



**TURUN  
YLIOPISTO**

## **Opioidikorvaushoito potilaiden silmin**

Kyselytutkimus opioidikorvaushoidon potilaille

Hoitotieteen  
pro gradu -tutkielma

Laatija:  
Matilda Pietilä

Ohjaajat:  
Dosentti, TtT Kaisa Mishina  
Dosentti, TtT Tella Lantta

14.3.2026

Turun yliopiston laatu järjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck -järjestelmällä.

Pro gradu -tutkielma

**Oppiaine:** Hoitotiede

**Tekijä(t):** Matilda Pietilä

**Otsikko:** Opioidikorvaushoito potilaiden silmin - Kyselytutkimus opioidikorvaushoidon potilaille

**Ohjaaja(t):** Dosentti, TtT Kaisa Mishina; Dosentti, TtT Tella Lantta

**Sivumäärä:** 53 sivua, 1 liitesivu

**Päivämäärä:** Maaliskuu/2026

Tämän pro gradu -tutkielman tarkoituksena on kuvata opioidikorvaushoidon toteutumista potilaiden näkökulmasta. Opioidikorvaushoidosta on kertynyt runsaasti tutkimustietoa sen vaikuttavuudesta ja hoidon rakenteista, mutta potilaiden arkea, hoidon laatua, stigmaa ja palveluihin integroitumista koskeva tieto on edelleen niukkaa. Lisäksi hoidon yhteiskunnalliset vaikutukset, tavoitteet ja suositukset sekä sen historiallinen kehitys HIV-epidemian torjunnasta nykyisiin käytäntöihin tunnetaan hyvin. Opioidikorvaushoidossa olevien potilaiden omat kokemukset hoidon hyödyistä ja haitoista tunnetaan puutteellisesti. Tämän vuoksi tutkimus tarkastelee opioidikorvaushoidossa olevien näkemyksiä hoidon nykytilasta sekä koetuista hyödyistä ja haitoista. Lisäksi se tuottaa potilaskeskeisiä kehittämissuhteita, jotka vahvistavat hoidon potilaslähtöisyyttä, vähentävät stigmaa ja parantavat hoidon saatavuutta ja laatua.

Tutkimus toteutettiin yhteistyössä yhden hyvinvointialueen kanssa. Kohderyhmänä olivat alueen potilaat, jotka saavat opioidikorvaushoitoa erilaisissa yksiköissä, kuten terveyskeskuksissa ja erikoissairaanhoidossa. Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisena, nimettömänä poikkileikkauksena. Kaikille näissä yksiköissä hoidossa oleville (noin 656 henkilöä) tarjottiin mahdollisuus osallistua kyselyyn. Kyselyyn vastasi 117 potilasta. Vastausprosentti oli 17,84 %. Kysely sisälsi yhteensä 25 kysymystä ja se toteutettiin sekä paperi- että sähköisessä muodossa. Tulokset analysoitiin tilastollisin menetelmin. Luokittain määriteltyjen muuttujien välisiä suhteita analysoitiin ristiintaulukoinnin avulla, ja niiden tilastollinen merkitsevyys arvioitiin käyttämällä khiin neliö -testiä.

Tulokset osoittivat, että potilaiden kokemukset opioidikorvaushoidosta vaihtelevat myönteisistä kriittisiin. Hoidon vaikuttavuutta heikentävät erityisesti sosiaaliset ja rakenteelliset esteet, kuten taloudellinen haavoittuvuus – esimerkiksi rikollisuuden rooli toimeentulossa – läheisten vähäinen tuki sekä vaikeudet päästä muihin sosiaali- ja terveystalouteihin. Opioidikorvaushoidon toteutumista rajoittavat palvelujärjestelmän puutteet ja heikko integraatio muihin palveluihin. Stigma on osin vähentynyt, mutta ei katoa kaikilta, ja se vaikuttaa edelleen potilaiden hyvinvointiin ja hoitotuloksiin.

Hoito koetaan merkitykselliseksi ja elämänlaatua parantavaksi, mutta kokemusten kirjo on laaja. Stigma on vähentynyt, mutta sen epätasainen esiintyminen sekä hoidon rajoittavuus, niukat lääkärikontaktit ja epäselvyydet lääkevalinnoissa heikentävät yhä potilaiden hyvinvointia ja hoitotuloksia. Keskeiset kehittämistarpeet liittyvät läheisten vahvempaan mukaan ottamiseen, ammattilaisten avoimeen ja kunnioittavaan työotteeseen sekä palveluiden joustavampaan ja paremmin yhteen sovitettuun toteutukseen. Näiden osa-alueiden vahvistaminen voisi parantaa hoidon sujuvuutta ja tukea potilaiden kokonaisvaltaista toipumista. Käytännössä tämä edellyttää potilaslähtöistä viestintää, matalan kynnyksen osallistumismahdollisuuksia läheisille sekä selkeitä hoitopolkuja ja riittävää lääketieteellistä ja psykososiaalista tukea.

**Avainsanat:** Opioidikorvaushoito, korvaushoito, opioidi, huumausaine, riippuvuus, aikuiset, kokemus

Master's Thesis

**Subject:** Nursing science

**Author(s):** Matilda Pietilä

**Title:** Opioid Substitution Treatment Through the Eyes of Patients – A Survey Study Among Individuals in Opioid Substitution Treatment

**Supervisor(s):** Docent, PhD, Kaisa Mishina; Docent, PhD, Tella Lantta

**Number of pages:** 53 pages, 1 appendix page

**Date:** Maaliskuu/2026

The purpose of this master's thesis is to describe the implementation of opioid substitution treatment from the patients' perspective. Although extensive research exists on the effectiveness and structural aspects of opioid substitution treatment, there is still limited knowledge about patients' everyday experiences, treatment quality, stigma, and the integration of services. The societal impacts, goals, recommendations, and historical development of the treatment—from HIV epidemic prevention to current practices—are well documented, but patients' own views on the benefits and drawbacks of treatment remain insufficiently understood. For this reason, the study examines how patients currently in opioid substitution treatment perceive the state of care, its advantages and disadvantages, and provides patient-centered development suggestions aimed at strengthening patient-centeredness, reducing stigma, and improving access to and quality of care.

The study was conducted in collaboration with one wellbeing services county. The target group consisted of patients receiving opioid substitution treatment in various units, such as primary care centers and specialized healthcare. The research was carried out as a quantitative, anonymous cross-sectional survey. All patients in treatment within these units (approximately 656 individuals) were offered the opportunity to participate, and 117 patients responded, resulting in a response rate of 17.84%. The survey included 25 questions and was available in both paper and electronic formats. The results were analyzed using statistical methods. Relationships between categorical variables were examined with cross-tabulation, and statistical significance was assessed using the chi-square test.

The findings showed that patients' experiences of opioid substitution treatment range from positive to critical. Treatment effectiveness is particularly hindered by social and structural barriers, such as economic vulnerability—including reliance on criminal activity for income—limited support from close relationships, and difficulties accessing other health and social services. Shortcomings in the service system and weak integration with other services further restrict the implementation of treatment. Although stigma has decreased for some, it has not disappeared for all and continues to affect patients' well-being and treatment outcomes. Key development needs relate to strengthening the involvement of close relatives and improving the integration and flexibility of services.

