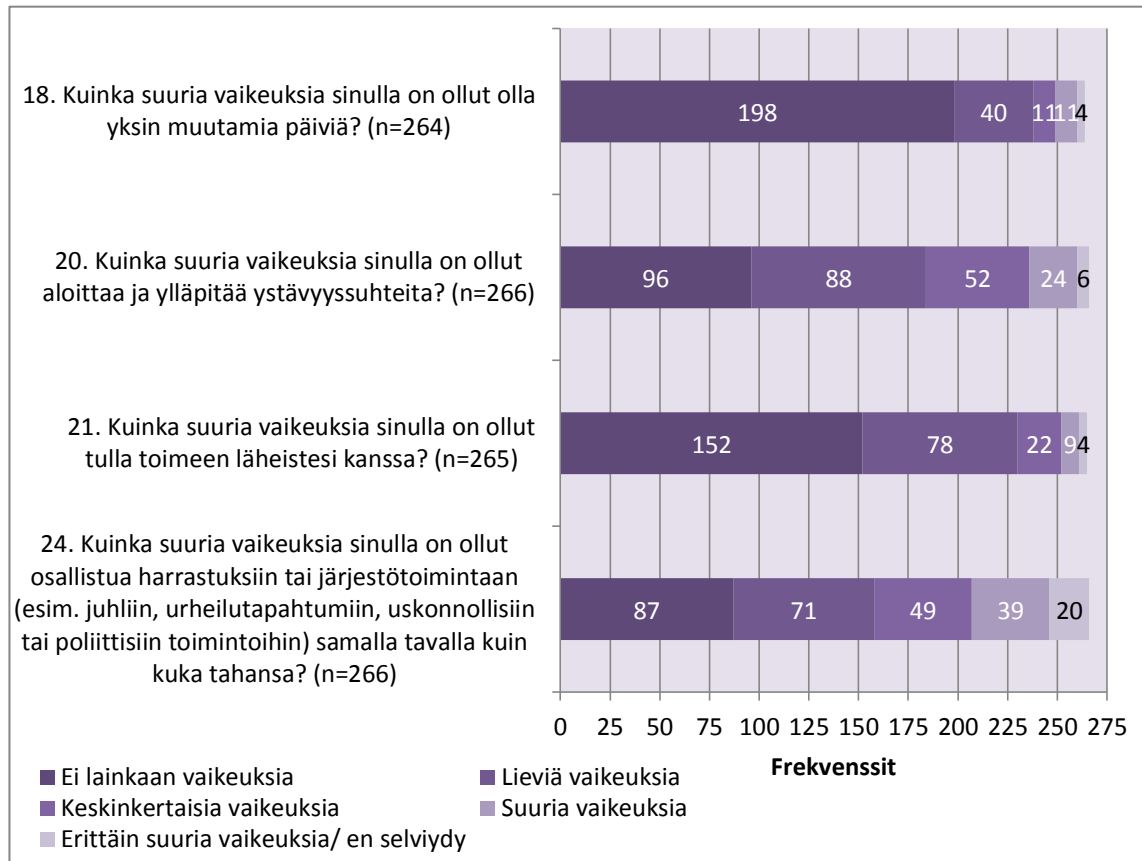
Kuvio 10. Arjen hallinnan vaikeuksien esiintyminen (kysymykset 5, 6, 9 ja 23)

Tiedon käsittely oli keskiarvon mukaan osa-alueista neljänneksi merkittävin (Kuvio 7). Vastaajilla oli eniten suuria tai erittäin suuria vaikeuksia muistamisessa tehdä tärkeitä asioita ja toiseksi eniten päätösten tekemisessä (Kuvio 10).



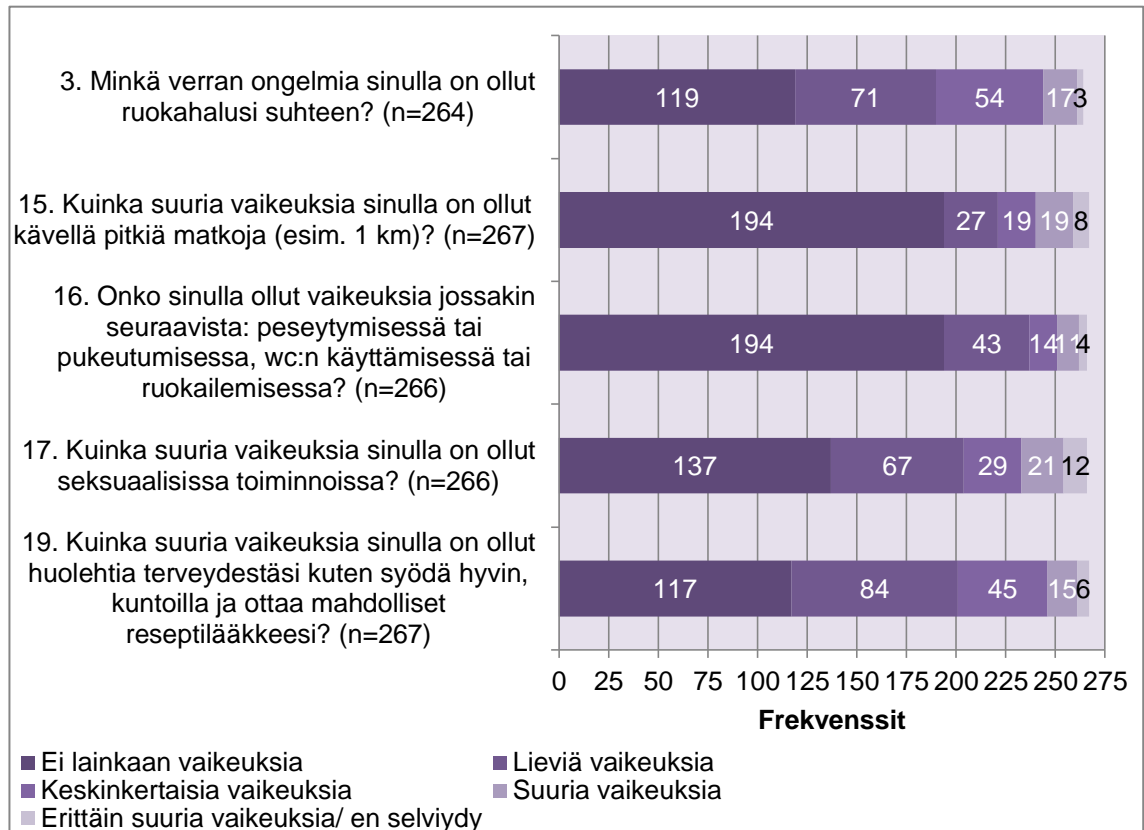
Kuvio 11. Tiedon käsittelyn vaikeuksien esiintyminen (kysymykset 11, 12, 13, 14 ja 22)

Sosiaalinen elämä oli keskiarvon mukaan osa-alueista viidenneksi merkittävin (Kuvio 7). Vastaajilla oli eniten suuria tai erittäin suuria vaikeuksia osallistumisessa harrastuksiin tai järjestötoimintaan (esim. juhliin, urheilutapahtumiin, uskonnollisiin tai poliittisiin toimintoihin) samalla tavalla kuin kuka tahansa. Toiseksi eniten suuria tai erittäin suuria vaikeuksia oli ystävyysuhteiden aloittamisessa ja ylläpitämisessä (Kuvio 11). ”Ei lainkaan vaikeuksia” oli valittu kaikista 24 kysymyksestä useimmiten koskien ongelmia olla yksin muutamia päiviä (Taulukko 3)



Kuvio 12. Sosiaalisen elämän vaikeuksien esiintyminen (kysymykset 18, 20, 21 ja 24)

Keskiarvon mukaan vastaajilla oli psykososiaalisia vaikeuksia vähiten arjen toimintojen osa-alueessa (Kuvio 7). ”Ei lainkaan vaikeuksia” vastanneita oli eniten tässä osa-alueessa, jonka jokaiseen viiteen kysymykseen oli valinnut vaihtoehdon ”ei lainkaan vaikeuksia” vähintään 100 vastaajaa. Eniten ”ei lainkaan vaikeuksia” keräsivät kävely sekä peseytyminen, pukeutuminen, wc:n käyttö tai ruokaileminen (Taulukko 3). Vastaa- jilla oli arjen toiminnoista eniten suuria tai erittäin suuria vaikeuksia koskien seksuaali- sia toimintoja ja toiseksi eniten pitkien matkojen (esim. 1 km) kävelyä (Kuvio 13).

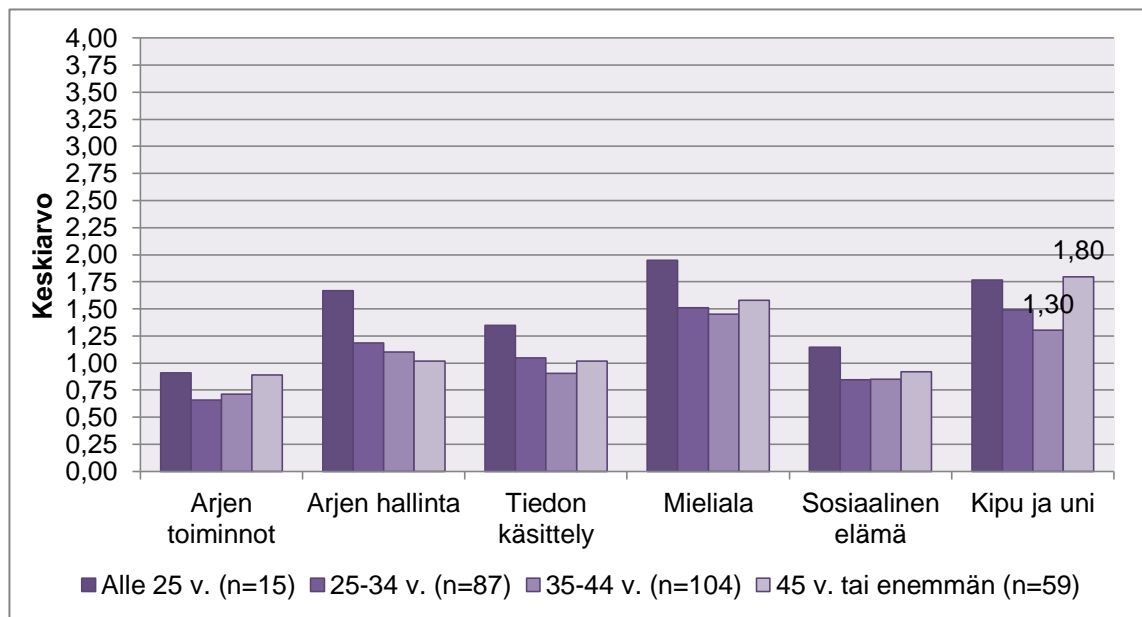


Kuvio 13. Arjen toimintojen vaikeuksien esiintyminen (kysymykset 3, 15, 16, 17 ja 19)

5.4 Taustatietojen yhteys psykososiaalisiin vaikeuksiin

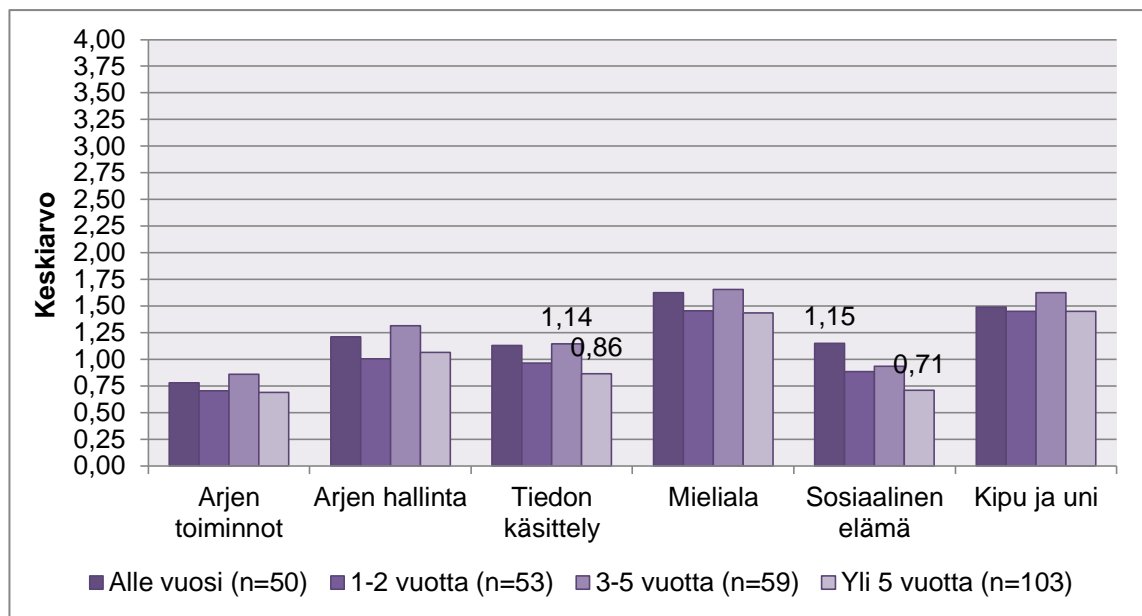
Opioidikorvaushoitopotilaiden iän, hoidossa olon keston, tyytyväisyyden hoidossa oloon, hoidon tavoitteen sekä päihdekäytön yhteydet psykososiaalisiin vaikeuksiin raportoidaan niiltä osin kuin tilastollisesti merkitsevä yhteys on olemassa. Tarkemmat tunnusluvut ovat liitteessä 5 jaoteltuina (vähintään kolmiluokkaisten sekä enintään kaksiluokkaisten taustamuuttujien yhteydet psykososiaalisten osa-alueiden vaikeuksiin).

45-vuotiailla tai sitä vanhemmilla vastaajilla oli enemmän (ka 1,80) vaikeuksia kivussa ja unessa kuin 35-44-vuotiailla (ka 1,30). Yhteys oli yksisuuntaisen varianssianalyysin mukaan merkitsevä ($p=0,01$).



Kuvio 14. Ikäryhmien yhteys psykososiaalisten osa-alueiden vaikeuksiin

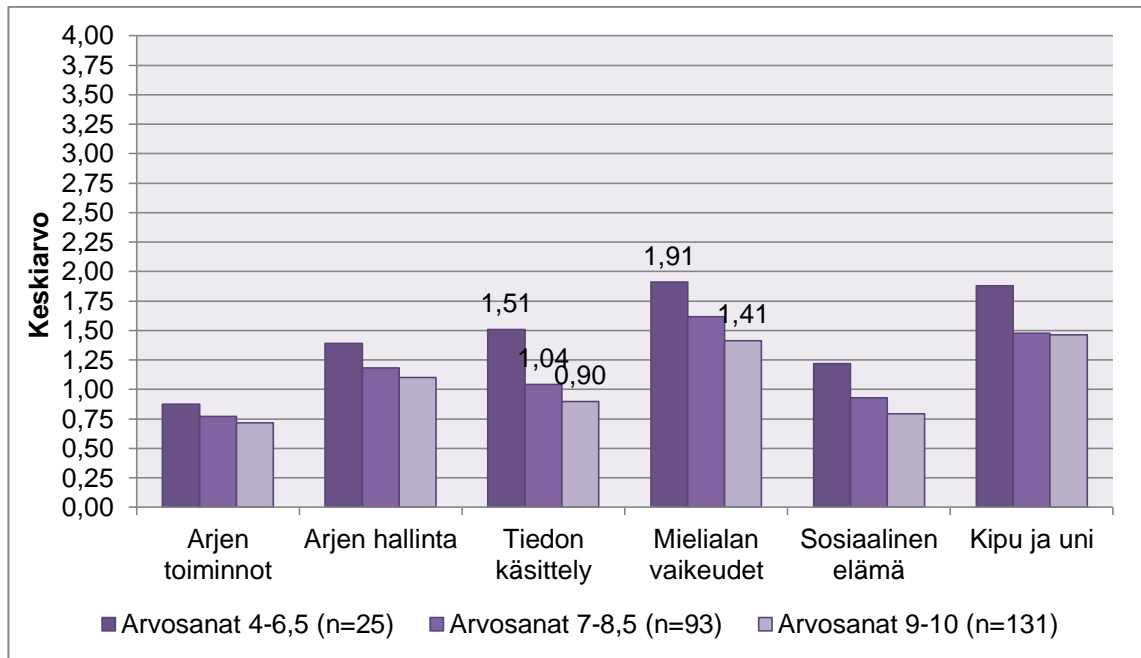
Korvaushoidossa olon kesto oli yhteydessä sosiaalisen elämän ja tiedon käsittelyn vaikeuksiin (Kuvio 15). Alle vuoden hoidossa olleilla vastaajilla oli enemmän (ka 1,15) sosiaalisen elämän vaikeuksia kuin yli 5 vuotta hoidossa olleilla vastaajilla (ka 0,71). Hoidossa 3-5 vuotta olleilla vastaajilla oli enemmän (ka 1,14) tiedon käsittelyn vaikeuksia kuin yli 5 vuotta hoidossa olleilla vastaajilla (ka 0,86). Yhteydet olivat yksisuuntaisen varianssianalyysin mukaan merkitsevät ($p=0,01$).



Kuvio 15. Hoidossa olon keston yhteys psykososiaalisten osa-alueiden vaikeuksiin

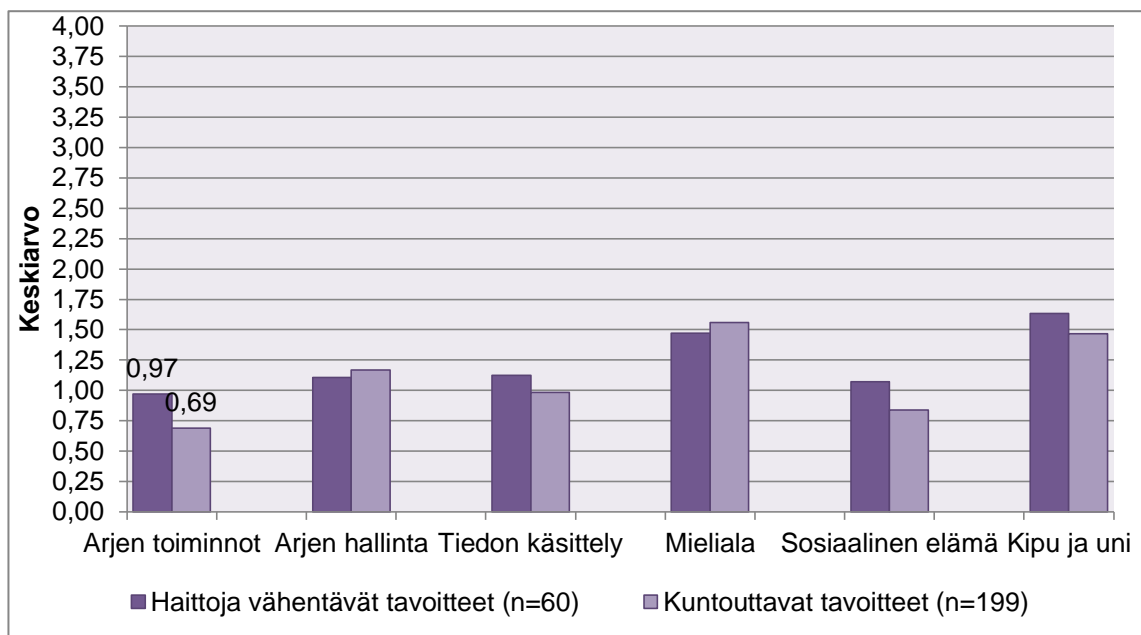
Vastaajien tyytymättömyys hoidossa oloon oli yhteydessä tiedon käsittelyn ja mielialan vaikeuksiin (Kuvio 16). Hoidossa olon tyytyväisyydeksi arvosanan 4-6,5 antaneilla oli enemmän (ka 1,51) tiedon käsittelyn vaikeuksia kuin arvosanan 7-8,5 antaneilla vastaajilla (ka 1,04). Yhteys oli yksisuuntaisella varianssianalyysillä melkein merkitsevä ($p=0,02$). Arvosanan 4-6,5 antaneilla oli myös enemmän tiedon käsittelyn vaikeuksia kuin arvosanan 9-10 antaneilla vastaajilla (ka 0,90) yhteyden ollessa yksisuuntaisen varianssianalyysin mukaan erittäin merkitsevä ($p=0,00$).

Hoidossa olon tyytyväisyydeksi arvosanan 4-6,5 antaneilla vastaajilla oli enemmän (ka 1,91) mielialan vaikeuksia kuin arvosanan 9-10 antaneilla vastaajilla (ka 1,41). Yhteys oli yksisuuntaisen varianssianalyysin mukaan melkein merkitsevä ($p=0,04$).



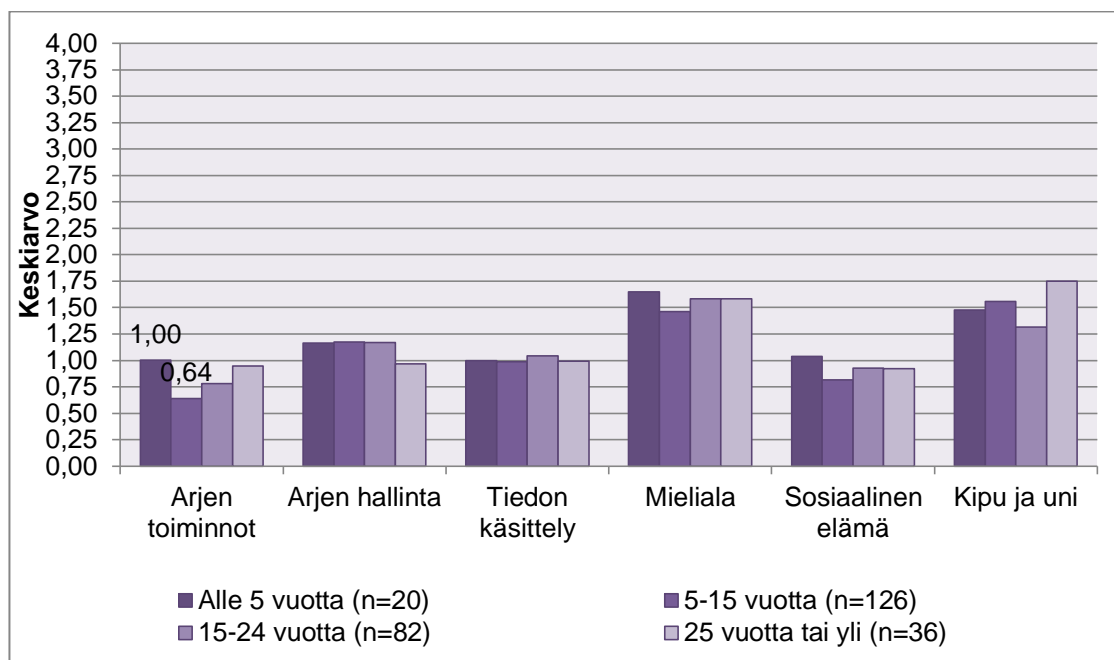
Kuvio 16. Tyytyväisyys hoidossa oloon yhteys psykososiaalisten osa-alueiden vaikeuksiin

Vastaajat määrittivät haittoja vähentävän tai kuntouttavan hoidon tavoitteen oman arviionsa mukaan (Kuvio 17). Haittoja vähentävin tavoittein hoidossa olevilla oli enemmän (ka 0,97) arjen toimintojen vaikeuksia kuin kuntouttavain tavoittein hoidossa olevilla vastaajilla (ka 0,69). Yhteys oli t-testin mukaan melkein merkitsevä ($p=0,02$).



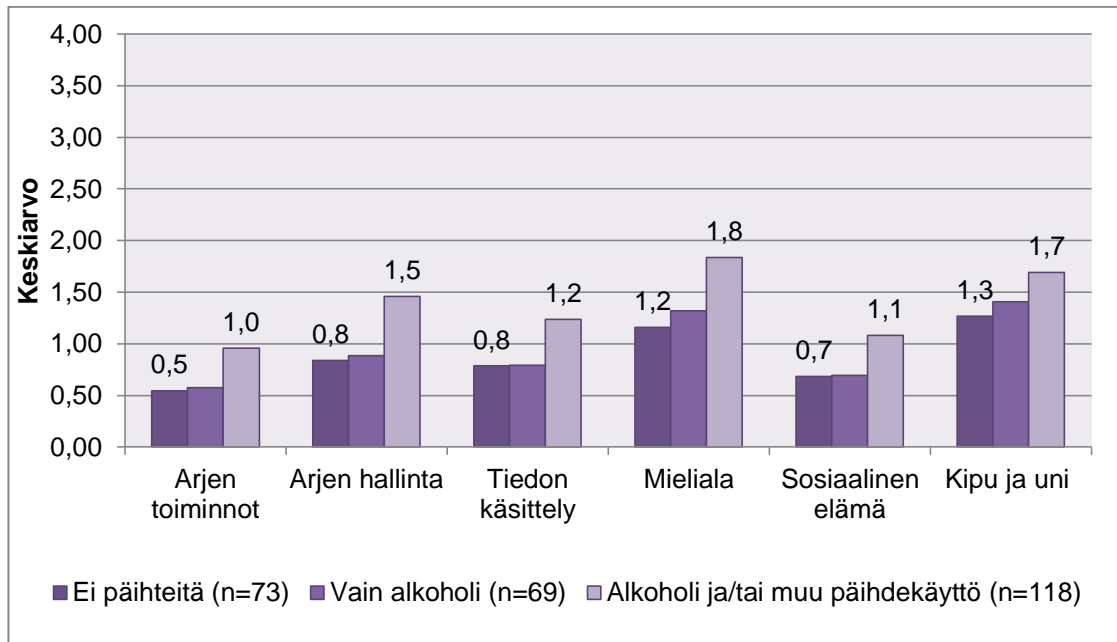
Kuvio 17. Hoidon tavoitteen yhteys psykososiaalisten osa-alueiden vaikeuksiin

Päihteiden ongelmallisen käytön kestolla ennen korvaushoitoa oli yhteys arjen toimintojen vaikeuksiin (Kuvio 18). Alle 5 vuotta päihteitä käyttäneillä vastaajilla oli enemmän (ka 1,00) arjen toimintojen vaikeuksia kuin 5-15 vuotta päihteitä käyttäneillä vastaajilla (ka 0,64). Yhteys oli yksisuuntaisen varianssianalyysin mukaan melkein merkitsevä ($p=0,03$).



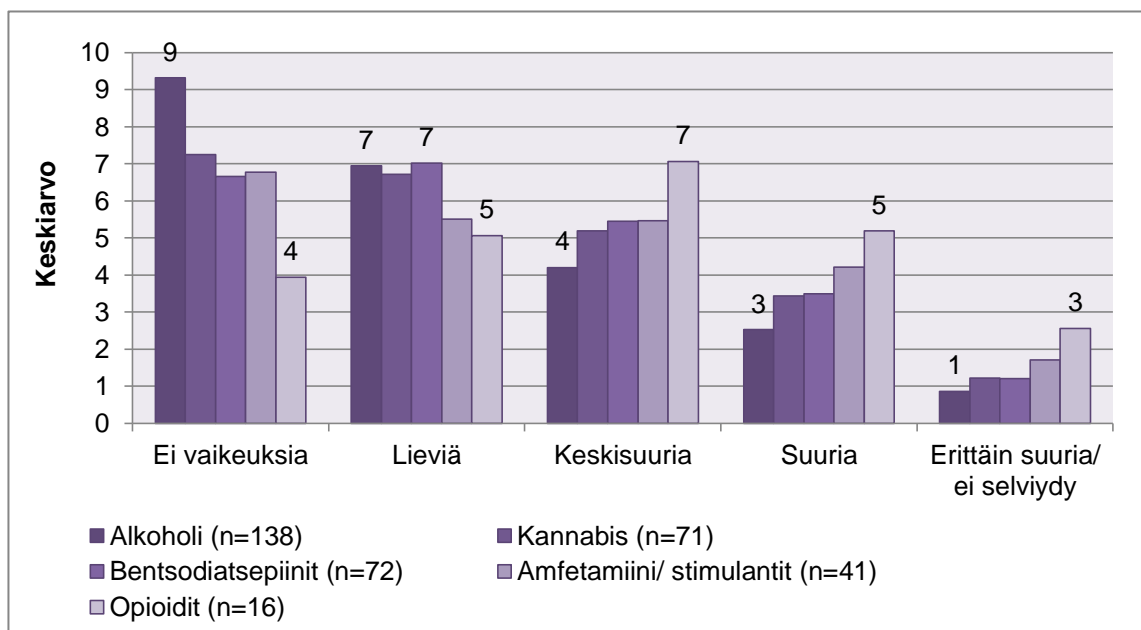
Kuvio 18. Ongelmallisen päihteiden käytön (ennen hoitoa) keston yhteys psykososiaalisten osa-alueiden vaikeuksiin keskiarvoina

Vastaajien viimeaikaisen päihdekäytön tarkastelu jaettiin kolmeen luokkaan "ei päihteiden käyttöä", "vain alkoholia" sekä "alkoholi ja/ tai muu päihdekäyttö". Viimeisin sisältää vaihtoehdot, joissa vastaaja oli käyttänyt alkoholia ja vähintään yhtä muuta kysytyistä päihteistä (bentsodiatsepiinit ym. ilman lääkärin määräystä, kannabis, amfetamiini/ stimulantit, hallusinogeenit, opioidit muuna kuin korvaushoitolääkkeenä, muu erikseen nimeämätön päihde) tai vastaavasti vähintään yhtä edellä mainituista päihteistä ilman alkoholia (Kuvio 19). Alkoholia ja/ tai muuta päihdettä käyttäneillä oli erittäin merkitsevästi enemmän kaikkien psykososiaalisten osa-alueiden vaikeuksia kuin ei päihteitä käyttäneillä vastaajilla ($p=0,00$). Alkoholia ja/tai muuta päihdettä käyttäneiden vaikeudet olivat suurimmat mielialan (ka 1,8), kivun ja unen (ka 1,7) sekä arjen hallinnan osa-alueilla (ka 1,5).



Kuvio 19. Opioidikorvaushoitopotilaiden viimeaikaisen päihdekäytön yhteys psykososiaalisten osa-alueiden vaikeuksiin

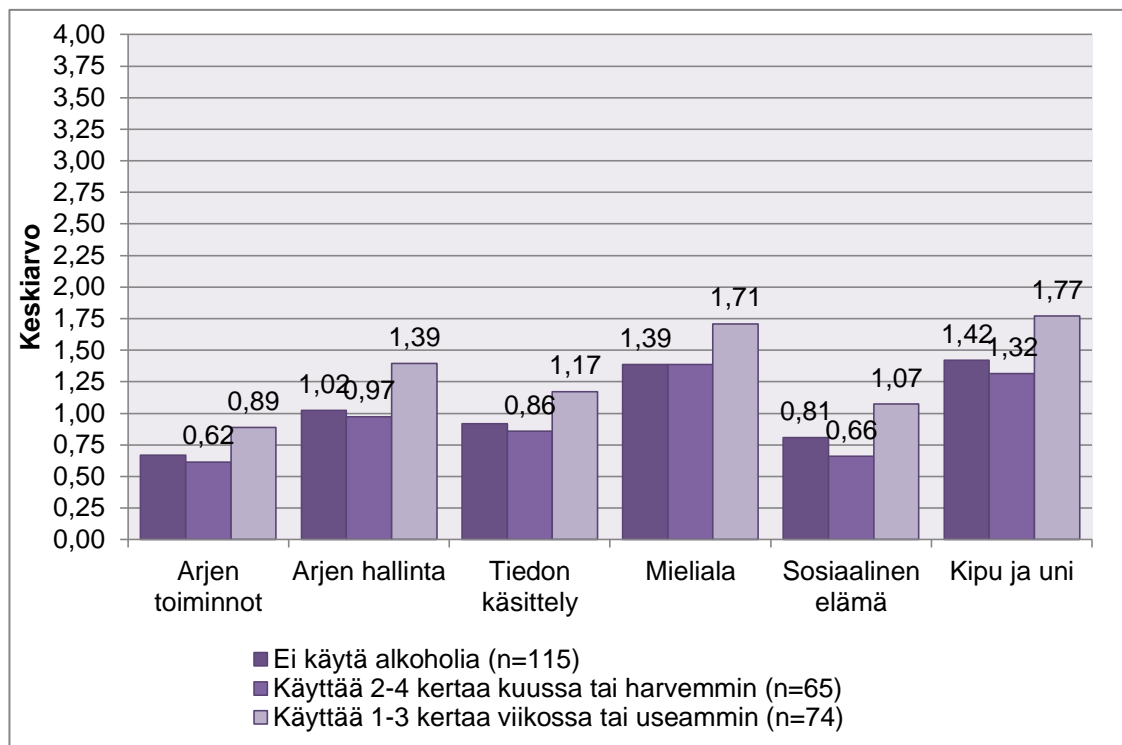
Kuviossa 20 kuvataan psykososiaalisten vaikeuksien vastausvaihtoehtojen keskimääräinen esiintyvyys käytetyn päihteen mukaan. Alkoholia käyttäneet vastasivat keskimäärin useimmin "ei vaikeuksia" verrattuna muita päihteitä käyttäneisiin vastaajiin. Opioidia muuten kuin korvaushoitolääkkeenä käyttäneitä vastaajia oli vähiten, mutta he vastasivat useimmiten suuria tai erittäin suuria vaikeuksia/ ei selviydy.