The treatment is perceived as meaningful and as improving quality of life, yet experiences vary widely. While stigma has diminished, its uneven distribution, along with restrictive treatment practices, limited physician contact, and uncertainty regarding medication choices, continues to undermine patient well-being and treatment outcomes. The main areas for improvement include enhancing the involvement of close relatives, promoting open and respectful professional encounters, and ensuring more flexible and better-coordinated services. Strengthening these aspects could improve the continuity of care and support patients' overall recovery. In practice, this requires patient-centered communication, low-threshold opportunities for relatives to participate, clear care pathways, and sufficient medical and psychosocial support.

**Keywords:** Opioid substitution treatment, substitution treatment, opioid, illicit drug, addiction, adults, experience

## Sisällysluettelo

<b>1 Johdanto</b>	<b>6</b>
<b>2 Keskeiset käsitteet ja tausta</b>	<b>6</b>
<b>2.1 Opioidiriippuvuus</b>	<b>7</b>
<b>2.2 Opioidikorvaushoito</b>	<b>9</b>
2.2.1 Opioidikorvaushoidon tavoite	10
2.2.2 Opioidikorvaushoidon toteutus	10
2.2.3 Opioidikorvaushoitoa tarjoavat tahot ja lainsäädäntö	13
<b>2.3. Potilaiden kokemukset ja tarpeet opioidikorvaushoidossa</b>	<b>14</b>
2.3.1 Negatiiviset kokemukset opioidikorvaushoidosta	15
2.3.2 Positiiviset kokemukset opioidikorvaushoidosta	17
<b>2.4 Yhteenveto opioidikorvaushoidosta</b>	<b>18</b>
<b>3 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset</b>	<b>20</b>
<b>4 Tutkimusmenetelmät</b>	<b>21</b>
<b>4.1 Tutkimusasetelma</b>	<b>21</b>
<b>4.2 Tutkimuksen kohderyhmä ja tutkimuspaikat</b>	<b>21</b>
<b>4.3 Mukaanotto- ja poissulkukriteerit</b>	<b>21</b>
<b>4.4 Kyselylomake ja aineiston keruu</b>	<b>22</b>
<b>4.5 Toteuttamisaikataulu</b>	<b>24</b>
<b>4.6 Aineiston analyysi</b>	<b>24</b>
<b>4.7 Tutkimuksen resursointi</b>	<b>26</b>
<b>5 Tutkimustulokset</b>	<b>28</b>
<b>5.1 Vastaajien taustatiedot</b>	<b>28</b>
<b>5.2 Opioidikorvaushoidon hyödyt opioidikorvaushoidossa olevien näkökulmasta</b>	<b>29</b>
<b>5.3 Opioidikorvaushoidon haitat opioidikorvaushoidossa olevien näkökulmasta</b>	<b>33</b>
<b>5.4 Yhteenveto tuloksista</b>	<b>35</b>
<b>6 Pohdinta</b>	<b>37</b>
<b>6.1 Tutkimustulosten tarkastelu</b>	<b>37</b>

<b>6.2 Tutkimuksen luotettavuus</b>	<b>40</b>
<b>6.3 Tutkimuksen eettisyys</b>	<b>42</b>
<b>7 Johtopäätökset</b>	<b>44</b>
<b>8 Jatkotutkimusehdotukset</b>	<b>46</b>
<b>Liitteet</b>	<b>54</b>
<b>Liite 1. Kyselylomake</b>	<b>54</b>

## 1 Johdanto

Korvaushoito on yhteiskunnallisesti merkittävä aihe liittyen vahvasti sekä terveyteen että sosiaaliseen osallisuuteen herättäen laajaa keskustelua sen tarpeellisuudesta ja vaikutuksista. Suomessa korvaushoito-ohjelmat käynnistettiin vuonna 1997 vastauksena 1990-luvulla lisääntyneisiin HIV-infektioihin, jotka liittyivät opioidien ja muiden päihteiden kasvavaan väärinkäyttöön. Sen jälkeen hoidon tavoitteet ja käytännöt ovat muuttuneet ja kehittyneet jatkuvasti (Selin ym. 2013). Korvaushoito on opioidiriippuvuuden hoitomuoto, jossa laittomat opioidit korvataan valvotulla lääkehoidolla. (Noble ym. 2019) Sitä käytetään erityisesti silloin, kun vieroitus ei riitä tai riippuvuus on pitkäaikainen ja vaikea (Aalto ym. 2018; Partanen ym. 2013). Vaikka korvaushoito on tutkitusti tehokas keino vähentää riskikäyttäytymistä, kuten pistämistä ja monipäihdekäyttöä (Kovanen, 2025), siihen liittyy edelleen voimakasta leimaamista, mikä vaikuttaa potilaiden arkeen, hyvinvointiin ja hoitoon sitoutumiseen (Garpenhag ym. 2021).

Suomessa 66 % opioidien käyttäjistä on korvaushoidon piirissä, mutta hieman yli kolmasosa jää edelleen hoidon ulkopuolelle, mikä kertoo hoitoon pääsyn ja palvelujärjestelmän toimivuuden haasteista (Impinen, 2022). Hoidon rakenteissa on tapahtunut myönteistä kehitystä: päivittäinen lääkkeen nouto on vähentynyt ja pitkävaikutteisten valmisteiden käyttö lisääntynyt, mikä helpottaa arkea ja tukee hoidon jatkuvuutta (Päihdelääketieteen yhdistys 2023). Potilaat kokevat hoidon kuitenkin usein leimaavana, ja stigma voi heikentää hoitoon hakeutumista ja sitoutumista (Garpenhag ym. 2021). Palvelujärjestelmä ei myöskään aina vastaa potilaiden kokonaisvaltaisiin tarpeisiin (Päihdelääketieteen yhdistys 2023). Hoidon rakenteet, kuten asiointitiheys ja hoitomuotojen vaihtelu, vaikuttavat merkittävästi potilaiden arkeen ja voivat joko tukea tai vaikeuttaa toipumista (Alves ym. 2020).

Potilaiden näkökulman tutkiminen on keskeistä, koska se paljastaa hoidon todelliset vaikutukset ja kehittämistarpeet (THL 2019; Päihdelääketieteen yhdistys 2023). Potilaiden äänen kuuleminen auttaa tunnistamaan hoitoon pääsyn epätasaisuuksia, hoitomuotojen epäselvyyksiä ja asiointitiheyden kuormittavuutta, ja potilaskokemusten huomioiminen voi myös vähentää stigmaa ja vahvistaa hoidon vaikuttavuutta (Strand, Ridanpää & Kotovirta, 2023). Kokemustiedon kerääminen on siksi tärkeää, sillä se tekee näkyväksi sen, miten hoito vaikuttaa yksilöiden elämään ja millaisia kehittämistoimia tarvitaan, jotta hoito olisi yhdenvertaista, saavutettavaa ja potilaslähtöistä (Alves ym. 2020; Garpenhag ym. 2021).

## 2 Keskeiset käsitteet ja tausta

## 2.1 Opioidiriippuvuus

Opioidit muodostavat lääkeaineiden ryhmän, joka vaikuttaa suoraan keskushermoston opioidireseptoreihin. Niiden ensisijainen lääketieteellinen käyttö on kohtalaisen ja voimakkaan kivun hoito, esimerkiksi leikkauksen jälkeen, syöpäkipujen hoidossa tai akuutissa traumakivussa. (Partanen ym. 2013). Opioidit voidaan jakaa kolmeen ryhmään; luonnolliset opioidit, puolisynteettiset opioidit ja synteettiset opioidit. Luonnollisia näistä ovat morfiini ja kodeiini, puolisynteettisiä oksikodoni ja heroini ja synteettisiä metadoni ja fentanyl (Aalto ym. 2018).

Vaikka opioideilla on merkittävä rooli kivunhoidossa, niiden käyttöön liittyy vakavia riskejä. Opioidit voivat aiheuttaa toleranssin kasvua ja riippuvuutta, jolloin lääkkeen vaikutus heikkenee ja annosta joudutaan suurentamaan. Lisäksi opioideihin liittyy yliannostuksen riski, joka voi johtaa hengityslamaan ja kuolemaan (THL, 2014). Suomessa opioideja käytetään myös opioidikorvaushoidossa, jossa pyritään hallitsemaan opioidiriippuvuutta kontrolloidulla lääkehoidolla (Päihdelääketieteen yhdistys, 2023).

Maailmanlaajuisesti arviolta noin 60 miljoonaa ihmistä käytti opioideja ei-lääketieteellisesti vuonna 2021. Opioidien, kuten heroinin käyttäjiä oli noin 31,5 miljoonaa. Euroopassa esiintyvyys on alhaisempi, mutta ongelmakeskittymät näkyvät erityisesti itäisessä ja eteläisessä Euroopassa. Euroopassa suuren riskin opioideja käyttäviä henkilöitä eli ryhmä, jonka opioidien käyttöön liittyy erityisen korkea haitta- ja kuolleisuusriski, oli yhteensä 1,0 miljoonaa. Vuonna 2020 opioididiagonistihoitoa sai 514 000 opioidien käyttäjää. (EMCDDA, 2023). Suomessa opioidien haitallinen käyttö ja opioidikorvaushoidon kattavuus sijoittuvat Pohjoismaiden keskitasolle, mutta eroavat Ruotsin ja Norjan kehityssuunnista. Suomessa opioidien haitallinen käyttö ja korvaushoidon kattavuus sijoittuvat Pohjoismaiden keskitasolle. (EMCDDA, 2023). Haitallisen käytön taso on Suomessa korkeampi kuin Norjassa ja Islannissa, mutta matalampi kuin Ruotsissa, jossa opioidikuolleisuus on pitkään ollut alueen korkein. Korvaushoidon saatavuus on Suomessa kohtuullinen: se on laajempi kuin Ruotsissa, mutta jää Tanskan ja Norjan tasosta, joissa hoitoon pääsy on selvästi joustavampaa ja haittoja vähentävä lähestymistapa on vahvemmin vakiintunut (Selin ym., 2013). Norjassa sekä Ruotsissa opioidien reseptikäyttö on korkeampaa tasoa kuin Suomessa, kuten myös opioidien haitallinen käyttö sekä kuolleisuus (THL, 2025).

Suomessa buprenorfiinivalmisteiden käyttö lääkkeenä on yleisempää kuin muissa Pohjoismaissa, ja buprenorfiinivalmisteiden väärinkäyttö on yleisin syy hakeutua korvaushoitoon. (Aalto ym. 2018). Oksikodoni, tramadoli, metadoni ja fentanyyli ovat yleisiä väärinkäytön kohteita (THL, 2014). Opioidit ovat huumehoidon ja kuntoutuksen asiakkaiden yleisin ongelmapäihde, ja niiden käyttöä raportoitiin noin 75 %:lla asiakkaista (THL, 2025).

Opioideja käyttävien henkilöiden keskuudessa esiintyy usein riskikäyttäytymistä, kuten pistokäyttöä ja monipäihdekäyttöä. Tämä lisää terveydellisten komplikaatioiden riskiä ja tekee hoidon tarpeesta monimutkaisempaa. Lisäksi monet opioideja käyttävät henkilöt ovat haavoittuvassa sosiaalisessa asemassa; asumiseen, työllistymiseen ja opiskeluun liittyvät haasteet voivat vaikuttaa merkittävästi riippuvuuden hoidon onnistumiseen ja riskikäyttäytymisen hallintaan (THL, 2024).

Opioidiriippuvuus ilmenee monimuotoisena sairautena, jonka kehittymiseen vaikuttavat sekä perinnölliset alttiustekijät että ympäristötekijät. Se ilmenee pakonomaisena päihteen käyttönä ja raittiusjaksoina, joita saattavat seurata retkahdukset (Aalto ym. 2018). ICD-10-luokituksen mukaan opioidiriippuvuus (F11.2) sekä muut päihderiippuvuudet (F10.2, F12–F19) diagnosoidaan silloin, kun henkilö täyttää vähintään kolme riippuvuuden kriteeriä joko yhtäjaksoisesti vähintään kuukauden ajan tai toistuvasti vuoden aikana. Kriteereihin kuuluu voimakas halu tai pakonomainen tarve käyttää päihdettä. Tämän lisäksi käytön kontrolli on heikentynyt, jolloin päihdyttävän aineen käyttöä on vaikea aloittaa tai lopettaa, käyttäen sitä enemmän tai pidempään kuin oli tarkoitus, ja yritykset vähentää käyttöä epäonnistuvat (Käypä hoito, 2018; Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2018).

Riippuvuudelle tyypillistä on myös vieroitusoireiden ilmeneminen käytön vähentyessä tai loppuessa. Opioideille ominaisia vieroitusoireita ovat muun muassa voimakas päihteen himo, nuha ja aivastelu, kyynelvuoto, lihas- ja vatsakrampit, pahoinvointi, oksentelu, ripuli, laajentuneet pupillit, vilunväristykset, sydämentykytys, kohonnut verenpaine, haukottelu ja univaikeudet. Vieroitusoireiden välttämiseksi henkilö saattaa käyttää samaa tai samankaltaista ainetta (Aalto ym. 2018; Käypä hoito 2018; WHO 2014; National Institute on Drug Abuse 2018).

Riippuvuudelle on ominaista myös toleranssin eli sietokyvyn kasvaminen. Tämä tarkoittaa, että sama annos tuottaa selvästi heikomman vaikutuksen ja aineen vaikutuksen tavoittamiseksi tarvitaan aikaisempaa suurempia annoksia. Esimerkiksi opioidiriippuvaiset

voivat käyttää niin suuria annoksia, että ne olisivat hengenvaarallisia henkilölle, jolla ei ole kohonnutta toleranssia (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2018; Aalto ym. 2018; National Institute on Drug Abuse 2018; WHO 2014; Käypä hoito 2018).