Kuvio 20. Psykososiaalisten vaikeuksien vastausvaihtoehtojen jakaumien keskiarvo käytetyn päihteen mukaan

Alkoholia 1-3 kertaa viikossa tai useammin käyttäneillä vastaajilla oli tilastollisesti merkitsevästi enemmän (lukuun ottamatta mielialaa) kaikkien psykososiaalisten osa-alueiden vaikeuksia kuin vastaajilla, jotka käyttivät alkoholia harvemmin. Alkoholia vähintään 1-3 kertaa viikossa käyttäneillä oli tilastollisesti merkitsevästi enemmän arjen hallinnan, mielialan, sosiaalisen elämän sekä kivun ja unen vaikeuksia kuin ei lainkaan alkoholia käyttäneillä (Kuvio 21). Keskiarvot ja p-arvot kuvataan (Taulukko 7) sekä muut tunnusluvut vielä tarkemmin (Liite 5).

Alkoholia vähintään 1-3 kertaa viikossa käyttäneiden merkittävimmät vaikeudet olivat kivun ja unen (ka 1,77) sekä mielialan (ka 1,71) osa-alueilla. Harvemmin alkoholia käyttäneillä oli keskiarvojen mukaan hieman vähemmän psykososiaalisia vaikeuksia kuin alkoholia käyttämättömillä vastaajilla lukuun ottamatta mielialan vaikeuksia, joissa vaikeuksia oli suunnilleen saman verran (Kuvio 21). Erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä.



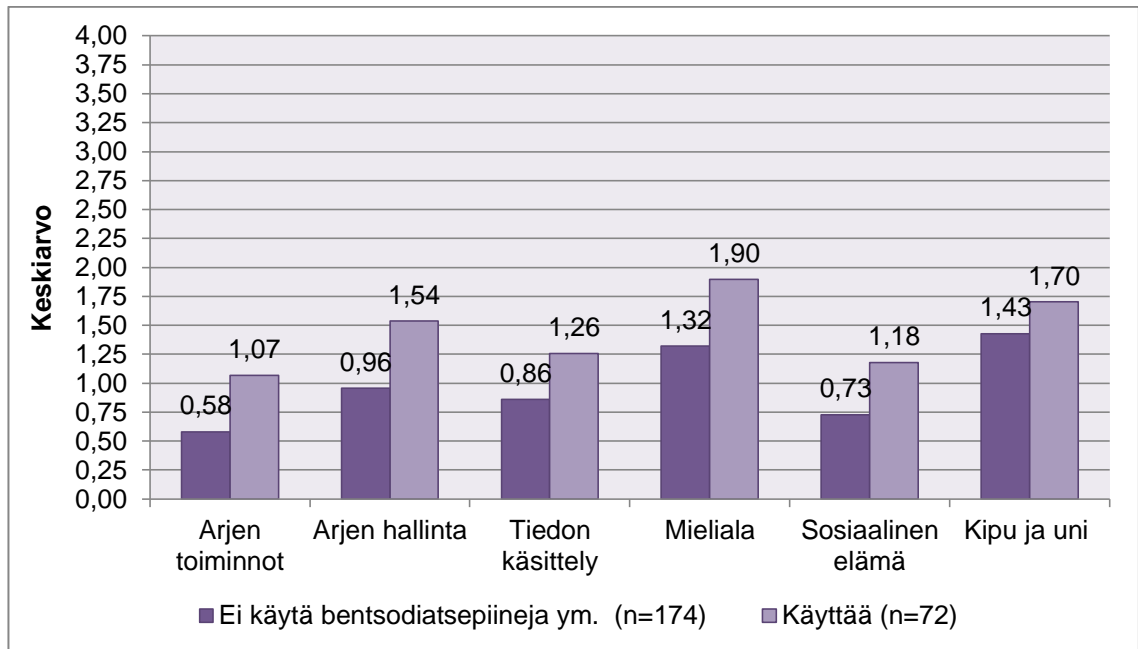
Kuvio 21. Alkoholin käytön yhteys psykososiaalisten osa-alueiden vaikeuksiin

Taulukossa 7 kuvataan kaikkien osa-alueiden vaikeuksien keskiarvot ja p-arvot viimeaikaisen alkoholinkäytön mukaan.

Taulukko 7. Opioidikorvaushoitopotilaiden viimeaikaisen alkoholinkäytön yhteydet psykososiaalisten osa-alueiden vaikeuksiin tunnuslukuina

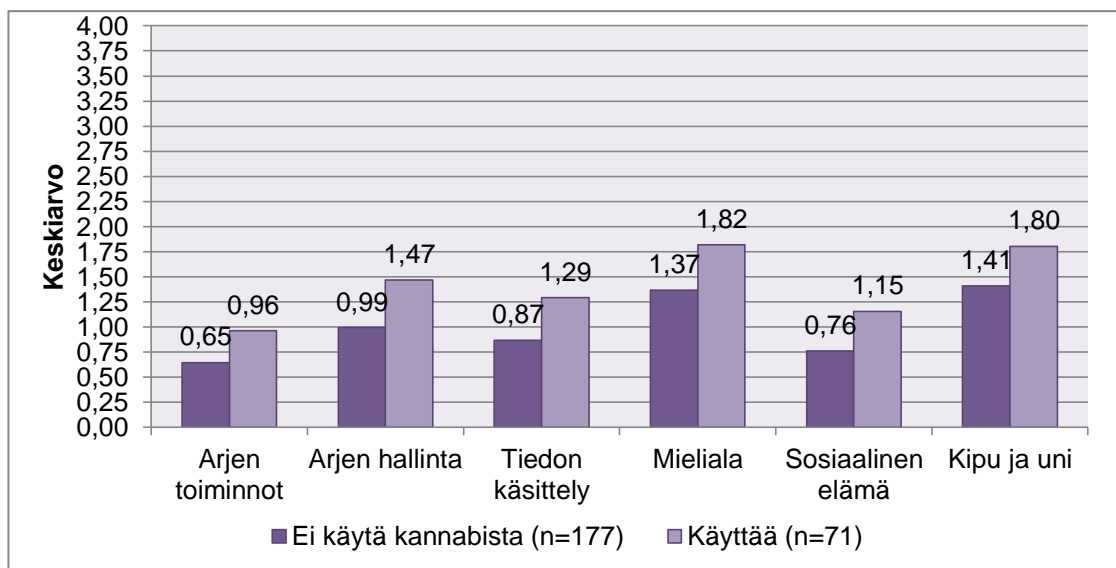
	Alkoholin käyttö	n	ka	Oneway anova (p-arvo)
Arjen toiminnot	En käytä	115	0,67	0,03
	2-4 kertaa kuussa tai harvemmin	65	0,62	
	1-3 kertaa viikossa tai useammin	74	0,89	
Arjen hallinta	En käytä	115	1,02	0,00
	2-4 kertaa kuussa tai harvemmin	65	0,97	
	1-3 kertaa viikossa tai useammin	74	1,39	
Tiedon käsittely	En käytä	115	0,92	0,03
	2-4 kertaa kuussa tai harvemmin	65	0,86	
	1-3 kertaa viikossa tai useammin	74	1,17	
Mieliala	En käytä	115	1,39	0,03
	2-4 kertaa kuussa tai harvemmin	65	1,39	
	1-3 kertaa viikossa tai useammin	74	1,71	
Sosiaalinen elämä	En käytä	115	0,81	0,00
	2-4 kertaa kuussa tai harvemmin	65	0,66	
	1-3 kertaa viikossa tai useammin	74	1,07	
Kipu ja uni	En käytä	115	1,42	0,01
	2-4 kertaa kuussa tai harvemmin	65	1,32	
	1-3 kertaa viikossa tai useammin	74	1,77	

Bentsodiatsepiineja/ rauhoittavia lääkkeitä ilman lääkärin määräämää lääkinnällistä tarkoitusta käyttäneillä vastaajilla oli enemmän vaikeuksia kaikissa kuudessa psykososiaalisessa osa-alueessa kuin ko. lääkkeitä käyttämättömillä vastaajilla (Kuvio 22). Bentsodiatsepiinien/ rauhoittavien lääkkeiden käytöllä oli erittäin merkitsevä yhteys arjen toimintojen, arjen hallinnan, tiedon käsittelyn, mielialan ja sosiaalisen elämän osa-alueiden vaikeuksiin verrattuna ko. lääkkeitä käyttämättömiin vastaajiin ($p=0,00$). Bentsodiatsepiinien/ rauhoittavien lääkkeiden (ilman lääkärin määräämää lääkinnällistä tarkoitusta) käytöllä oli melkein merkitsevä yhteys kivun ja unen osa-alueeseen ($p=0,04$). Bentsodiatsepiineja/ rauhoittavia lääkkeitä ilman lääkärin määräämää lääkinnällistä tarkoitusta käyttäneiden mielialan vaikeudet olivat suurempia kuin alkoholia ja kannabista käyttäneillä vastaajilla.



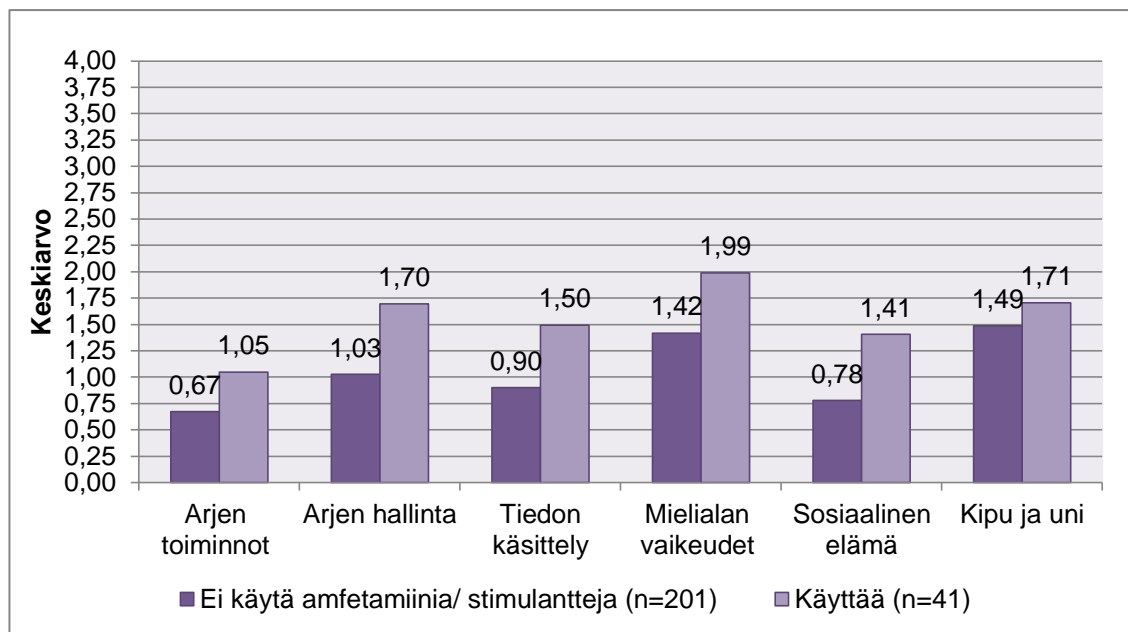
Kuvio 22. Bentsodiatsepiinien/ rauhoittavien lääkkeiden käytön (ilman lääkärin määräämää lääkinnällistä tarkoitusta) yhteys psykososiaalisten osa-alueiden vaikeuksiin

Myös kannabista käyttäneillä vastaajilla oli enemmän vaikeuksia kaikissa kuudessa psykososiaalisessa osa-alueessa kuin kannabista käyttämättömillä vastaajilla (Kuvio 23). Kannabiksen käytöllä oli erittäin merkitsevä yhteys arjen toimintojen, arjen hallinnan, tiedon käsittelyn, mielialan, sosiaalisen elämän sekä kivun ja unen vaikeuksiin ($p=0,00$). Kannabista käyttäneiden merkittävimmät vaikeudet olivat mielialan (ka 1,82) sekä kivun ja unen (ka 1,80) osa-alueilla. Kannabista käyttäneiden kivun ja unen osa-alueen vaikeudet olivat suurempia kuin alkoholia ja bentsodiatsepiineja/ rauhoittavia lääkkeitä ilman lääkärin määräämää lääkinnällistä tarkoitusta käyttäneillä vastaajilla.



Kuvio 23. Kannabiksen käytön yhteys psykososiaalisten osa-alueiden vaikeuksiin

Amfetamiinia käyttäneillä vastaajilla oli enemmän vaikeuksia viidessä psykososiaalisessa osa-alueessa kuin amfetamiinia käyttämättömillä vastaajilla (Kuvio 24). Ainoastaan kivun ja unen osalta tilastollista yhteyttä ei voitu osoittaa. Amfetamiinin käytöllä oli merkitsevä yhteys arjen toimintojen vaikeuksiin ($p=0,01$) sekä erittäin merkitsevä yhteys arjen hallinnan, tiedon käsittelyn, mielialan ja sosiaalisen elämän osa-alueiden vaikeuksiin ($p=0,00$).

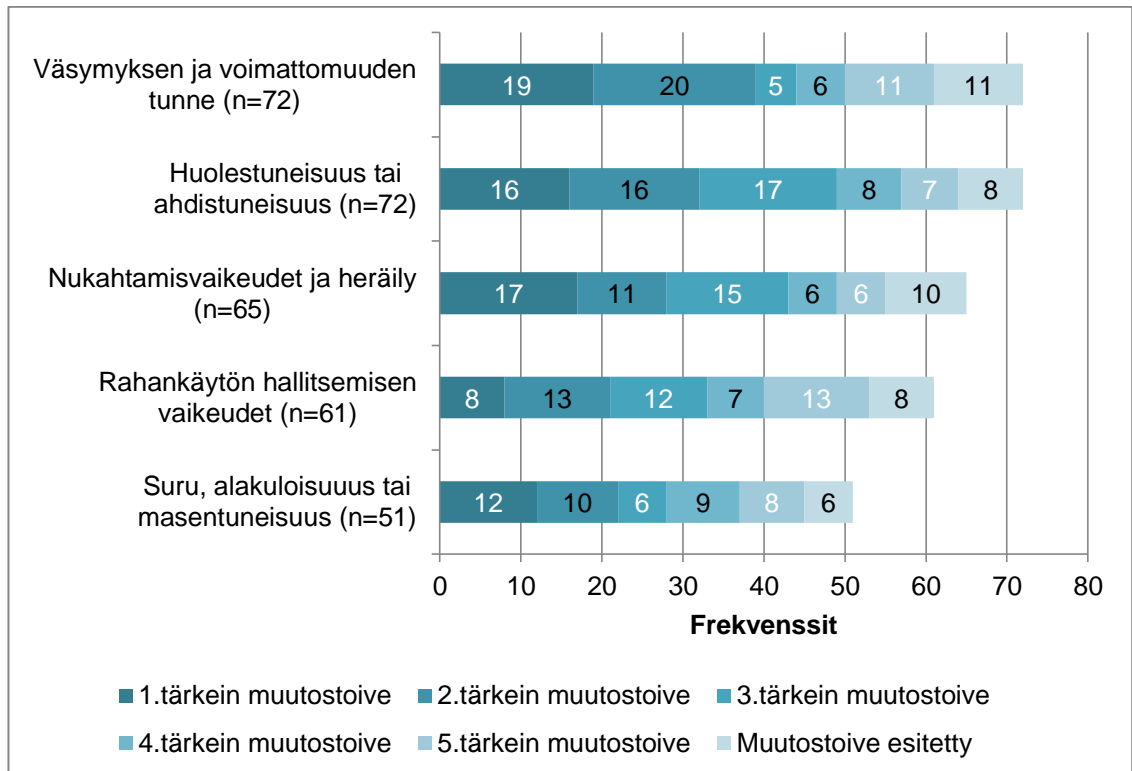


Kuvio 24. Amfetamiinin/ stimulanttien käytön yhteys psykososiaalisten osa-alueiden vaikeuksiin

5.5 Psykososiaalisten vaikeuksien muutostoiveet

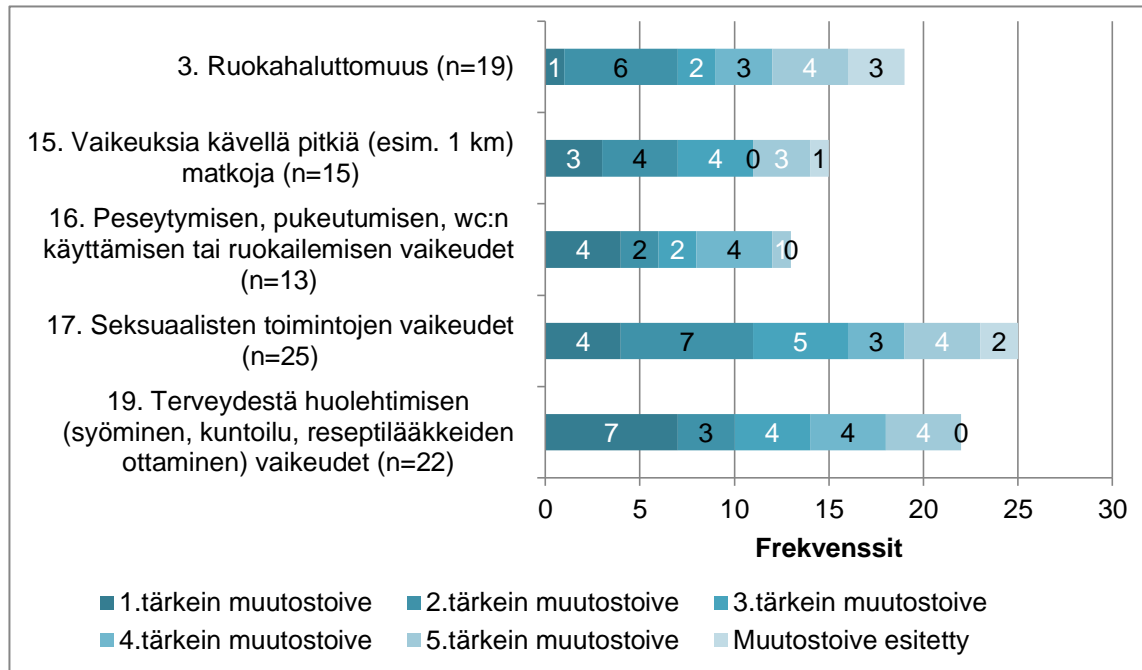
Vastaajista 180 merkitsi Paradise24fin-kyselyn viimeiseen sarakkeeseen vähintään yhden muutostoiveen. Jokainen kysytty psykososiaalinen vaikeus nimettiin vähintään kerran tärkeimmäksi muutostoiveeksi (Liite 6). Vastaajista 39 oli vastannut jotain muutostoiveita koskevaan avoimeen kysymykseen. Kommentteja tuli yhteensä 53.

Määrällisesti eniten muutostoiveita kohdistettiin väsymyksen ja voimattomuuden tunteeseen ($n=72$), huolestuneisuuteen tai ahdistuneisuuteen ($n=72$), nukahtamisvaikeuksiin ja heräilyyn ($n=65$), rahankäytön hallitsemisen vaikeuksiin ($n=61$) sekä surun, alakuloisuuden tai masentuneisuuden tunteisiin ($n=51$). Tärkeimmäksi (1.) muutostoiveeseen merkitsi väsymyksen ja voimattomuuden 19 vastaajaa, nukahtamisvaikeudet ja heräilyyn 17 vastaajaa, huolestuneisuuden tai ahdistuneisuuden 16 vastaajaa (Kuvio 25).



Kuvio 25. Eniten muutostoiveita saaneet viisi kysymystä

Arjen toimintojen osalta muutostoiveita kohdistettiin määrällisesti eniten seksuaalisten toimintojen vaikeuteen (n=25) ja toiseksi eniten terveydestä huolehtimisen (syöminen, kuntoilu, reseptilääkkeiden ottaminen) vaikeuteen (n=22), joka myös nimettiin tämän osa-alueen kysymyksistä useimmiten 1. tärkeimmäksi muutostoiveeksi (n=7) (Kuvio 26).

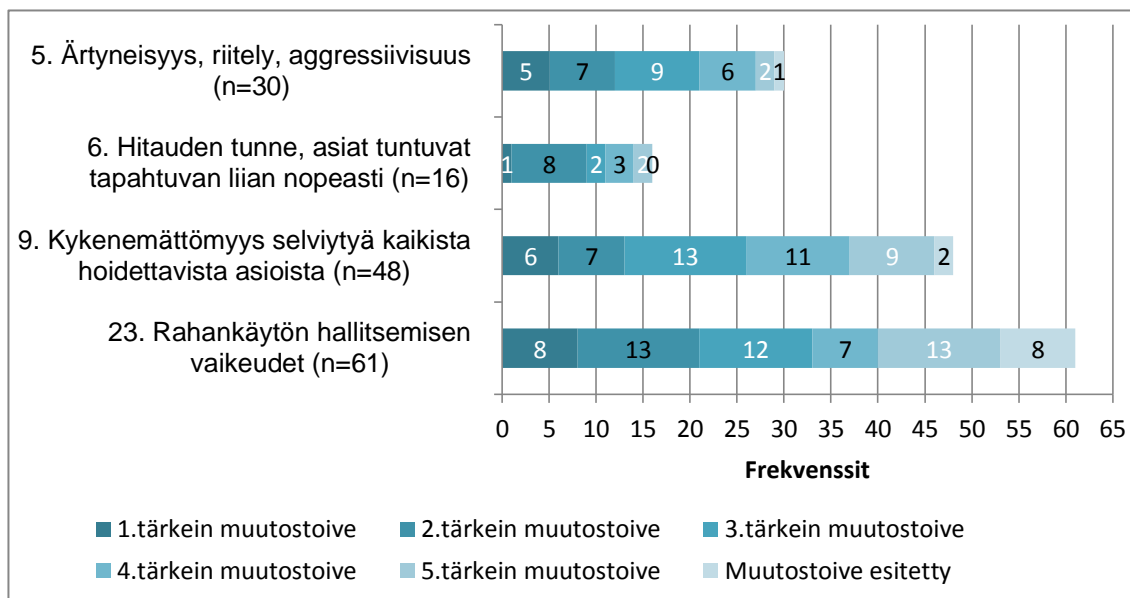


Kuvio 26. Vastaajien muutostoiveet arjen toimintojen osalta

Avoimen kysymyksen vastaukset sisälsivät neljä muutostoivetta koskien arjen toimintoja. Toiveet kohdistuivat kävelyyn (1), omasta terveydestä huolehtimiseen (1), fyysiseen voimattomuuteen (1) sekä toiveena aikaa kehon huoltoon ja venytyksiin (1).

- ”Että kävelisin paremmin.”
- ”No jaa a. Pitkä on lista. Jostain pitäis löytyä aikaa tehdä venytykset/ keho huoltoon:”

Arjen hallinnan osalta muutostoiveita kohdistettiin määrällisesti eniten rahankäytön hallitsemisen vaikeuteen (n=61), joka myös nimettiin useimmiten tämän osa-alueen kysymyksistä 1. tärkeimmäksi muutostoiveeksi (n=8). Määrällisesti toiseksi eniten muutostoiveita kohdistettiin kykenemättömyyteen selviytyä kaikista hoidettavista asioista (n=48) (Kuvio 27).

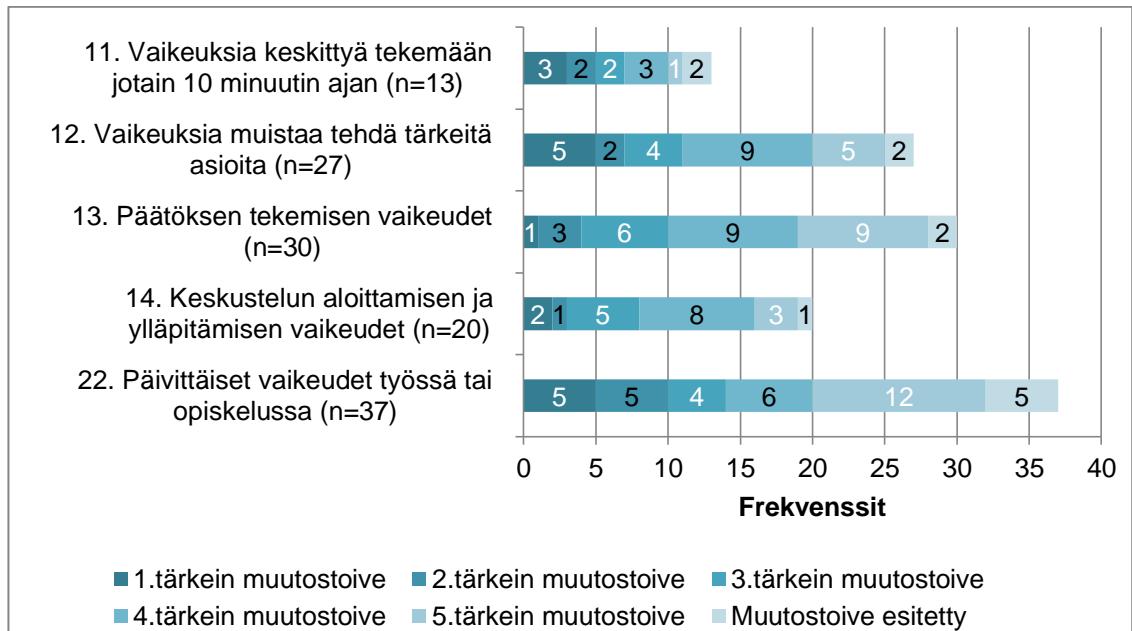


Kuvio 27. Vastajien muutostoiveet arjen hallinnan osalta

Avoimen kysymyksen vastaukset sisälsivät kahdeksan muutostoivetta koskien arjen hallintaa. Vastajista kolme toivoi muutosta rahankäyttöön ja talousasioihin. Lisäksi vastaajat kohdistivat muutostoiveita saamattomuuteen (1), jatkuvaan stressiin (1) ja suhtautumiseen läheisiä kohtaan (1). Lisäksi toivottiin lisää selkärankaa (1) ja lottovoittoa (1).

- ”Toivon, etten ikinä hermostuisi lapselleni, jonka tiedän olevan kohtuuton toive. Muuten kaikki puutteet elämässä on normaalia, koska elämä ei ole aina helppoa 😊”
- ”Talousasioihin. Ne vaikuttavat elämään liikaa negatiivisesti.”

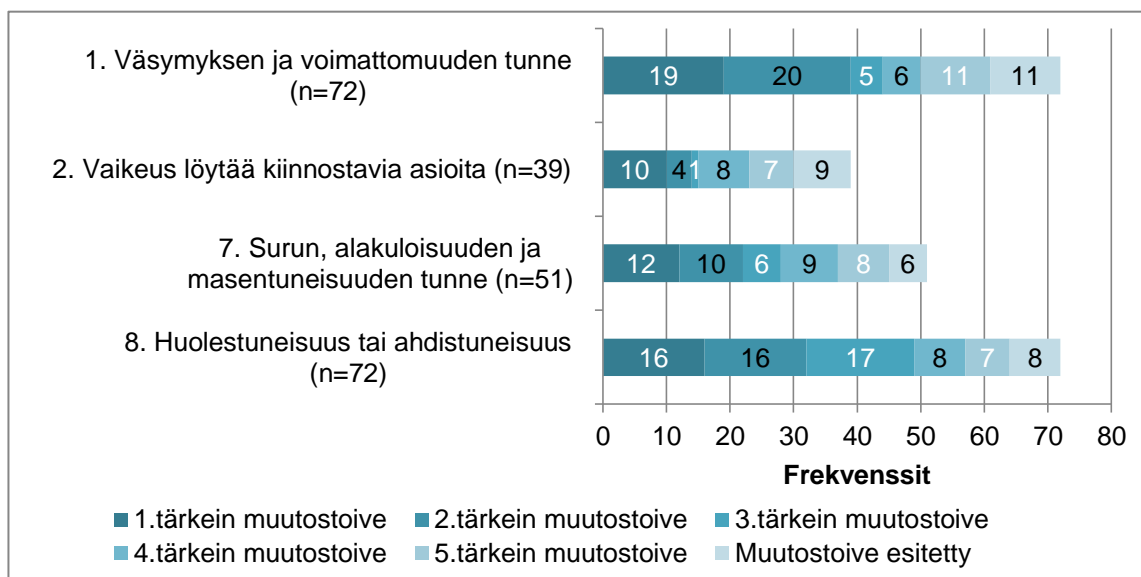
Tiedon käsittelyn osalta muutostoiveita kohdistettiin määrällisesti eniten päivittäiseen vaikeuteen työssä tai opiskelussa (n=37), joka nimettiin useimmiten tämän osa-alueen kysymyksistä 1. tärkeimmäksi muutostoiveeksi yhdessä vaikeuden muistaa tehdä tärkeitä asioita kanssa (n=5). Määrällisesti toiseksi eniten muutostoiveita kohdistettiin päätöksen tekemisen vaikeuteen (n=30) (Kuvio 28).



Kuvio 28. Vastaajien muutostoiveet tiedon käsittelyn osalta

Avoimen kysymyksen vastaukset sisälsivät yhden muutostoiveen koskien tiedon käsittelyä: ”Haluaisin muistini takaisin.”

Mielialan osalta muutostoiveita kohdistettiin määrällisesti eniten väsymyksen ja voimattomuuden tunteeseen (n=72), joka myös nimettiin useimmiten tämän osa-alueen kysymyksistä 1. tärkeimmäksi muutostoiveeksi (n=19). Määrällisesti yhtä paljon muutostoiveita kohdistettiin huolestuneisuuteen tai ahdistuneisuuteen (n=72). Surun, alakuloisuuden tai masentuneisuuden tunne valittiin muutostoiveeksi 51 kertaa (Kuvio 29).

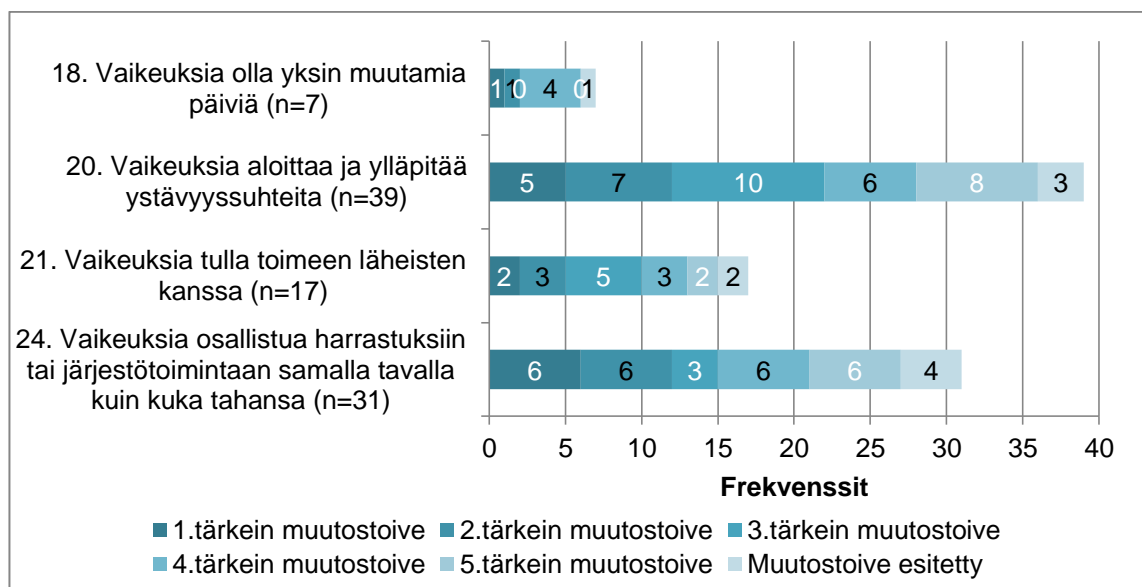


Kuvio 29. Vastaajien muutostoiveet mielialan osalta

Avoimen kysymyksen vastaukset sisälsivät kuusi muutostoivetta koskien mielialaa. Vastaajat toivoivat muutosta psyykkisiin ongelmiin (1), masennukseen (1), pelkotiloihin/ahdistukseen (1), itsetunto-ongelmiin (1), kiinnostaviin asioihin (1) ja väsymykseen (1).

- ”Asioihin, jotka kiinnostavat minua”
- ”Välillä väsyttää kun on pieni lapsi jota avovaimon kanssa hoidetaan. Muuten ok”
- ”Pelkotiloihin/ ahdistukseen”

Sosiaalisen elämän osalta muutostoiveita kohdistettiin määrällisesti eniten ystävyys-suhteiden aloittamisen ja ylläpitämisen vaikeuteen (n=39). Toiseksi eniten muutostoiveita kohdistettiin vaikeuksiin osallistua harrastuksiin tai järjestötoimintaan samalla tavalla kuin kuka tahansa (n=31), joka nimettiin useimmiten tämän osa-alueen kysymyk-
sistä 1. tärkeimmäksi muutostoiveeksi (n=6) (Kuvio 30).