Lisäksi riippuvuus näkyy elämäntavan muutoksina: aineen käyttöön keskittyminen syrjäyttää muita mielihyvän lähteitä ja kiinnostuksen kohteita, ja merkittävä osa ajasta kuluu aineen hankkimiseen, käyttämiseen tai käytöstä toipumiseen. Lopuksi riippuvuudelle tyypillistä on käytön jatkuminen selvästi haitallisista seurauksista huolimatta. Henkilö voi tietää päihteen riskit, kuten opioidien pistokäyttöön liittyvät infekti- ja yliannostusvaarat, mutta käyttää ainetta siitä huolimatta (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2018; Aalto ym. 2018; National Institute on Drug Abuse 2018; WHO 2014; Käypä hoito 2018).

## **2.2 Opioidikorvaushoito**

Korvaushoito on opioidiriippuvuuden hoitomuoto, jossa laittomien opioidien käyttö pyritään korvaamaan kontrolloidulla ja turvallisemmalla lääkehoidolla. Hoito on tarkoitettu opioidiriippuvaisille potilaille, joilla on vaikeuksia lopettaa käyttö ilman lääketieteellistä apua. Se on erityisen ajankohtaista silloin, kun vieroitushoito ei yksin riitä tai kun riippuvuus on pitkäaikainen ja vakava. Hoito räätälöidään yksilöllisesti, ja esimerkiksi raskaana olevien opioidiriippuvaisten hoitoon on omat erityiset suosituksensa (Aalto ym. 2018; Partanen ym. 2013.)

Korvaushoito kehitettiin alun perin Yhdysvalloissa 1960-luvulla, ja sen käyttö on sittemmin levinnyt maailmanlaajuisesti; buprenorfiini otettiin korvaushoitokäyttöön Ranskassa 1990-luvun puolivälissä (Noble & Marie 2019; EMCDDA 2023). Opioidiriippuvuutta voidaan hoitaa myös lääkkeettömästi, mutta näiden opioidittomien hoitojen tehokkuus ja vaikuttavuus eivät ole lääkkeellisen hoidon tasoa vastaavaa (Seppä ym.2012). Euroopassa korvaushoitoa saavien potilaiden joukko on selvästi ikääntyvä: lähes 70 % on vähintään 40-vuotiaita ja alle 30-vuotiaita on alle 10 %, mikä lisää tarvetta hoitomalleille, jotka huomioivat ikääntyvien potilaiden erityistarpeet, kuten pitkäaikaissairaudet ja monilääkityksen (EMCDDA, 2023).

Suomessa on annettu korvaushoitoa sosiaali- ja terveysministeriön määräyksestä vuodesta 1997. Tällöin määräys mahdollisti vuoden mittaisen vieroitushoidon. Asetus keskittyy lähinnä korvaushoidon toteuttamisen reunaehtoihin, mutta ei sisällä ohjeita lääketieteellisiin

tai hoidollisiin kysymyksiin (Seppä ym. 2012). Korvaushoitoa voi olla sekä kuntouttavaa että haittoja vähentävää. Kuntouttavalla korvaushoidolla pyritään päihteettömyyteen psykososiaalisen tuen avulla ja se sisältää intensiivistä kuntoutusta tähdäten toimintakyvyn palauttamiseen. Haittoja vähentävän korvaushoidon tavoitteena taas on vähentää päihteiden käytön haittoja sekä parantaa elämänlaatua potilailla, jotka eivät kykene lainkaan lopettamaan päihteiden käyttöä. Tällöin hoidon tarkoituksena on tukea ehkäisemään tartuntatauteja; kuten C-hepatiittia tai HIV:ä sekä muita terveyshaittoja. Lisäksi tätä tuetaan matalan kynnyksen palveluiden kautta (Seppä ym. 2012). Näitä lähestymistapoja suositellaan yhdistettäväksi käytännössä, koska kansainvälinen näyttö osoittaa lääkehoidon ja psykososiaalisen tuen yhdistelmän parantavan hoitoon sitoutumista ja vähentävän uusiutumisia (WHO 2014; EMCDDA, 2023).

### 2.2.1 Opioidikorvaushoidon tavoite

Opioidikorvaushoidon tavoitteena on vähentää laittomien opioidien käyttöä, rikollisuutta sekä pistokäyttöön ja yliannostuksiin liittyviä riskejä, ja samalla mahdollistaa riippuvuuden hoito sekä psykososiaalinen kuntoutus (Käypä hoito -suositus, 2012). Suomessa noin 71 % opioidien käyttäjistä on tällä hetkellä opioidikorvaushoidon piirissä, mikä tarkoittaa, että yli kaksi kolmasosaa käyttäjistä on tavoitettu hoidon kautta. Kuitenkin lähes kolmannes ei ole hoidossa, mikä viittaa mahdollisiin esteisiin hoitoon pääsyssä, hoidon hylkäämiseen tai sitoutumisongelmiin (Kovanen, 2025). Opioidikorvaushoidon asiakasmäärissä ja hoitomuodoissa on tapahtunut kehitystä, mutta ei kuitenkaan käy ilmi haluavatko kaikki hoitoa tai onko hoitoa tarjottu kaikille sitä tarvitseville (Kovanen, 2025).

Opioidikorvaushoito vähentää riskikäyttäytymistä: hoidossa olevilla on raportoitu matalampi pistokäytön osuus ja vähäisempi monipäihdekäyttö verrattuna niihin, jotka eivät ole hoidossa. Lisäksi päivittäinen tai useita kertoja viikossa tapahtuva lääkenouto on vähentynyt 20 prosenttiyksikköä vuodesta 2018, mikä helpottaa sekä asiakkaiden arkea että hoitopaikkojen järjestelyjä. Pitkävaikutteisen lääkityksen osuus on kasvanut 30 prosenttiin, mikä tukee hoidon jatkuvuutta ja sitoutumista (Kovanen, 2025).

### 2.2.2 Opioidikorvaushoidon toteutus

Opioidikorvaushoitoon pääsy täyttää kiirettömän hoitoon pääsyn kriteerit (Käypä hoito, 2014). Hoidossa käytetään lääkkeitä, kuten buprenorfiinia ja metadonia, jotka lievittävät vieroitusoireita ja vähentävät päihteiden käyttöä. Korvaushoitoon sisältyy aina myös

psykososiaalinen tuki ja seuranta, sillä pelkkä lääkehoito ei riitä riippuvuuden hallintaan (Niemelä, 2018; THL, 2022; STM, 2018).

Opioidikorvaushoidon keskeyttäminen ja uudelleenhakeminen ovat yleisempiä hoidon alkuvuosina kuin myöhemmin, kun hoito on vakiintunut (THL, 2025). Hoidon tulee tätä myöden sisältää arviointia, yksilöllinen hoitosuunnitelma, psykososiaalinen tuki (neuvonta, perhetyö, sosiaalinen kuntoutus) sekä jatkuvaa seurantaa ja koordinoitua muiden palveluiden kanssa. Psykososiaalinen tuki on osa hyvää korvaushoitoa: tuki parantaa sitoutumista, vähentää oheiskäyttöä ja tukee sosiaalista kuntoutumista (Niemelä, 2018.) Psykososiaaliset hoidot ovat tehokas osa huumeriippuvuuksien ja mielenterveyshäiriöiden hoitoa. Käypä hoito suosittaa niiden tarjoamista kaikille huumeita käyttäville henkilöille, jolloin yhdistettynä opioidikorvaushoitoon ne vähentävät päihteiden käyttöä ja edistävät päihteettömyyttä (Käypä hoito, 2018; WHO 2014).

Opioidikorvaushoidossa perhetyö ja sosiaalinen kuntoutus kytkeytyvät toisiinsa siten, että molemmat tukevat asiakkaan kokonaisvaltaista toipumista lääkehoidon rinnalla. Perhetyö perustuu ajatukseen, että riippuvuus vaikuttaa koko perheen vuorovaikutukseen ja arjen rakenteisiin, ja siksi hoidon tulee vahvistaa perheen sisäistä kommunikaatiota, vanhemmuutta ja turvallisia rutiineja. Sosiaalinen kuntoutus puolestaan rakentuu toimintakyvyn, osallisuuden ja arjen hallinnan teorioille: sen tavoitteena on tukea asiakkaan kykyä elää mielekästä ja osallistuvaa elämää, vahvistaa sosiaalisia taitoja, identiteettiä ja yhteisöön kiinnittymistä. Yhdessä nämä teoriat korostavat, että toipuminen ei ole pelkkää päihteettömyyttä tai lääkehoidon onnistumista, vaan laaja prosessi, jossa ihminen rakentaa uudelleen suhteitaan, arkeaan ja paikkaansa yhteisössä (Wild ym. 2021).

Opioidiriippuvuuden hoito on Pohjoismaissa vakiintunut ja laajentunut, mutta maiden välillä on edelleen huomattavia eroja hoidon rakenteissa, tavoitteissa ja saavutettavuudessa. Suomi ja Ruotsi noudattavat tiukempaa ja kontrollipainotteista, kuntoutusorientoitunutta mallia, kun taas Tanska ja Norja korostavat matalaa kynnystä ja haittojen vähentämistä (Gedeon ym. 2019). Hoidon alkuperäinen painopiste HIV-epidemian torjunnassa on siirtynyt kohti sosiaalista kuntoutusta ja toimintakyvyn tukemista, mutta tämä muutos ei aina näy käytännön työssä, sillä psykososiaalisen tuen määrä ja laatu vaihtelevat suuresti maiden ja yksiköiden välillä (Skretting & Rosenqvist, 2010).

Suomessa korvaushoito on hajautettua ja sijoittuu Pohjoismaiden keskitasolle: buprenorfiinin käyttö ja sen väärinkäyttö ovat yleisempiä kuin muissa maissa, kattavuus on alhaisempi ja alueellista vaihtelua on. Tanskassa korvaushoito painottaa haittojen vähentämistä, metadoni on yleisin lääke ja hoitoon pääsy on nopeaa. Norjassa hoitoa on laajennettu nopeasti, pääsyä turvataan ja tavoitteina ovat elämänlaatu sekä yliannostusriskien vähentäminen. Ruotsissa korvaushoito painottuu kuntoutukseen, aloituskriteerit ovat tiukemmat ja seuranta tarkkaa. Annostustasot ovat pääosin samankaltaisia Suomessa, Norjassa ja Ruotsissa; hoidon kustannukset ovat olleet noin 5–11 tuhatta euroa potilasta kohden vuodessa (Selin ym. 2015).

Metadoni on yksi korvaushoidossa käytetyistä lääkkeistä, ja sitä saa noin 17 % potilaista. Lisäksi myös Euroopassa yli puolet potilaista (55 %) on opioididiagonistisessa hoidossa (EUDA, 2025). Metadoni on pitkävaikutteinen täysopioidireseptoriagonisti, joka tuottaa maksimaalisen vasteen annoksen kasvaessa. Metadonilla on pitkä ja yksilöllisesti vaihteleva puoliintumisaika, mikä lisää kertymisriskiä. Lisäksi metadoniin liittyy suurempi yliannostus- ja QT-ajan pitenemisriski. Metadoni voi olla parempi vaihtoehto vaikeammassa tai pitkään jatkuneissa riippuvuuksissa ja potilailla, joilla on aiempi hoitohistoria (Goodman & Gilman, 2013; Seppä ym. 2012).

Suomessa yleisin opioidikorvaushoitolääke on buprenorfiini, useimmiten yhdistelmävalmisteena buprenorfiini–naloksoni. Tilastojen mukaan buprenorfiiniin perustuvaa hoitoa saa Suomessa noin 42 % korvaushoidossa olevista potilaista (THL 2024). Euroopassa buprenorfiinilla on raportoitu hoidettavan noin 35 % potilaista, ja buprenorfiinipohjaisia valmisteita — tabletteja, injektioita ja implantteja — käyttää noin 35 % potilaista; lisäksi noin 10 % potilaista saa muita agonisteja, kuten hitaasti vapautuvaa morfiinia tai rajattuja heroinihoitokokeiluja (EUDA, 2025; THL, 2024).

Buprenorfiini on osittaisagonisti, jolla on korkea reseptoriaffiniteetti; sen osittaisagonistinen vaikutus ei lisäännä lineaarisesti annoksen kasvaessa, vaan tietyn annostason jälkeen vaikutus voi käyttäytyä antagonistisesti (Goodman & Gilman 2013; Seppä ym. 2012). Tämän farmakologisen profiilin vuoksi buprenorfiini soveltuu erityisen hyvin hoitoa aloittaville ja matalamman riskin potilaille sekä tilanteisiin, joissa halutaan pienentää yliannostusriskiä (Goodman & Gilman 2013; Seppä ym. 2012).

Buprenorfiinin farmakokinetiikka on suhteellisen vakaa ja osittaisagonismi rajoittaa hengityslamariskin suuruutta, mikä antaa sille paremman turvallisuusprofiilin verrattuna

täysagonisteihin. Samalla pitkävaikutteiset buprenorfiinimuodot, kuten viikko- ja kuukausi-injektiot, yleistyvät nopeasti ja voivat vähentää käyntitiheyttä ja laajentaa hoidon kattavuutta (EUDA, 2025). Käytännön haasteita ovat muun muassa se, että injektiokäyttöön tottuneiden potilaiden on opittava uusi lääkkeen käyttötapa, sekä se, että osa potilaista voi kokea epämiellyttävää oloa eli dysforiaa, jota jotkut yrittävät lievittää bentsodiatsepiinien käytöllä (Aalto ym. 2018).