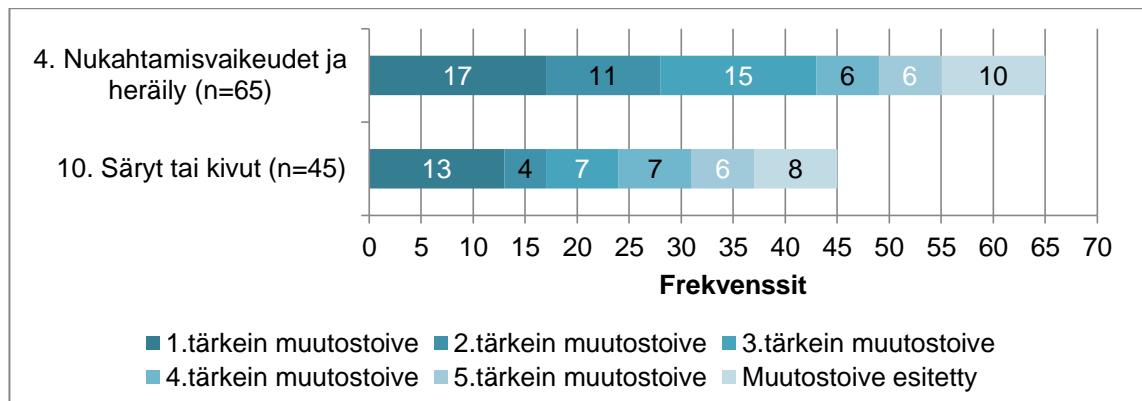


Kuvio 30. Vastaajien muutostoiveet sosiaalisen elämän osalta

Avoimen kysymyksen vastaukset sisälsivät seitsemän muutostoivetta koskien sosiaalista elämää. Vastaajat toivoivat muutosta sosiaaliseen elämään (1), yksinäisyyteen ja eristäytymiseen (1), vanhoihin ystävyys-suhteisiin (1), ympäristön suvaitsemattomuuteen (1), harrastuksiin (1), ajankäyttöön (1) sekä läheisen juomiseen (1).

- ”Haluaisin löytää energiaa vanhojen ystävyksien uudelleen lämmittämiseen.”
- ”Että kun ilmoitat ihmisille että olet hoidossa niin silloin olet lapsi/ vammainen.”
- ”Mieluisan harrastuksen/ tekemisen löytäminen.”

Nukahtamisvaikeudet ja heräily valittiin muutostoiveeksi 65 kertaa ja 1. tärkeimmäksi muutostoiveeksi 17 kertaa. Säryt tai kivut valittiin muutostoiveeksi 45 kertaa ja 1. tärkeimmäksi toiveeksi 13 kertaa (Kuvio 31).



Kuvio 31. Vastaajien muutostoiveet kivun ja unen osalta

Avoimen kysymyksen vastaukset sisälsivät seitsemän muutostoivetta koskien unta. Vastaajat toivoivat eri sanamuodoilla muutosta unettomuuteen, univaikeuksiin sekä uni- että päivärytmiin.

- ”Toivon saavani univaikeudet jossain vaiheessa parempaan suuntaan.”
- ”Unessa pysymiseen, pvärytmissä pysymiseen”
- ”Enemmän unta, siihen voisi kyllä omilla valinnoilla vaikuttaa”
- ”Hyvä yöuni”

Lisäksi vastaajista kahdeksan esitti korvaushoidon sisältöön kohdistuvia muutostoiveita, jotka liittyivät lääkehoitoon (3), korvaushoidon toteutukseen (2), hoidon resursseihin (1), hikoiluun (1) ja vatsan toiminnan hoitoon (1).

- ”Metadonin tuomiin sivuvaikutuksiin (ei johdu annosmäärästä vaan siitä, että lääke oli alunperinkin väärä)”
- ”Korvaushoitolääke voisi vaikuttaa enemmän”
- ”Bentsolääkitys esim. Opamox”
- ”Haluaisin käydä täällä kerran viikossa hakemassa lääkkeen, että pääsisin joka pv. töihin mutta hoito ei etene!”
- ”Haluaisin lopettaa korvaushoidon. Siitä on tullut elämää vaikeuttava taakka, ent. avun sijaan.”
- ”Hoitoon lisää henkilökohtaisuutta”
- ”Hoitajat/ lääkärit ei saisi vaihtua”

Kaikista 24 kysymyksestä vähiten muutostoiveita kohdistettiin vaikeuksiin olla yksin muutamia päiviä (n=7), vaikeuksiin keskittyä tekemään jotain 10 minuutin ajan (n=13), vaikeuksiin peseytymisessä, pukeutumisessa, wc:n käyttämisessä tai ruokailemisessa (n=13), vaikeuksiin kävellä pitkiä (esim. 1 km) matkoja (n=15) sekä hitauden tunteeseen, asioiden tuntuvan tapahtuvan liian nopeasti (n=16) (liite 5).

Vastaajista 12 vastasi avoimeen kysymykseen, ettei osannut vastata tai että muutostoiveita tai vaikeuksia ei ollut tai kaikki oli hyvin.

- ”En mihinkään”
- ”Ei ole juuri vaikeuksia. Toki voi tulla en tiedä”
- ”Ei ole asioita mitä haluaisin muuttaa, koska asiat eivät johdu päihteistä vaan ne seuraa koko elämän”
- ”En halua muutoksia. ”Olen mikä olen”.
- ”Kaikki ON OK ☺”

6 POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelu

Helsingin kaupungin päihdepoliklinikoilla hoidossa olevilla opioidikorvaushoitopotilailla oli psykososiaalisia vaikeuksia eniten mielialan sekä kivun ja unen osa-alueilla kuten myös Pitkäsen ym. (2014; 2016) tutkimuksissa. Kysymyskohtaisesti opioidikorvaushoitopotilaille sekä Pitkäsen ym. (2014; 2016) tutkimuksiin osallistuneille aiheutti eniten erittäin suuria psykososiaalisia vaikeuksia huolestuneisuus tai ahdistuneisuus sekä osallistuminen harrastustoimintaan. Lisäksi opioidikorvaushoitopotilailla oli erittäin suuria vaikeuksia hallita rahankäyttöä sekä suuria vaikeuksia nukkumisessa sekä kiinnostavien asioiden löytämisessä.

Myös PARADISE- hankkeen kaikille yhdeksälle aivot toiminnan häiriöryhmille (esim. migreeni, skitsofrenia, Parkinsonin tauti) yhteisiä piirteitä olivat mm. ahdistuneisuus, univaikeudet ja yleiset vaikeudet kognitiivisissa toiminnoissa. Aiempi tutkimustieto tukee opinnäytetyön tuloksia unen ja mielialan vaikeuksien merkityksestä päihderiippuvaisilla, joilla on usein somaattisia sairauksia, mielenterveysongelmia sekä elämän- ja arjenhallintaan liittyviä ongelmia (Partanen - Holopainen 2012: 80). Lääkehoitona annettavien opioidien käyttöön liittyy lisääntynyt itsenäinen riski unihäiriöihin eikä oheiskäytön merkityksiä univaikeuksien aiheuttajina pidä sivuuttaa. Univaikeudet ovat tyypillisiä ja niiden tarkempi käsittely olisi tärkeää. Potilaiden usein toivomat bentsodiatsepiinit eivät yleensä sovellu korvaushoitoon liittyvien unihäiriöiden hoitoon, minkä vuoksi muiden hoitokeinojen aktiivinen etsiminen olisi tarpeellista. (Mikkonen 2012: 90-91.)

Psykososiaalisista vaikeuksista laskettujen summapisteidien keskiarvon perusteella opinnäytetyöhön osallistuneilla opioidikorvaushoitopotilailla oli vähemmän psykososiaalisia vaikeuksia kuin Pitkäsen ym. tutkimuksissa. Tulosten eroja selittää osittain, että opinnäytetyöhön osallistuneet opioidikorvaushoitopotilaat olivat kyselyn aikaan avohoidossa ja Pitkäsen ym. tutkimuksiin osallistuneet henkilöt laitoshoidon alkuvaiheessa. (Pitkänen ym. 2014; 2016.) Opioidikorvaushoidon myötä elämä oli voinut tasaantua siten, että pahimmat ongelmat olivat lieventyneet eikä ongelmia koettu enää niin voimakkaasti. Toisaalta nuorena aloitetun ongelmallisen päihdekäytön vuoksi opioidikorvaushoitopotilailla ei välttämättä ollut keskimäärin samanlaista kokemusta, millä muulla tavoin asiat voisivat olla. Alkoholiriippuvaiset henkilöt olivat mahdollisesti saavuttaneet psykososiaalista hyvinvointia tukevia koulutukseen, talouteen, ihmissuhteisiin tai asu-

miseen liittyviä tekijöitä, jolloin tilanteen muuttuminen huonompaan saattoi vahvistaa koettujen vaikeuksien määrää. (Pitkänen ym. 2016.)

Suurimmalla osalla opioidikorvaushoitopotilaista sekä lähes puolella Pitkäsen ym. (2014; 2016) tutkimuksiin osallistuneista ei ollut vaikeuksia arjen toiminnoissa, kuten kävelyssä, peseytymisessä tai pukeutumisessa, wc:n käytössä tai ruokailemisessa. Yksilökohtaiset erot olivat kuitenkin suuria. Esimerkiksi arjen toimintojen vaikeuksien keskimääräisestä vähäisyydestä huolimatta noin 10 prosenttia opioidikorvaushoitopotilaista koki suuria tai erittäin suuria vaikeuksia pitkien matkojen (n.1 km) kävelyssä ja seksuaalisissa toiminnoissa.

Valtaosa opioidikorvaushoitopotilaista oli tyytyväisiä hoidossa oloonsa. Hoitoon tyytymättömillä oli enemmän mielialan, sosiaalisen elämän ja tiedon käsittelyn vaikeuksia kuin hoitoon tyytyväisemmällä. Opioidikorvaushoidon tarjoama tuki ei ole välttämättä aina riittävää tai ei kohdistu oikein. Voi myös esiintyä näkemyseroja esimerkiksi psyykkisen terveydentilan läkehoidosta tai korvaushoitolääkityksen kotiannoksista. Toiveena saattaa olla esimerkiksi bentsodiatsepiini- lääkitys psyykkisten oireiden hoitoon. Lisäksi voi olla pelkoja olemassa olevan bentsodiatsepiini- lääkityksen lopettamisesta aiheutuvista oireista. Riippuvuutta aiheuttavista lääkkeistä kuten bentsodiatsepiineista pyritään kuitenkin vieroittamaan opioidikorvaushoidossa. Kotiannokset herättävät keskustelua ja pelko kotiannoksien menettämisestä voi aiheuttaa vaikeuksia pysyä totuudessa koskien todellista oheispäihdekäyttöä. Erilaiset kontrollikeinoiksi koetut asiat kuten huumeseulat voivat aiheuttaa tyytymättömyyttä. (Kankaanpää 2013; Mikkonen 2012: 90-91.)

Helsingin kaupungin muuttuneiden linjauksien myötä myös omilla päihdepoliklinikoilla hoidetaan opioidikorvaushoitopotilaita, jotka ovat hoidossa haittoja vähentävin tavoittein. Vuodesta 2015 alkaen ostosopimuksin tuotetuista palveluista siirtyi kaupungin päihdepoliklinikoille 2-diagnoosipotilaita sekä somaattisesti erityistä hoitoa ja huomiota vaativia opioidikorvaushoitopotilaita, joista monet olivat olleet ostopalveluissa haittoja vähentävässä hoidossa vuosia. Haittoja vähentävin tavoittein hoidossa olleilla opioidikorvaushoitopotilailla oli enemmän arjen toimintojen vaikeuksia kuin kuntouttavien tavoittein hoidossa olleilla, mikä ei ole yllättävää mm. somaattisesta sairastavuudesta johtuen.

Alle 25-vuotiailla opioidikorvaushoitopotilailla oli muihin ikäryhmiin verrattuna eniten psykososiaalisten osa-alueiden vaikeuksia lukuun ottamatta kipua ja unta. Suurimmat vaikeudet kohdistuivat mielialan ja arjen hallinnan osa-alueisiin. Vaikka alle 25-vuotiaiden määrä oli vähäinen eikä tilastollisesti merkitsevää yhteyttä ollut, oli tämä mielenkiintoinen havainto hoidon järjestämisen kannalta.

Alle vuoden hoidossa olleilla oli enemmän sosiaalisen elämän vaikeuksia kuin kauemmin hoidossa olleilla. Monet alle 25-vuotiaista kuuluivat tähän ryhmään. Erityisesti korvaushoidon alkuvaiheessa voi olla vaikeuksia muodostaa suhteita vanhoihin ystäviin ja lähisukulaisten luottamuksen saavuttaminen voi viedä aikaa. Uusien ystävyysuhteiden muodostaminen ei välttämättä ole helppoa ja elämä saattaa olla hoidon alkuvaiheessa yksinäistä. (Kankaanpää 2013.)

Ennen opioidikorvaushoitoa alle viisi vuotta ongelmallisesti päihteitä käyttäneillä potilailla oli enemmän arjen toimintojen vaikeuksia kuin pidempään päihteitä käyttäneillä. Alle viisi vuotta päihteitä käyttäneistä suurin osa kuului 25-vuotiaisiin, joilla oli ikäryhmistä eniten psykososiaalisia vaikeuksia, mikä voisi selittää tämän yhteyden.

Opioidikorvaushoitopotilaista suurimmalla osalla oli ainakin jonkin asteista päihteiden oheiskäyttöä, mikä oli aiemman tutkimustiedon valossa yleistä etenkin korvaushoidon alkuvaiheessa (Kankaanpää 2013; Mikkonen 2012: 93; Tourunen - Pitkänen 2010: 165). Pelkkä alkoholi harvemmin käytettynä ei näkynyt tuloksissa psykososiaalisia vaikeuksia lisäävänä tekijänä. Sen sijaan alkoholin ja/ tai rauhoittavien lääkkeiden tai huumausaineiden oheiskäytöllä oli tilastollisten testien perusteella merkitsevä yhteys psykososiaalisten osa-alueiden vaikeuksien määrään. Taustalla voi olla erilaisia psykososiaalisia vaikeuksia, jotka yllä pitävät päihdekäyttöä ja vastaavasti oheispäihteiden käyttö voi aiheuttaa psykososiaalisia vaikeuksia. Jatkuva ja runsas oheispäihteiden käyttö vaikeuttaa potilaiden psyykkisen voinnin tutkimista ja diagnoosien asettamista. (Tourunen - Pitkänen 2010:165.) Kankaanpään (2013) haastattelemat henkilöt kokivat oheispäihdekäytöstä huolimatta positiivisia muutoksia mm. elämänhallinnan lisääntymisenä, rikosten vähenemisenä, perhesuhteiden parantumisenä ja asumisolosuhteiden vakiintumisena. Oheiskäytön lopettamisen tukeminen on tärkeintä siinä vaiheessa, kun potilaan muutoshalu on heräämässä. Tällöin myös erilaiset yhdessä sovitut ulkoiset kontrollikeinot voivat vahvistaa potilaan vielä heikosti toimivaa sisäistä kontrollia. Toipuminen alkaa päihteistä pidättäytymisellä, mutta se on prosessi, joka edellyttää yksilöllisen määrän aikaa. Vertaisryhmät (NA, AA) ovat toipumista edistävä resurssi ja tapa

rakentaa toipuvien hyvinvointia. (Knuuti 2007: 38-39.) Kankaanpään (2013) haastattelien henkilöiden mukaan sosiaalisten verkostojen uudelleen kokoamisella oli erityinen merkitys toipumisen etenemiselle.

Psykososiaalisten vaikeuksien muutostoiveet jakaantuivat opinnäytetyössä kaikkiin kysymyksiin. Määrällisesti eniten muutostoiveita kohdistettiin väsymyksen ja voimattomuuden tunteeseen, huolestuneisuuteen tai ahdistuneisuuteen, nukahtamisvaikeuksiin ja heräilyyn, rahankäytön hallitsemisen vaikeuksiin, surun, alakuloisuuden tai masentuneisuuden tunteisiin sekä kykenemättömyyteen selviytyä kaikista hoidettavista asioista. Potilaiden keskeisimmät muutostoiveet kohdistuivat vaikeuksiin, joita oli koettu eniten eikä tältä osin ilmennyt yllätyksiä. Pitkäsen ym. (2014: 2016) aineistoissa keskeisimmät muutostoiveet näyttäytyivät samankaltaisina kohdistuen ahdistuneisuuteen, uneen ja särkyihin. On tärkeä huomioida, että muutostoiveiden huomiointi ja niissä tukeminen on olennaista nimenomaan yksilön tarpeiden kannalta. Esimerkiksi arjen toimintojen osalta eniten muutostoiveita kohdistettiin seksuaalisten toimintojen vaikeuksiin ja tiedon käsittelyn osalta päivittäisiin vaikeuksiin työssä tai opiskelussa.

6.2 Johtopäätökset

Merkityksellistä tuloksissa oli, että psykososiaalisen tuen tarve näyttää olevan suurin juuri niillä potilailla, joilla oheiskäyttöä oli eniten. Taustalla voi olla erilaisia psykososiaalisia syitä, jotka yllä pitävät päihdekäyttöä. Näihin vaikeuksiin perehtyminen, sairauksien varhainen tunnistaminen ja tuen määrittäminen yksilöllisen tarpeen mukaan on tärkeää (Simojoki ym. 2012). Keskittyminen luottamuksellisen hoitosuhteen luomiseen on tärkeää ja sen onnistumista voi helpottaa kontrollikeinojen vähentäminen tai vähintään niistä yhdessä sopiminen.

Potilaan ollessa ns. haittoja vähentävässä hoidossa päihteettömyys ei välttämättä ole ensisijainen tavoite ja sitä kannattaa kunnioittaa. Oheispäihdekäytöstä huolimatta potilaita pitäisi tukea erityisesti niissä psykososiaalisissa vaikeuksissa, jotka aiheuttavat vaikeuksia arjessa selviytymisessä. Lopulta olennaista ei ole se oliko päihteiden oheiskäyttö itsenäisenä syynä psykososiaalsiin vaikeuksiin vai pyrittiinkö oheiskäytöllä lievittämään tai hallitsemaan jo olemassa olevia psykososiaalisia vaikeuksia. Oikein kohdistetun tuen tarve on joka tapauksessa ilmeinen. Oheispäihdekäyttö voi heikentää keskittymiskykyä eikä kärsivällisyyttä aina tahdo riittää. Olisikin hyvä, jos potilailla olisi mahdollisuus saada päihdepoliiklinikoiden kautta rinnalla kulkija vaikeaksi koettujen, mutta

välttämättömien asioiden hoitoon. Yleisesti ottaen yhteistyön kehittäminen järjestöjen ja vertaistoimijoiden kanssa olisi tärkeää.

Potilaan pienissäkin tavoitteissa etenemisen ”palkitseminen” korvaushoitolääkkeen kotiannoksella voi vahvistaa ulkoista motivaatiota päihteettömyyteen. Lääkehoidon turvallinen toteuttaminen on kuitenkin keskeinen tekijä kotiannoksien luovuttamista arvioidessa. Luottamuksellisen hoitosuhteen kehittämiseksi olisi tärkeää, että myös kotiannoksista päätettäessä huomioitaisiin potilaan yksilöllinen kokonaistilanne, jolloin potilaiden voisi olla helpompi kertoa mahdollisesta oheispäihdekäytöstään. ”Rangais-tusmielessä” tehty kotiannoksien kieltäminen johtaa herkemmin valehteluun ja ongelmien kasautumiseen. Sopivien kannusteiden, pienten onnistumisten ja arjen hallinnan kehittyessä edellytykset päihteettömyyteen kasvavat. (Havio ym. 2008: 36-37; Mikkonen 2012: 93.)

Alle 25-vuotiaiden vastaajien vähäisestä määrästä huolimatta käytännön työssä olisi hyvä kiinnittää huomiota tulokseen, jonka perusteella alle 25-vuotiailla oli ikäryhmistä eniten psykososiaalisten osa-alueiden vaikeuksia lukuun ottamatta kipua ja unta. Tämä seikka olisi hyvä ottaa tarkasteluun myös ajatellen korvaushoitoon hakeutuvia nuoria aikuisia, joiden kohdalla on tavallisimmin pyritty löytämään kaikki muut hoitokeinot ensin. Voisi olla mahdollista, että tuetun korvaushoitolääkityksen, tehostetun psykososiaalisen hoidon ja tukevan vertaistoiminnan avulla osa näistä nuorista voisi saada mahdollisuuden kuntoutumiseen jo varhaisemmassa vaiheessa. Tämä kuitenkin edellyttäisi riittävää asiantuntemusta nuorten erityistarpeiden huomioimiseksi ja aktiivista psykososiaalisen kuntoutumisen tukemista syrjäytymisen ehkäisemiseksi. Suurien potilasmäärien keskellä uhkana on, että nuoria ei pystytä tukemaan riittävästi.

PARADISE-hankkeen mukaan ainoa vähintään seitsemälle sairausryhmälle yhteinen psykososiaalisten vaikeuksien kulkuun vaikuttava tekijä oli hoito (Pikänen ym. 2016). Haittoja vähentävin tavoittein hoidossa olevien suuremmat psykososiaaliset vaikeudet arjen toimintojen osa-alueella kuvastavat päihdepoliklinikoilla hoidettavien potilaiden fyysisen voimien heikentymistä. Potilaista 5-12 prosentilla oli arjen toimintoihin kuuluvissa kysymyksissä suuria tai erittäin suuria vaikeuksia, mikä asettaa hoidon toteuttamiselle uusia haasteita ja edellyttää yhteistyön kehittämistä eri toimijoiden kuten koti-hoidon kanssa. Opioidikorvaushoitoa tulisi toteuttaa integroiduissa palveluissa, koska potilaskunnan haasteisiin pystytään vastaamaan vain eri ammattiryhmien suunnitelmallisella yhteistyöllä. (Partanen ym. 2016; Tourunen - Pitkänen 2010: 167.)

Tuloksissa todettujen psykososiaalisten vaikeuksien määrä vahvistaa potilaan yksilöllisen tilanteen tuntemisen merkitystä. Potilaiden psykososiaalisia vaikeuksia olisi tärkeä kartoittaa ennen opioidikorvaushoidon aloittamista ja riittävän usein hoidon edetessä. Laajasti psykososiaalisia vaikeuksia kartoittava Paradise24fin-kysely olisi hyvä työkalu hoitosuunnitelman laatimisen tueksi (Pitkänen ym. 2016). Kyselyn avulla olisi mahdollisuus päästä keskustelemaan konkreettisesti potilaan kokemista vaikeuksista ja niiden perusteella hoitaja voisi tukea potilasta realististen tavoitteiden määrittelyssä. Kyselyn avulla monen elämän alueen toiminnoista keskustelu, kuten seksuaalisten toimintojen vaikeudet, voisi tulla luontevammaksi osaksi hoitoa ja potilas saisi yksilöllistä tukea vaikeuksista selviytymiseen.

6.3 Jatkotutkimushaasteet

Psykososiaalisten vaikeuksien kartoittaminen ja toimintakyvyssä tapahtuvien muutosten seuranta vaatii lisää tutkimustietoa (Pitkänen ym. 2016). Opinnäytetyöhön vastanneista opioidikorvaushoitopotilaista alle 25-vuotiaita vastaajia oli vähiten. Huomioitavaa oli heidän osaltaan tuloksissa ilmennyt kohonnut psykososiaalisten vaikeuksien määrä muihin ikäryhmiin verrattuna. Tulos saattoi olla sattumaa, mutta huomioiden lisääntynyt yhteiskunnallinen keskustelu nuorten syrjäytymisriskistä, olisi nuorten päihderiippuvaisien psykososiaalista toimintakykyä tärkeä tutkia lisää. Paradise24fin-kysely on kohdistettu tiettyihin aivotoiminnan häiriöihin, mutta mielenkiintoista voisi olla kartoittaa psykososiaalisten vaikeuksien määrää soveltuvin osin jo teini-ikässä olevilta. Tietoja voitaisiin hyödyntää ennalta ehkäisevässä työssä.

Psykososiaalisten vaikeuksien seurannan kannalta olisi myös mielenkiintoista uusia kysely tulevina vuosina Helsingin kaupungilla opioidikorvaushoidossa oleville potilaille siten, että mukaan otettaisiin myös ostopalveluissa hoidossa olevat potilaat. Lisäksi mielenkiintoista voisi olla laajentaa kysely koskemaan kaikkia riippuvuustasoisista päihdeongelmista kärsiviä ja huomioida taustatiedoissa somaattiset ja psyykkiset sairaudet.

Psykososiaalisten vaikeuksien kartoittamisen lisäksi olisi hyödyllistä perehtyä siihen, millaisesta avusta ja tuesta päihdepoliiklinikoilla asioineet päihderiippuvaiset ovat hyöntyneet ja millaisia päihdehoidon kehittämisajatuksia heillä on.

6.4 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Helsingin kaupungin psykiatria- ja päihdepalvelujen johtaja myönsi tutkimusluvan opinnäytetyölle saatuaan puoltavan lausunnon psykiatria- ja päihdekeskusten ja päihdehuollon erityispalveluiden päälliköiltä. Saatekirjeessä potilaille kerrottiin, että osallistuminen oli vapaaehtoista eikä osallistuminen tai osallistumatta jättäminen vaikuttanut heidän hoitoonsa. Kyselylomakkeisiin vastaaminen tulkittiin suostumukseksi osallistua opinnäytetyöhön. Luottamuksen lisäämiseksi lomakkeisiin ei merkitty mitään tunnistetietoja. Näin ollen opinnäytetyöhön osallistumista ei ollut mahdollista keskeyttää eikä kukaan ollutkaan yhteydessä halutakseen peruuttaa osallistumisensa. Potilaat vastasivat nimettömästi eikä heidän tunnistamisensa ollut mahdollista aineiston perusteella. Taustakysymyksiä ikää ja hoidossa oloaika koskevat vastaukset luokiteltiin etukäteen anonymiteettia vahvistamaan. Osallistumisen hyötynä oli mahdollisuus tuottaa tietoa, jonka perusteella hoitoa voidaan kehittää. Opinnäytetyöni Paradise24fin-kyselyn käyttöön ei tarvinnut pyytää kehittäjiltä virallista lupaa vaan kyselyn toteuttaminen oli toivottavaa käyttökokemusten kartuttamiseksi. (Paunonen – Vehviläinen-Julkunen 1997: 33.) Aineiston keruussa käytetty Paradise24fin oli asiantuntijoiden monivaiheisesti kehittämä kysely, jonka luotettavuutta lisäsi soveltuvuus päihdehäiriöstä kärsivien lisäksi psykiatrisista ja/ tai neurologisista häiriöistä kärsivien toimintakyvyn kartoittamiseen (Pitkänen ym. 2014).

Opinnäytetyöni sisäistä validiteettia pyrittiin parantamaan sekä työntekijöiden että potilaiden saatekirjeillä sekä kyselyssä olleilla ohjeilla. Kyselyn johdantotekstissä oli täyttöohje, jolla varmistettiin, että potilaat ymmärtäisivät kysymykset mahdollisimman samalla tavalla. Hyvät ohjeet parantavat kyselylomakkeen reliabiliteettia (Paunonen - Vehviläinen-Julkunen 1997:210.) Ennen aineiston keruuta suorittamani opioidikorvaushoitoa toteuttavien työntekijöiden tapaamiset lisäsivät työntekijöiden mahdollisuuksia ohjata ja auttaa potilaita tarvittaessa kyselyn täyttämässä. Tämä on voinut vaikuttaa opinnäytetyön sisäiseen ja ulkoiseen validiteettiin, koska osa potilaista sai pyytäessään ohjausta ja osa täytti lomakkeet itsenäisesti. (Paunonen – Vehviläinen-Julkunen 1997: 210-211.) Työryhmien tapaamisissa heräsi keskustelua, että osa psykososiaalisia vaikeuksia kartoittaneista kysymyksistä tuntui vaikeaselkoisilta ja niiden määrä oli suuri. Oli epäilyksiä, että potilaat eivät jaksaisi keskittyä ohjeisiin vaan täyttäsivät kysymykset ohjeita lukematta. Vähimmillään vastaajia oli opiskelua ja työtä koskevassa kysymyksessä, johon oli vastannut 258 potilasta. Kaikki potilaat eivät välttämättä huomanneet, että

kysymykseen oli tarkoitus vastata, vaikka juuri vastaushetkellä ei olisi ollutkaan töissä tai opiskelemissa.

Opinnäytetyön tarkoituksena ei ollut yleistää tuloksia kaikkiin opioidikorvaushoidossa oleviin vaan saada riittävä näyte Helsingin kaupungilla hoidossa olevien potilaiden psykososiaalisista vaikeuksista. Työryhmien ja potilaiden aktiivisuudesta johtuen tuloksena oli hyvä vastausprosentti, jonka myötä saatiin kattava kuvaus potilaiden kokemista vaikeuksista, niiden määrästä ja muutostoiveista. Kesälomista johtuneen resurssitilanteen vuoksi kahden päihdepoliklinikan osalta vastaaminen perustui hieman enemmän potilaiden omaan aktiivisuuteen, kun taas kahdella muulla päihdepoliklinikalla mahdollisuus vastaamiseen pyrittiin järjestämään etupäässä vastaanottokäynnin yhteydessä. On mahdollista, että vastaamisen vaatiessa enemmän omaa aktiivisuutta, opinnäytetyöstä jäi pois osa sellaisia potilaita, jotka olivat fyysisesti ja/tai psyykkisesti huonompikuntoisia tai eivät muusta syystä ehtineet tai jaksaneet keskittyä täyttämiseen omatoimisesti. Tämä saattoi heikentää opinnäytetyön ulkoista validiteettia ja myös mittarin reliabiliteettia, koska vastausolosuhteet eivät olleet kaikille samat. (Paunonen – Vehviläinen-Julkunen 1997: 211-212.) On myös mahdollista, että toisena vähemmän osallistuneena joukkona olivat apteekkijakelussa olleet potilaat, joita kaikkia ei tavattu kasvotusten kyselyn sijoittuessa kesäloma-ajalle. Apteekkijakelussa olevien potilaiden pitäisi lähtökohtaisesti olla voinniltaan tasaisemmassa vaiheessa olleita.

Cronbachin alfa-kertoimella (Taulukko 8) arvioituna psykososiaalisten vaikeuksien osa-alueet ja 24 kysymyksen kokonaisuus tukivat mittarin sisäistä johdonmukaisuutta. Tämän perusteella suurin osa potilaista vaikutti keskittyneen vastaamiseen hyvin. Kipu ja uni-osa-alueeseen sisältyi vain kaksi eri asiaa mittaavaa kysymystä, minkä vuoksi Cronbachin alfa-kerrointa ei laskettu. Kipu ja uni säilytettiin opinnäytetyössä alkuperäisen tutkimuksen tapaan niiden antaessa tärkeää informaatiota potilaiden psykososiaalisista vaikeuksista. Erillisyytensä vuoksi kipu ja uni eivät korreloineet tilastollisesti muiden vaikeuksien kanssa, mutta tutkimuksien ja kliinisen kokemuksen perusteella ne eivät voi olla vaikuttamatta myös muiden psykososiaalisten vaikeuksien kokemiseen. (Paunonen – Vehviläinen-Julkunen 1997: 209-210; Pitkänen ym. 2014; 2016.)

Taulukko 8. Cronbachin alfa-kertoimet

	Arjen toiminnot (n=261)	Arjen hallinta (n=264)	Tiedon käsittely (n=253)	Mieliälä (n=265)	Sosiaalinen elämä (n=258)	Kaikki 24 kysymystä (n=236)
Cronbachin alfa	0,703	0,706	0,759	0,826	0,730	0,921

Potilaista 41 rastitti saaneensa lomakkeen täyttämiseen apua hoitajalta. Kysymyksen saattoi rastittaa myös osa sellaisista potilaista, jotka saivat työntekijältä ainoastaan saatekirjeessä mainitut ohjeet, joten mielestäni tätä kysymystä ei ollut mielekästä analysoida tarkemmin. Olin alun perin lisännyt kohdan, koska hoitajan täyttäessä lomakkeen potilaan puolesta, olisi se saattanut vaikuttaa erityisesti päihdekäyttöä koskeviin kysymyksiin.

Opinnäytetyön aiheelle oli ilmaistu perustelut ja se oli mielestäni riittävästi täsmennetty. Opinnäytetyön tarkoitus oli päihdetyön kannalta ajankohtainen ja merkityksellinen. Tutkimusongelmat olivat määritetty opinnäytetyön tarkoituksen mukaisesti ja ne olivat lukijalle selkeästi ilmaistut. Pyrin avaamaan opinnäytetyöni lähtökohdat riittävän tarkasti, jotta lukija voi päätellä tulosten mahdollisen soveltuvuuden vastaaviin tapauksiin. Lähestyin ratkaistavia tutkimusongelmia kvantitatiivisen tutkimuksen keinoin, mihin löytyi perustelut työn kohderyhmän koosta, tutkimusongelmista ja käytettävissä olleesta mittarista. Analyysivaihe ja aineistoon sopivien tilastollisten menetelmien valinta oli aikaa vievää mutta opettavaista. Perehdyin tilastollisen tutkimuksen ja SPSS 21- ohjelman käytön periaatteisiin itsenäisesti ja lisäksi osallistuin oppilaitoksen järjestämiin tilastotieteen työpajoihin. Tapasin Paradise24fin-kyselyn yhtenä kehittäjänä toimineen vanhempi tutkija Tuuli Pitkäsen varmistuakseni, että aineistolla kerätyllä tiedolla vastattiin luotettavasti tutkimusongelmiin. Päihdepoliklinikoiden työryhmien tapaamiset ja sujuva yhteistyö olivat mielestäni merkittäviä tekijöitä vastausprosentin kannalta. Pidimme yhteyttä säännöllisesti varmistuakseni aineiston keruun etenemisestä. Vastausprosentti ylitti suurimmatkin toiveeni. Tuloksien kannalta päihteiden oheiskäytön yhteys psykososiaalisten vaikeuksien kokemiseen oli mielenkiintoinen. (Kananen 2011:136, 138-139.) Mikäli toistaisin vastaavan aineiston keruun, pohtisin vielä, millaiset potilaiden taustatiedot voisivat auttaa hoidon kehittämisessä ja kohdentamisessa. Taustatietojen muokkaaminen pitäisi kuitenkin tehdä niin, että vastaaminen koettaisiin edelleen turvaliseksi ilman huolta tunnistettavuudesta.