Uutena lääkitysmuotona opioidikorvaushoidossa on otettu käyttöön pitkävaikutteinen depot-injektio Buvidal, jota käytetään opioidiriippuvuuden hoitoon osana lääketieteellistä hoitoa. Se on tarkoitettu aikuisille ja vähintään 16-vuotiaille nuorille, ja pistoshoito otettiin käyttöön vuonna 2019. Vuonna 2024 buprenorfiini-injektion osuus korvaushoitolääkkeestä oli 30 % (Kovanen, 2025). Tämä lääkemuofo tukee lääkehoidon rinnalla myös sosiaalista ja psykologista kuntoutusta (Pharmaca Fennica). Joissakin Euroopan maissa käytössä on myös pitkävaikutteisia buprenorfiinimuotoja, kuten kuukausi-injektiot ja ihon alle asetettavat implantit (European Union Drugs Agency, 2025).

Yhteenvedon voidaan todeta, että opioidikorvaushoito tavoittaa suurimman osan opioidien käyttäjistä ja vähentää haitallista riskikäyttäytymistä (Kovanen, 2025). Hoitoon pääsy, hoidon sisältö ja potilaiden saama tuki on epätasaista, ja yhteisten hoitostandardien puute johtaa siihen, että potilaiden hoitokokemukset ja toipumisen mahdollisuudet riippuvat asuinmaasta ja paikallisista käytännöistä (Gedeon ym., 2019; Skretting & Rosenqvist, 2010). Hoidon saatavuudessa ja sosiaalisen tuen järjestämisessä on edelleen merkittäviä kehityskohteita (Kovanen, 2025).

### 2.2.3 Opioidikorvaushoitoa tarjoavat tahot ja lainsäädäntö

Korvaushoitoa tarjoavat Suomessa hyvinvointialueiden terveydenhuollon yksiköt, kuten terveysasemat, päihdehuollon yksiköt ja klinikat ja erikoissairaanhoidon yksiköt. Tämän lisäksi hoitoa järjestetään myös vankeinhoitolaitoksen terveydenhuollon yksikössä. Joissain tapauksissa myös yksityiset palveluntuottajat voivat järjestää hoitoa julkisen terveydenhuollon sopimuksella (Impinen, 2022).

Korvaushoidon järjestämistä säätelee Suomessa terveydenhuoltolainsäädäntö siten, että opioidiriippuvuuden lääkehoito ja vieroitushoito kuuluvat terveydenhuollon palveluvalikoimaan ja on toteutettava potilasturvallisuuden, ammattitaidon ja hoitoon pääsyn periaatteiden mukaisesti. Päihdehuoltolaki (Päihdehuoltolaki 41/1986) asettaa kunnille

velvoitteen järjestää päihdeongelmallisille ja heidän omaisilleen riittävä, asianmukainen ja kokonaisvaltainen hoito, joka kattaa ehkäisevän työn, avo- ja laitoshoidon sekä kuntoutuspalvelut. Terveydenhuoltolaki (Terveydenhuoltolaki 1326/2010) määrittää terveydenhuollon palvelurakenteen ja hoitoon pääsyn periaatteet, joiden puitteissa myös opioidikorvaushoito toteutetaan.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetus opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta (STM:n asetus 33/2008) konkretisoi näitä velvoitteita määrittelemällä korvaushoidon edellytyksiä, vastuujärjestelyjä, ammattihenkilöiden pätevyysvaatimuksia ja valvontamekanismeja. Kansalliset hoitosuosituksukset, kuten Käypä hoito -suositus opioidiriippuvuuden hoidosta (STM, 2018) viittaa yleensä kyseiseen suositukseen, täydentävät säädöksiä kliinisillä suosituksilla. Näissä suosituksissa korostetaan erityisesti, että lääkehoito tulee integroida yksilölliseen hoitosuunnitelmaan ja psykososiaaliseen tukeen sekä että hoidon vaikuttavuutta ja potilasturvallisuutta tulee varmistaa pitkäaikaisella seurannalla ja moniammatillisella yhteistyöllä.

### **2.3. Potilaiden kokemukset ja tarpeet opioidikorvaushoidossa**

Hoidon tarpeet tarkoittavat potilaan terveydentilaan liittyviä tarpeita, jotka edellyttävät terveydenhuollon toimenpiteitä. Ne voivat olla fyysisiä, psyykkisiä, sosiaalisia tai toimintakykyyn liittyviä, ja niiden arviointi on keskeinen osa hoitotyötä. Hoidon tarpeiden tunnistaminen ja arviointi ohjaavat hoitoprosessia, resurssien käyttöä ja potilaan saamaa hoitoa (Saukkonen & Ålander, 2021). Korvaushoidossa olevien määrä on kasvanut merkittävästi viime vuosina. Tämä kertoo paitsi hoidon tarpeen lisääntymisestä myös palvelujen kuormittumisesta (Partanen ym. 2022).

Opioidikorvaushoidon aloittamista vaikeuttavat esteet muodostuvat sekä yksilöllisistä että rakenteellisista tekijöistä, jotka yhdessä hidastavat tai estävät hoitoon hakeutumista. Keskeisiä esteitä ovat stigma ja pelko, sääntelyyn liittyvät rajoitteet, logistiset haasteet, potilaiden omat asenteet sekä sosiaaliset tekijät. Sääntelyyn liittyvät esteet, kuten tiukat hoitokriteerit ja monimutkaiset arviointiprosessit, hidastivat hoidon aloittamista erityisesti maissa, joissa korvaushoitoon pääsy on tarkasti rajattua. Logistiset haasteet, kuten pitkät jonot, päivittäinen lääkkeen noutovelvoite ja palveluiden huono saavutettavuus, vaikeuttivat hoitoon sitoutumista etenkin niillä, joilla oli epävaka elämäntilanne (Hall ym. 2021).

Samalla potilaat arvostavat tasa-arvoista, myötätuntoista ja kokonaisvaltaista hoitoa, joka tukee heidän fyysistä ja psyykkistä terveyttään. Perusterveydenhuolto tarjoaa pääasiassa turvallisen ympäristön, jossa päihteiden haitallinen käyttö voidaan hoitaa osana laajempaa terveydenhuollon prosessia, ja yksityisyyden suoja sekä anonymiteetti koetaan tärkeiksi (Alves ym. 2021). Hoidon onnistuminen riippuu paitsi korvaushoitolääkkeen tehosta myös sen sovittamisesta arkeen, hoidon järjestelyistä ja integraatiosta muihin sosiaali- ja terveystalouteen (THL, 2019). Potilaat toivovat moniammatillisia tiimejä, jotka tarjoavat sekä lääkitystä että psykososiaalista tukea sosiaalisten ja emotionaalisten tarpeiden turvaamiseksi (Lowry ym. 2024). Lisäksi he kaipaavat joustavia käyntiaikoja, helpompaa pääsyä hoitoon, etäseurantamahdollisuuksia sekä enemmän tukea mielenterveysongelmiin ja sosiaalisiin haasteisiin. Ryhmä- ja yksilöterapia sekä vertaistuki nähdään hyödyllisinä lisäpalveluina lääkityksen rinnalle (Haynes ym. 2024; Troberg ym. 2022).