Lähteet

Havio, Marjaliisa – Inkinen, Maria – Partanen, Airi (toim.) 2008. Päihdehoitotyö. 5. uudistettu laitos. Jyväskylä: Gummerus.

Holopainen, Martti – Tenhunen, Lauri – Vuorinen, Pertti 2004. Tutkimusaineiston analysointi ja SPSS. Hamina: Oy Kotkan kirjapaino Ab.

Huumeongelman hoito. Käypä hoito suositus 2012. Verkkodokumentti.
<<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50041>>. Luettu 5.5.2016.

Kahila, Hanna 2012. Raskaus, imetys ja huumeiden käyttö. Teoksessa Seppä, Kaija – Aalto, Mauri – Alho, Hannu – Kiiänmaa, Kalervo (toim.) 2012. Huume- ja lääkeriippuvuudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 225-233.

Kananen, Jorma 2011. Kvantti: Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.

Kankaanpää, Sini 2013. Opioidikorvaushoito toipumisprosessin välivaiheena. Hoidosta onnistuneesti irrottautuneiden kokemuksia kuntoutumisesta. Pro gradu- tutkielma. Verkkodokumentti.
https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/38549/Korvaushoito_gradu.pdf?sequence=2>. Luettu 4.9.2016.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Sanoma Pro Oy. Helsinki.

Knuuti, Ulla 2007. Matkalla marginaalista valtavirtaan. Huumeiden käytön lopettaneiden elämäntapa ja toipuminen. Yhteispolitiikan laitoksen tutkimuksia 1/2007. Helsinki: Yliopistopaino.

Levola, Jonna – Pitkänen, Tuuli 2014. Alkoholiriippuvuus ja elämänlaatu. Tiimi 3; 26-27. Luettavissa myös myös sähköisesti osoitteessa <<http://www.a-klinikka.fi/sites/default/files/tiimi312.pdf>>. Luettu 19.12.2016.

Lillsunde, Pirjo 2012. Myrkytykset ja liikennetapaturmat. Teoksessa Seppä, Kaija – Aalto, Mauri – Alho, Hannu – Kiiänmaa, Kalervo (toim.) 2012. Huume- ja lääkeriippuvuudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 179-193.

Mikkonen, Antti 2012. Opioidiriippuvuuden hoito. Teoksessa Seppä, Kaija – Aalto, Mauri – Alho, Hannu – Kiiänmaa, Kalervo (toim.) 2012. Huume- ja lääkeriippuvuudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 85-95.

Mittaaminen: mittarin luotettavuus 2008. KvantiMOTV. Verkkodokumentti.
<<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/mittaaminen/luotettavuus.html>>. Luettu 10.9.2016.

Nunnally, J. C. 1978. Psychometric Theory. Second edition. New York: McGraw-Hill Book Company.

Partanen, Airi – Holopainen, Antti 2012. Hoitoon hakeutuminen ja hoitopolut. Teoksessa Seppä, Kaija – Aalto, Mauri – Alho, Hannu – Kiiänmaa, Kalervo (toim.) 2012. Huume- ja lääkeriippuvuudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 77-84.

Partanen, Airi - Kuussaari, Kristiina - Forsell, Martta - Varis, Tuomo – Markkula, Jaana 2016. Päihdepalvelut. THL. Verkkodokumentti.

<<https://www.thl.fi/documents/2616650/2646346/P%C3%A4ihdepalvelut.pdf/6a590557-e15d-44ff-b72e-32f9c5a6c0d9>>. Luettu 13.2.2017.

Partanen, Airi – Vormaa, Helena – Alho, Hannu – Leppo, Anna 2014. Opioidiriippuvuuden lääkkeellinen vieroitus- ja korvaushoito. Suomen Lääkärilehti 7/2014 49-54.

Paunonen, Maarit – Vehviläinen-Julkunen, Katri 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1.-4. painos. Helsinki: Wsoy.

Pitkänen, Tuuli - Kaskela, Teemu - Tourunen, Jouni – Levola, Jonna – Holopainen, Antti 2014. Toimintakykyä kartoittava Paradise24fin-lomake: Tausta ja käyttöohjeet. A-klinikkasäätiön raporttisarja. Verkkodokumentti. < http://www.a-klinikka.fi/sites/default/files/Paradise24fin_raportti_61.pdf>. Luettu 4.4.2016.

Pitkänen, Tuuli – Kaskela, Teemu – Tourunen, Juhani – Levola, Jonna – Holopainen, Antti 2016: Aivotoiminnan häiriöiden yhteydessä yleisesti koetut psykososiaaliset vaikeudet. PARADISE24-kyselyn tutkimusperusta. Julkaistu 30.9.2016. Verkkodokumentti.

<<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/167298/Tutkimuksia143.pdf?sequence=10>>. Luettu 15.10.2016.

Simojoki, Kaarlo - Pentikäinen, Hannu - Fabritius, Carola - Vuori, Erkki 2012. Hukkaammeko korvaushoidon mahdollisuudet. Duodecim. Verkkodokumentti. < <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo10483.pdf> >. Luettu 25.4.2014.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeillä 33/2008. Annettu Helsingissä 17 päivänä tammikuuta 2008.

Suvisaari, Jaana 2010. Mielenterveyshäiriöiden epidemiologia Suomessa. Teoksessa Partanen, Airi - Moring, Juha – Nordling, Esa – Bergman, Viveca (toim.) 2010. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015 Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. Avauksia 16/2010. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 17-19. Luettavissa myös sähköisesti osoitteessa <<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/53837d85-321b-4694-90ad-a2332abaea71>>. Luettu 24.10.2013.

Tautiluokitus ICD-10 1999. Stakes Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Ohjeita ja luokituksia. 2.painos. Turku: Turenki: Turenkin Tekstipalvelu/Ro-Offset Oy.

Tourunen, Jouni – Pitkänen, Tuuli 2010. Opioidiriippuvaisten korvaushoito ja syrjäytymisen ehkäisy. Teoksessa Laine, Terhi – Hyväri, Susanna – Vuokila-Oikkonen, Päivi (toim.) 2010. Syrjäytymistä vastaan sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Tammi. 147-168.

Valli, Raine 2015: Johdatus tilastolliseen tutkimukseen. 2. uudistettu painos. PS-kustannus. Juva.

Varianssianalyysi. 2014. KvantiMOTV-Spss-oppimisympäristö. Verkkodokumentti. <<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/varianssi/harjoitus1.html>>. Luettu 31.10.2016.

Weckroth, Antti 2007. Mitä merkitsee ”psykososiaalinen” päihdehoidossa? Verkkodokumentti. <<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/101216/074weckroth.pdf?sequence=1>>. Luettu 4.4.2016.

Yksisuuntainen varianssianalyysi 2013. Akin menetelmäblogi. Verkkodokumentti.
<<https://tilastoapu.wordpress.com/2012/09/28/yksisuuntainen-varienssianalyysi/>>. Lu-
ettu 15.11.2016.

Potilaiden taustatiedot

1. IKÄ	Rastita oikea vaihtoehto (X)
Alle 25 v.	
25- 34 v.	
35- 44 v.	
45 v. tai enemmän	

2. KORVAUSHOIDOSSA OLOAIKA	Rastita oikea vaihtoehto (X)
Alle vuosi	
1 – 2 vuotta	
3 – 5 vuotta	
Yli 5 vuotta	

3. KUINKA TYYTYVÄINEN OLET SIIHEN, ETTÄ OLET KORVAUSHOIDOSSA?	Arvio kouluarvosanana 4-10
--	----------------------------

4. KUINKA PITKÄÄN OLIT KÄYTTÄNYT PÄIhteitä ONGELMALLISESTI ENNEN HOIDON ALKAMISTA?	Rastita oikea vaihtoehto (X)
Alle 5 vuotta	
5 – 14 vuotta	
15 – 24 vuotta	
25 vuotta tai yli	

5. RASTITA (X) VAIHTOEHTO, JOKA KUVAA PARHAITEN PÄIhteIDENKÄYTTÖÄSI VIIME AIKAINA					
	En käytä	Kerran kuussa tai harvemmin	2-4 kertaa kuussa	1-3 kertaa viikossa	4 kertaa viikossa tai useammin
Alkoholi					
Kannabis					
Amfetamiini/ stimulantit					
Opioidit muu käyttö (pois lukien virallinen korvaushoitolääke)					
Bentsot/ rauhoittavat lääkkeet ilman lääkärin määräämää lääkinnällistä tarkoitusta					
Hallusinogeenit					
Muuta					

6. TÄMÄN HETKINEN TAVOITTEESI KORVAUSHOIDOLLE Rastita oikea vaihtoehto (X)	
Haittoja vähentävät = terveyshaittoja ehkäisevät ja elämänlaatua parantavat	
Kuntouttavat tavoitteet = kuntoutuminen ja päihteettömyys	

JATKA SEURAAVALLE SIVULLE

Paradise24fin

Seuraavat kysymykset kuvaavat ongelmia ja vaikeuksia, joita olet viime aikoina voinut kokea. Vastaa kysymyksiin ajatellen viimeistä 30 päivää ja ottaen huomioon sekä hyvät että huonot päivät.

Mikäli et ole viime viikkoina kokenut jotain asiaa, niin arvioi kuinka paljon vaikeuksia sinulla olisi ollut: esimerkiksi en ole ollut töissä ja työssäkäynti olisi tuottanut minulle nykyisessä kunnossani erittäin suuria vaikeuksia (=4).

Numeroi viimeiseen sarakkeeseen tärkeysjärjestykseen ne 1-5 asiaa, joihin eniten toivot muutosta (1. tärkein muutostoive).

Päivämäärä ___/___/20___	EI LAINKAAN VAIKEUSIA	LIEVIÄ VAIKEUSIA	KESKIN- KERTAISIA VAIKEUSIA	SUURIA VAIKEUSIA	ERITTÄIN SUURIA VAIKEUSIA/ EN SELVIYDY	MUUTOS- TOIVE
1. Minkä verran ongelmia sinulla on ollut sen vuoksi, että <u>et ole tuntenut itseäsi levänneeksi ja pirteäksi</u> päivän aikana (esim. tunnet väsymystä, olet voimaton)?	0	1	2	3	4	
2. Minkä verran ongelmia sinulla on ollut löytää asioita, jotka <u>kiinnostavat</u> sinua?	0	1	2	3	4	
3. Minkä verran ongelmia sinulla on ollut <u>ruokahalusi</u> suhteen?	0	1	2	3	4	
4. Minkä verran ongelmia sinulla on ollut <u>unen</u> kanssa, esimerkiksi vaikeus nukahtaa, heräilyä usein yön aikana tai herääminen liian aikaisin aamulla?	0	1	2	3	4	
5. Minkä verran ongelmia sinulla on ollut <u>ärtyneisyyden</u> suhteen, esimerkiksi että olisit aloittanut riitoja, huutanut ihmisille tai jopa lyönyt heitä?	0	1	2	3	4	
6. Minkä verran ongelmia sinulle on tuottanut se, että olet kokenut itsesi hitaaksi tai että <u>asiat ovat tuntuneet tapahtuvan</u> ympärilläsi liian nopeasti?	0	1	2	3	4	
7. Minkä verran ongelmia sinulle on aiheutunut <u>surun, alakuloisuuden tai masentuneisuuden</u> tunteista?	0	1	2	3	4	
8. Minkä verran ongelmia sinulle ovat aiheuttaneet <u>huolestuneisuus tai ahdistuneisuus</u> ?	0	1	2	3	4	
9. Minkä verran ongelmia sinulle on tuottanut se, että <u>et ole kyennyt selviytymään</u> kaikista niistä asioista, jotka sinun tulisi hoitaa?	0	1	2	3	4	
10. Minkä verran sinulla on ollut <u>särkyjä tai kipuja</u> ?	0	1	2	3	4	
11. Minkä verran vaikeuksia sinulla on ollut <u>keskittyä</u> tekemään jotain 10 min ajan?	0	1	2	3	4	
12. Minkä verran vaikeuksia sinulla on ollut <u>muistaa tehdä tärkeitä</u> asioita?	0	1	2	3	4	
13. Minkä verran vaikeuksia sinulla on ollut <u>päätösten tekemisessä</u> ?	0	1	2	3	4	
14. Minkä verran vaikeuksia sinulla on ollut <u>aloittaa ja ylläpitää keskustelua</u> ?	0	1	2	3	4	
15. Kuinka suuria vaikeuksia sinulla on ollut <u>kävellä pitkiä matkoja</u> (esim. 1 km)?	0	1	2	3	4	
16. Onko sinulla ollut vaikeuksia jossakin seuraavista: <u>peseytymisessä tai pukeutumisessa, wc:n käyttämisessä tai ruokailemisessa</u> ?	0	1	2	3	4	
17. Kuinka suuria vaikeuksia sinulla on ollut <u>seksuaalisissa toiminnoissa</u> ?	0	1	2	3	4	
18. Kuinka suuria vaikeuksia sinulla on ollut <u>olla yksin muutamia päiviä</u> ?	0	1	2	3	4	
19. Kuinka suuria vaikeuksia sinulla on ollut <u>huolehtia terveydestäsi</u> kuten syödä hyvin, kuntoilla ja ottaa mahdolliset reseptilääkkeesi?	0	1	2	3	4	
20. Kuinka suuria vaikeuksia sinulla on ollut <u>aloittaa ja ylläpitää ystävyys</u> suhteita?	0	1	2	3	4	
21. Kuinka suuria vaikeuksia sinulla on ollut <u>tulla toimeen läheistesi kanssa</u> ?	0	1	2	3	4	
22. Kuinka suuria vaikeuksia sinulla on ollut <u>päivittäisessä työssä tai opiskelussa</u> ?	0	1	2	3	4	
23. Kuinka suuria vaikeuksia sinulla on ollut <u>hallita rahankäyttöäsi</u> ?	0	1	2	3	4	
24. Kuinka suuria vaikeuksia sinulla on ollut <u>osallistua</u> harrastuksiin tai järjestötoimintaan (esim. juhliin, urheilutapahtumiin, uskonnollisiin tai poliittisiin toimintoihin) samalla tavalla kuin kuka tahansa?	0	1	2	3	4	

Minkälaisiin vaikeuksiin toivot tällä hetkellä eniten muutosta?

KÄÄNNÄ

Rastita (x) _____, jos sait työntekijältä apua lomakkeiden täyttämiseen.

Muistithan numeroida edellisen sivun kysymyksien viimeiseen sarakkeeseen tärkeysjärjestykseen ne 1-5 asiaa, joihin eniten toivot muutosta (1 = tärkein muutostoive).

Saatekirje työntekijöille

Helsingissä 7-8/ 2016

ARVOISA PÄIHDEPOLIKLINIKAN TYÖNTEKIJÄ

Pyydän Sinua auttamaan opinnäytetyössäni, jonka aiheena on ”Helsingin kaupungin päihdepoliklinikoilla olevien opioidikorvaushoitopotilaiden psykososiaaliset vaikeudet ja muutostoiveet”. Kyselyn tarkoituksena on kartoittaa opioidikorvaushoidossa olevien potilaiden psykososiaalisia vaikeuksia sekä keskeisiä muutostoiveita.

Kysely on tarkoitettu kaikille Helsingin kaupungin päihdepoliklinikoilla opioidikorvaushoidossa oleville potilaille. Pyydän Sinua antamaan kyselylomakkeet potilaille täytettäväksi lääke- tai muun hoitokäynnin yhteydessä. Täyttöohjeet käydään läpi yhdessä potilaan kanssa. Potilas voi ottaa saatekirjeen itselleen. Potilas täyttää lomakkeet vastaanottohuoneessa ja hänelle tarjotaan tarvittaessa apua. Lopuksi on vielä hyvä varmistaa, että potilas on vastannut myös Paradise24fin-kyselyn viimeisen sarakkeen muutostoiveita koskevaan tärkeysjärjestykseen. Potilas sulkee lomakkeet kirjekuoreen ja palauttaa ne joko hoitajalle tai suljettuun laatikkoon.

Apteekkijakelussa olevat potilaat kutsutaan mahdollisuuksien mukaan käymään päihdepoliklinikalla aineiston keruun aikana. Vaihtoehtoisesti lomakkeet lähetetään saatekirjeen ja valmiin vastauskuoren kanssa potilaalle kotiin.

Vastaaminen on potilaille vapaaehtoista, tehdään nimettömänä ja vie aikaa 4-7 minuuttia. Vastaukset käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti eikä yksittäisiä vastauksia ole tunnistettavissa tuloksista.

Vastauksien saaminen on erittäin tärkeää, sillä kyselyn tuloksia hyödynnetään Helsingin kaupungin opioidikorvaushoitotyön kehittämisessä.

Kysely tehdään sosiaali- ja terveystieteiden johtaminen ja kehittäminen- koulutusohjelmaan kuuluvana opinnäytetyönä. Työn toteuttamiseen olen saanut luvan Helsingin kaupungin psykiatria- ja päihdepalvelujen johtajalta. Opinnäytetyöni valmistuu joulukuussa 2016. Työtäni ohjaa terveystieteiden tohtori, lehtori Ly Kalam-Salminen.

Kiitän avustasi.

Kunnioittaen

Mari Heinonen
Sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen ja johtaminen YAMK-opiskelija
Metropolia ammattikorkeakoulu

Saatekirje potilaille

Helsingissä 7-8/ 2016

ARVOISA VASTAANOTTAJA

Pyydän Sinua osallistumaan kyselyyn, jonka aiheena on ”Helsingin kaupungin päihdepoliklinikoilla olevien opioidikorvaushoitopotilaiden psykososiaaliset vaikeudet ja muutostoiveet”. Kyselyn tarkoituksena on kartoittaa opioidikorvaushoidossa olevien potilaiden psykososiaalisia vaikeuksia sekä keskeisiä muutostoiveita.

Kysely on tarkoitettu kaikille Helsingin kaupungin päihdepoliklinikoilla opioidikorvaushoidossa oleville potilaille.

Vastaaminen on vapaaehtoista, tehdään nimettömänä ja vie aikaasi noin viisi minuuttia. Kyselyn täyttöohjeet löytyvät kirjallisena lomakkeista ja työntekijä käy ohjeet läpi kanssasi suullisesti. Pyydän Sinua vastaamaan kysymyksiin vastaanottokäynnin yhteydessä. Halutessasi voit pyytää työntekijältä apua kyselyn täyttämiseen. Tarkistathan lopuksi, että vastasit kaikkiin kysymyksiin. Voit sulkea lomakkeet kirjekuoreen ja palauttaa ne joko hoitajalle tai suljettuun laatikkoon. Kyselyyn vastaaminen on merkki suostumuksestasi osallistua. Tämän saatekirjeen voit ottaa itsellesi. Kyselyyn osallistuminen tai osallistumatta jättäminen ei vaikuta hoitoosi. Vastaukset käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti eikä yksittäisiä vastauksia ole tunnistettavissa tuloksista.

Vastauksesi ovat erittäin tärkeitä, sillä kyselyn tuloksia hyödynnetään Helsingin kaupungin opioidikorvaushoitotyön kehittämisessä.

Kysely tehdään sosiaali- ja terveystieteiden johtaminen ja kehittäminen- koulutusohjelmaan kuuluvana opinnäytetyönä. Työn toteuttamiseen olen saanut luvan Helsingin kaupungin psykiatria- ja päihdepalvelujen johtajalta. Opinnäytetyöni valmistuu joulukuussa 2016. Työtäni ohjaa terveystieteiden tohtori, lehtori Ly Kalam-Salminen.

Kiitän osallistumisestasi.

Kunnioittaen

Mari Heinonen
Sosiaali- ja terveystieteiden johtaminen ja kehittäminen YAMK-opiskelija
Metropolia ammattikorkeakoulu

(Vähintään kolmiluokkaisten) taustamuuttujien yhteydet psykososiaalisten osa-alueiden vaikeuksiin

		n	Keski-arvo	Keskihajonta	Varianssien yhtäsuuruus (p-arvo)	Oneway Anova (p-arvo)	Kruskal-Wallis (p-arvo)
Opioidikorvaushoitopotilaiden ikäryhmät							
Arjen toiminnot	Alle 25 v.	15	0,91	0,68	0,69	0,17	0,10
	25-34 v.	87	0,66	0,68			
	35-44 v.	104	0,71	0,68			
	45 v. tai yli	59	0,89	0,75			
Arjen hallinta	Alle 25 v.	15	1,67	1,01	0,09	0,03	0,10
	25-34 v.	87	1,18	0,78			
	35-44 v.	104	1,10	0,78			
	45 v. tai yli	59	1,02	0,73			
Tiedon käsittely	Alle 25 v.	15	1,35	0,89	0,8	0,19	0,13
	25-34 v.	87	1,05	0,74			
	35-44 v.	104	0,90	0,79			
	45 v. tai yli	59	1,02	0,82			
Mieliala	Alle 25 v.	15	1,95	0,92	0,64	0,25	0,22
	25-34 v.	87	1,51	0,95			
	35-44 v.	105	1,45	0,91			
	45 v. tai yli	59	1,58	0,86			
Sosiaalinen elämä	Alle 25 v.	15	1,14	0,83	0,92	0,54	0,49
	25-34 v.	87	0,84	0,77			
	35-44 v.	105	0,85	0,79			
	45 v. tai yli	59	0,92	0,78			
Kipu ja uni	Alle 25 v.	15	1,77	0,73	0,26	0,01	0,02
	25-34 v.	87	1,49	0,96			
	35-44 v.	104	1,30	0,89			
	45 v. tai yli	59	1,80	1,04			
Korvaushoidossa olon kesto							
Arjen toiminnot	Alle vuosi	50	0,78	0,68	0,52	0,46	0,46
	1-2 vuotta	53	0,71	0,65			
	3-5 vuotta	59	0,86	0,78			
	Yli 5 vuotta	103	0,69	0,68			
Arjen hallinta	Alle vuosi	50	1,21	0,72	0,14	0,12	0,13
	1-2 vuotta	53	1,00	0,77			
	3-5 vuotta	59	1,32	0,88			
	Yli 5 vuotta	103	1,07	0,77			

Tiedon käsittely	Alle vuosi	50	1,13	0,71	0,37	0,09	0,48
	1-2 vuotta	53	0,97	0,79			
	3-5 vuotta	59	1,14	0,88			
	Yli 5 vuotta	103	0,86	0,74			
Mieliala	Alle vuosi	50	1,63	0,83	0,46	0,36	0,32
	1-2 vuotta	54	1,45	0,93			
	3-5 vuotta	59	1,66	0,98			
	Yli 5 vuotta	103	1,43	0,89			
Sosiaalinen elämä	Alle vuosi	50	1,15	0,88	0,03	0,01	0,02
	1-2 vuotta	54	0,88	0,87			
	3-5 vuotta	59	0,94	0,82			
	Yli 5 vuotta	103	0,71	0,61			
Kipu ja uni	Alle vuosi	50	1,49	0,99	0,05	0,7	0,81
	1-2 vuotta	53	1,45	0,85			
	3-5 vuotta	59	1,63	1,09			
	Yli 5 vuotta	103	1,45	0,91			
Tyytyväisyys korvaushoidossa oloon							
Arjen toiminnot	Arvosanat 4-6	25	0,87	0,83	0,13	0,58	0,51
	Arvosanat 7-8,5	93	0,77	0,68			
	Arvosanat 9-10	131	0,72	0,70			
Arjen hallinta	Arvosanat 4-6	25	1,39	0,85	0,4	0,23	0,17
	Arvosanat 7-8,5	93	1,18	0,73			
	Arvosanat 9-10	131	1,10	0,82			
Tiedon käsittely	Arvosanat 4-6	25	1,51	1,05	0,01	0,00	0,01
	Arvosanat 7-8,5	93	1,04	0,73			
	Arvosanat 9-10	131	0,90	0,74			
Mieliala	Arvosanat 4-6	25	1,91	0,98	0,37	0,02	0,02
	Arvosanat 7-8,5	93	1,62	0,86			
	Arvosanat 9-10	131	1,41	0,90			
Sosiaalinen elämä	Arvosanat 4-6	25	1,22	0,89	0,17	0,03	0,06
	Arvosanat 7-8,5	93	0,93	0,75			
	Arvosanat 9-10	131	0,80	0,73			
Kipu ja uni	Arvosanat 4-6	25	1,88	1,01	0,36	0,13	0,15
	Arvosanat 7-8,5	93	1,48	0,90			
	Arvosanat 9-10	131	1,47	0,99			
Päihteiden ongelmallisen käytön kesto ennen korvaushoitoa							
Arjen toiminnot	Alle 5 vuotta	20	1,00	0,69	0,66	0,03	0,01
	5-14 vuotta	126	0,64	0,66			
	15-24 vuotta	82	0,78	0,71			
	25 vuotta tai yli	36	0,95	0,72			
Arjen hallinta	Alle 5 vuotta	20	1,16	0,77	0,95	0,54	0,35
	5-14 vuotta	126	1,18	0,81			

	15-24 vuotta	82	1,17	0,76			
	25 vuotta tai yli	36	0,97	0,83			
Tiedon käsittely	Alle 5 vuotta	20	1,00	0,81	0,50	0,97	0,96
	5-14 vuotta	126	0,99	0,75			
	15-24 vuotta	82	1,04	0,82			
	25 vuotta tai yli	36	0,99	0,89			
Mieliäla	Alle 5 vuotta	20	1,65	0,91	0,80	0,69	0,69
	5-14 vuotta	126	1,46	0,87			
	15-24 vuotta	83	1,59	0,97			
	25 vuotta tai yli	36	1,58	0,93			
Sosiaalinen elämä	Alle 5 vuotta	20	1,04	0,92	0,07	0,57	0,81
	5-14 vuotta	126	0,82	0,68			
	15-24 vuotta	83	0,93	0,90			
	25 vuotta tai yli	36	0,92	0,75			
Kipu ja uni	Alle 5 vuotta	20	1,48	0,97	0,71	0,11	0,12
	5-14 vuotta	126	1,56	0,97			
	15-24 vuotta	82	1,32	0,89			
	25 vuotta tai yli	36	1,75	1,00			
Viime aikainen päihteiden käyttö							
Arjen toiminnot	Ei päihteitä	73	0,55	0,57	0,03	0,00	0,00
	Vain alkoholia	69	0,57	0,64			
	Alkoholi ja/tai muita päihteitä	118	0,96	0,71			
Arjen hallinta	Ei päihteitä	73	0,84	0,64	0,00	0,00	0,00
	Vain alkoholia	69	0,88	0,65			
	Alkoholi ja/tai muita päihteitä	118	1,46	0,83			
Tiedon käsittely	Ei päihteitä	73	0,78	0,73	0,09	0,00	0,00
	Vain alkoholia	69	0,79	0,70			
	Alkoholi ja/tai muita päihteitä	118	1,24	0,80			
Mieliäla	Ei päihteitä	73	1,16	0,76	0,12	0,00	0,00
	Vain alkoholia	69	1,32	0,85			
	Alkoholi ja/tai muita päihteitä	118	1,84	0,90			
Sosiaalinen elämä	Ei päihteitä	73	0,68	0,74	0,06	0,00	0,00
	Vain alkoholia	69	0,69	0,62			
	Alkoholi ja/tai muita päihteitä	118	1,08	0,80			
Kipu ja uni	Ei päihteitä	73	1,27	0,88	0,61	0,00	0,01
	Vain alkoholia	69	1,41	0,99			
	Alkoholi ja/tai muita päihteitä	118	1,69	0,94			

Viime aikainen alkoholin käyttö							
Arjen toiminnot	En käytä	115	0,67	0,64	0,75	0,03	0,01
	2-4 kertaa kuussa tai harvemmin	65	0,62	0,69			
	1-3 kertaa viikossa tai useammin	74	0,89	0,69			
Arjen hallinta	En käytä	115	1,02	0,72	0,16	0,00	0,00
	2-4 kertaa kuussa tai harvemmin	65	0,97	0,75			
	1-3 kertaa viikossa tai useammin	74	1,39	0,83			
Tiedon käsittely	En käytä	115	0,92	0,76	0,93	0,03	0,01
	2-4 kertaa kuussa tai harvemmin	65	0,86	0,77			
	1-3 kertaa viikossa tai useammin	74	1,17	0,78			
Mieliala	En käytä	115	1,39	0,82	0,23	0,03	0,03
	2-4 kertaa kuussa tai harvemmin	65	1,39	0,91			
	1-3 kertaa viikossa tai useammin	74	1,71	0,93			
Sosiaalinen elämä	En käytä	115	0,81	0,75	0,04	0,00	0,01
	2-4 kertaa kuussa tai harvemmin	65	0,66	0,60			
	1-3 kertaa viikossa tai useammin	74	1,07	0,81			
Kipu ja uni	En käytä	115	1,42	0,92	0,91	0,01	0,01
	2-4 kertaa kuussa tai harvemmin	65	1,32	0,94			
	1-3 kertaa viikossa tai useammin	74	1,77	0,92			

(Enintään kaksiluokkaisten) taustamuuttujien yhteydet psykososiaalisten osa-alueiden vaikeuksiin

		n	Keski-arvo	Keski-hajonta	Varianssien yhtäsuuruus (p-arvo)	T-testi (p-arvo)	Mann-Whitney (p-arvo)
Hoidon tavoite: Haittoja vähentävä hoito (HV) ja kuntouttava hoito (KH)							
Arjen toiminnot	HV	60	0,97	0,84	0,00	0,02	0,03
	KH	199	0,69	0,64			
Arjen hallinta	HV	60	1,11	0,81	0,98	0,61	0,52
	KH	199	1,17	0,79			
Tiedon käsittely	HV	60	1,13	0,94	0,00	0,28	0,59
	KH	199	0,98	0,74			
Mieliala	HV	61	1,47	0,97	0,35	0,52	0,41
	KH	199	1,56	0,9			
Sosiaalinen elämä	HV	61	1,07	1	0,00	0,10	0,26
	KH	199	0,84	0,7			
Kipu ja uni	HV	60	1,63	1,12	0,01	0,30	0,40
	KH	199	1,47	0,9			
Bentsodiatsepiinien/ muiden rauhoittavien lääkkeiden käyttö ilman lääkärin määräämää lääkinnällistä tarkoitusta							
Arjen toiminnot	Ei käytä	174	0,58	0,59	0,00	0,00	0,00
	Käyttää	72	1,07	0,75			
Arjen hallinta	Ei käytä	174	0,96	0,7	0,04	0,00	0,00
	Käyttää	72	1,54	0,8			
Tiedon käsittely	Ei käytä	174	0,86	0,73	0,14	0,00	0,00
	Käyttää	72	1,26	0,8			
Mieliala	Ei käytä	174	1,32	0,8	0,11	0,00	0,00
	Käyttää	72	1,9	0,89			
Sosiaalinen elämä	Ei käytä	174	0,73	0,69	0,02	0,00	0,00
	Käyttää	72	1,18	0,83			
Kipu ja uni	Ei käytä	174	1,43	0,93	0,95	0,04	0,03
	Käyttää	72	1,7	0,93			

Kannabiksen käyttö							
Arjen toiminnot	Ei käytä	177	0,65	0,64	0,03	0,00	0,00
	Käyttää	71	0,96	0,77			
Arjen hallinta	Ei käytä	177	0,99	0,72	0,01	0,00	0,00
	Käyttää	71	1,47	0,85			
Tiedon käsittely	Ei käytä	177	0,87	0,73	0,07	0,00	0,00
	Käyttää	71	1,29	0,84			
Mieliala	Ei käytä	177	1,37	0,82	0,16	0,00	0,00
	Käyttää	71	1,82	0,92			
Sosiaalinen elämä	Ei käytä	177	0,76	0,7	0,06	0,00	0,00
	Käyttää	71	1,15	0,85			
Kipu ja uni	Ei käytä	177	1,41	0,92	0,86	0,00	0,00
	Käyttää	71	1,8	0,96			
Amfetamiinin/ stimulanttien käyttö							
Arjen toiminnot	Ei käytä	201	0,67	0,64	0,03	0,01	0,00
	Käyttää	41	1,05	0,79			
Arjen hallinta	Ei käytä	201	1,03	0,72	0,01	0,00	0,00
	Käyttää	41	1,7	0,9			
Tiedon käsittely	Ei käytä	201	0,9	0,72	0,01	0,00	0,00
	Käyttää	41	1,5	0,87			
Mieliala	Ei käytä	201	1,42	0,83	0,13	0,00	0,00
	Käyttää	41	1,99	1			
Sosiaalinen elämä	Ei käytä	201	0,78	0,69	0,03	0,00	0,00
	Käyttää	41	1,41	0,89			
Kipu ja uni	Ei käytä	201	1,49	0,94	0,93	0,18	0,19
	Käyttää	41	1,71	0,96			

Vastaajien muutostoiveet kysymyksittäin (frekvenssit)