Potilaiden kokemukset korostavat myös hoidon järjestelmällisiä ongelmia: terveydenhuoltojärjestelmän monimutkaisuus, ajanvarausvaikeudet ja ammattilaisten puutteellinen osaaminen opioidikorvaushoidoista vaikeuttavat hoitoon pääsyä ja heikentävät hoidon laatua. Kommunikaation laatu vaikuttaa merkittävästi sitoutumiseen ja hoitotuloksiin, ja potilaat toivovat, että heidän näkemyksensä lääkityksestä ja annoksista huomioitaisiin hoitosuunnitelmissa (Päihdelääketieteen yhdistys, 2023). Avoimuus hoidon haasteista, kuten oireiden pahenemisesta tai riittämättömästä vasteesta, nähtiin tärkeänä, jotta potilaat voisivat puhua ongelmista ilman pelkoa rangaistuksesta (Monwell ym. 2018).

### 2.3.1 Negatiiviset kokemukset opioidikorvaushoidosta

Opioidikorvaushoito on vakiintunut ja näyttöön perustuva hoitomuoto, mutta potilaiden kokemukset osoittavat, että sen rinnalla esiintyy edelleen merkittäviä haasteita. Monet potilaat kokevat leimautumista ja syrjintää opioidikorvaushoidon myötä, mikä heikentää hyvinvointia ja motivaatiota hakeutua muuhun hoitoon. Stigmaa esiintyy muun yhteiskunnan ja terveydenhuollon ammattilaisten taholta, ja se voi johtaa hoidon salailuun tai sen välttelyyn (Garbenhag ym. 2021; Patil ym. 2024). Julkinen stigma vaikeuttaa pääsyä perusoikeuksiin, kuten asumiseen, työhön ja koulutukseen, ja rakenteellinen stigma näkyy syrjivissä käytännöissä ja lainsäädännössä, mikä ylläpitää epätasa-arvoa ja heikentää avun saatavuutta.

Itse-stigma puolestaan heikentää itsetuntoa ja pystyvyyden tunnetta, mikä voi johtaa avun hakemisen pelkoon ja eristäytymiseen (Wogen ym. 2020).

Stigma nousi merkittäväksi teemaksi opioidikorvaushoitopotilaiden kokemuksissa: he kuvasivat häpeää, alemmuuden tunteita ja sosiaalista leimautumista hoitoon liittyen (McPhee ym. 2014). Stigmaa kuvailtiin sekä yhdeksi syyksi päihteiden käyttöön että merkittäväksi esteeksi pyrkimyksille irtautua käyttäjän roolista (Notley ym. 2015). Erityisesti metadonihoidossa stigma ilmeni konkreettisesti siten, että potilaat raportoivat kokevansa negatiivisia asenteita perheen, ystävien, apteekkien henkilökunnan sekä hoitohenkilöstön taholta (Radley ym. 2016). Lisäksi potilaat kuvasivat yhteiskunnasta ulkopuolelle jättämistä, mikä oli ristiriidassa heidän oman halunsa kanssa lopettaa päihteiden käyttö korvaushoidon avulla (Lowry ym. 2024). Negatiivisina kokemuksina nousi esiin, että stigma säilyy usein opioidikorvaushoidon jälkeen ja heikentää hoidon vaikutusta: se vähentää hoitoon sitoutumista, vaikeuttaa uuden toipuvaan identiteettiin liittyvän roolin omaksumista ja estää sosiaalista integraatiota. (Gronnenstad ym. 2016).

Potilaat, joilla oli rinnakkaista bentsodiatsepiinien käyttöä, saivat huonompaa palvelua perusterveydenhuollossa verrattuna muihin pitkäaikaissairauksiin, kuten sydänsairauksiin tai diabetekseen (Radley ym. 2016). Syrjintää koettiin myös apteekeissa, joissa korvaushoitolääkkeitä hakevat potilaat ohjattiin eri puolelle tilaa, mikä paljasti ulkopuolisille heidän hakevan metadonia. Tämä heikensi luottamuksellisuutta ja potilaat kokivat, ettei palautteen antaminen ollut mahdollista, koska se saattoi vaarantaa hoidon jatkumisen (Radley ym. 2016).

Lisäksi päihteiden käyttäjät nähtiin vaarallisina ja kyvyttöminä hallitsemaan omaa elämäänsä. Tuomitseminen nousi esiin erityisesti tilanteissa, joissa entinen käyttäjä oli tullut raskaaksi ja synnyttänyt – äidin hoidon tarve kyseenalaistettiin hänen päihteiden käyttöhistoriansa vuoksi (McPhee ym. 2014). Naisten kohdalla hoitoon liittyvät ongelmat olivat erityisen merkittäviä: sosiaaliset normit lisäsivät stigmaa ja perhevastuut rajoittivat hoitoon osallistumista. Hoitojärjestelmien joustamattomuus, kuten kiinteät hoitokaavat ja lastenhoidon puutteellinen huomioiminen, vaikeuttivat hoidon sovittamista arkeen. Naiset kohtasivat miehiä enemmän rakenteellisia ja sosiaalisia esteitä hoidon aloitukseen ja pysymiseen, mikä vaikutti hoidon saavutettavuuteen ja sitoutumiseen (Haynes ym. 2024; Troberg ym. 2022).

Opioidikorvaushoitoon pääsy koettiin usein hankalaksi, ja ohjeistus oli epäselvää, mikä lisäsi taloudellisia kustannuksia yhteiskunnalle ja johti riskikäyttäytymisen jatkumiseen ilman hoitoa (Harlow ym. 2011). Potilaat kokivat myös epävarmuutta lääkkeen valinnasta: vaikka he olivat tietoisia buprenorfiinin ja metadonin eroista, valintaan liittyi erilaisia uskomuksia ja epäselvyyksiä (Pinto ym. 2008).

Depot-buprenorfiiniin siirtyminen toi esiin haittoja: sosiaaliset kontaktit vähenivät, kun päivittäiset apteekki- ja klinikkakäynnit loppuivat, mikä heikensi tukiverkostoja. Potilaat kokivat myös kontrollin tunteen heikkenevän, sillä kiinteät annostusaikataulut rajoittivat joustavuutta ja mahdollisuutta vaikuttaa omaan vointiin. Joillekin potilaille tämä merkitsi myös taloudellisia menetyksiä, kun epävirallinen lääkkeen jakaminen ei enää ollut mahdollista (Barnett ym. 2021; Martin ym. 2022). Pitkävaikutteisen injektioimuotoisen buprenorfiinin kohdalla nousi esiin riskejä, kuten autonomian väheneminen, sosiaalisen tuen puute, injektoinnin pelko sekä lääkevaikutuksen heikkeneminen annosvälien lopussa. Näiden vuoksi hoito nähtiin vaativan yksilöllistä räätälöintiä ja tarkkaa seurantaa (Barnett ym. 2021; Martin ym. 2022). Negatiiviset kokemukset täydentävät kuvaa siitä, että stigma, syrjintä, rakenteelliset esteet ja hoitojärjestelmien joustamattomuus muodostavat merkittäviä haasteita korvaushoidon onnistumiselle ja potilaiden sitoutumiselle.

### 2.3.2 Positiiviset kokemukset opioidikorvaushoidosta

Tutkimuksessa, jossa HIV-hoito sisällytettiin osaksi opioidikorvaushoitoa, koettiin, että sen avulla motivaatio kohosi ja kapasiteetti tehdä elämänmuutoksia sekä ottaa vastuuta itsestään kasvoi. Todettiin myös, että buprenorfiinihoidon suunnitteluun pääseminen ja siihen vaikuttaminen lisäsivät potilaiden kokemusta osallisuudesta ja toivat positiivisia vaikutuksia. Korvaushoito mahdollisti lisäksi uudelleen investoimisen vanhoihin harrastuksiin, työssä käymiseen tai kouluttautumiseen (Egan ym. 2011).

Myönteisiä kokemuksia raportointiin myös hoitohenkilökunnan kohtaamisesta ja läsnäolosta. Potilaat kokivat, että päihderiippuvuudesta ja korvaushoidosta huolimatta heidät nähtiin kokonaisina ihmisinä, ja hoidon jakaminen muiden samassa tilanteessa olevien kanssa koettiin tärkeänä hoidon edistäjänä (Egan ym. 2016). Kokemus huomatuksi tulemisesta päivittäisen lääkeannoksen saamisen lisäksi antoi mahdollisuuden identiteetin uudelleen rakentamiseen ja loi toivoa tulevaisuuteen. Potilaat kokivat, että heidät otettiin

kokonaisvaltaisesti huomioon, mikä vahvisti uskoa toipumiseen ja mahdollisti muun terveydenhuollon järjestymisen. Hyvän kommunikaation merkitys nähtiin ratkaisevana edellytyksenä onnistuneelle hoidolle (Rance ym. 2013).

Korvaushoitoon pääsy koettiin monille pelastukseksi, ja farmakologisten vaikutusten ansiosta vieroitusoireet helpottivat merkittävästi (Egan ym. 2011). Lääkityksen valinnalla – buprenorfiini vai metadoni – oli suuri merkitys hoidon onnistumisen kannalta, ja potilaat kuvasivat sen vaikuttavan arjen hallintaan. Vaikka joissain tapauksissa vieroitusoireiden peittämiseksi käytettiin rinnalla muita lääkkeitä, kuten bentsodiatsepiineja (Gronnestad ym. 2016), kokonaisuudessaan korvaushoito toi helpotusta ja vakautta. Korvaushoidon koettiin parantavan elämänlaatua ja tuovan vakautta, vähentävän päihteiden haitalliseen käyttöön liittyviä riskejä, kuten tartuntatautien leviämistä, sekä vähentävän rikollista toimintaa. Potilaat kuitenkin korostivat, että lääkituksen rinnalle tarvitaan myös muuta tukea, kuten terapiaa ja yhteisön tukea (Vishvanath ym. 2019).

Uudemmissa tutkimuksissa injektio-buprenorfiinin käyttöönotto on tuonut merkittäviä myönteisiä kokemuksia. Sen on todettu vähentävän häpeää ja leimautumisen kokemusta, sillä päivittäisten käyntien poistuminen antoi vapautta ja joustavuutta arkeen. Lisäksi se mahdollisti työssäkäynnin ja toi taloudellisia säästöjä matkakulujen vähenemisen myötä (Barnett ym. 2021; Martin ym. 2022). Pitkävaikutteisen injektio-buprenorfiinin käyttö vähensi stigmaan liittyvää kuormaa, sillä pidemmät annosvälit ja vähemmän näkyvä hoito koettiin vähemmän leimaaviksi (Lowry ym. 2024). Näin positiiviset kokemukset osoittavat, että korvaushoito ei ainoastaan vähennä päihteiden käyttöön liittyviä riskejä, vaan voi myös vahvistaa osallisuutta, identiteettiä, toivoa ja arjen hallintaa monilla eri elämän osa-alueilla.

## **2.4 Yhteenveto opioidikorvaushoidosta**

Opioidikorvaushoito aloitetaan yksilöllisellä arvioinnilla ja toteutetaan lääkehoitona yleisimmin buprenorfiinilla tai metadonilla yhdistettynä psykososiaaliseen tukeen ja yksilölliseen hoitosuunnitelmaan. Hoitoa tarjotaan muun muassa hyvinvointialueiden terveydenhuollon yksiköissä ja vankiloissa, ja annostelu sekä seuranta räätälöidään potilaan tilanteen mukaan sisältäen tarvittaessa valvotun lääkkeenoton ja pitkäaikaisen seurannan (Päihdelääketieteen yhdistys, 2023).

Korvaushoitoa tarjotaan pääasiassa hyvinvointialueiden terveydenhuollon yksiköissä (terveysasemat, päihdehuollon avo- ja laitosyksiköt sekä erikoissairaanhoidon klinikat), vankiloiden terveydenhuollossa ja joissain tapauksissa yksityisten palveluntuottajien palveluissa sopimus pohjaisesti (Impinen, 2022). Korvaushoito kuuluu terveydenhuollon palveluvalikoimaan ja sen järjestämistä ohjaavat päihdehuoltolaki (Päihdehuoltolaki 41/1986), terveydenhuoltolaki (Terveydenhuoltolaki 1326/2010) sekä STM:n asetus opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta (STM:n asetus 33/2008), ja klinisiä käytäntöjä täydentävät kansalliset hoitosuosituksukset kuten Käypä hoito (2018), jotka korostavat lääkehoidon integroimista yksilölliseen hoitosuunnitelmaan, psykososiaaliseen tukeen, pitkäaikaiseen seurantaan ja moniammatilliseen yhteistyöhön (Käypä hoito 2018).

Tutkimukset kuvaavat, että korvaushoito koetaan monille elämää vakauttavana ja haittoja vähentävänä hoitona, joka lisää turvallisuutta ja arjen toimivuutta (Selin ym. 2018).

Erityisesti silloin kun lääkehoito yhdistetään psykososiaaliseen tukeen ja toimivaan hoitosuhteeseen hoito vakauttaa tilannetta (Päihdelääketieteen yhdistys 2023). Toisaalta potilaat raportoivat myös stigmaa, leimaavaa kohtelua (THL, 2024) byrokraattisia rajoitteita ja alueellista epätasa-arvoa palveluissa (Selin ym. 2018).

Vaikka opioidikorvaushoidon vaikuttavuudesta, lääkehoidon tehosta ja hoidon rakenteista on kertynyt runsaasti tutkimustietoa (Gedeon ym. 2019; Skretting & Rosenqvist, 2010), potilaiden omiin kokemuksiin liittyy edelleen merkittäviä tiedon aukkoja. Erityisesti hoidon arjen sujumista, hoidon rajoittavuutta ja psykososiaalisen tuen riittävyttä koskeva tutkimus on hajanaista (Alves ym. 2021; Monwell ym. 2018), ja stigman vaikutusta hoitoon hakeutumiseen ja sitoutumiseen on tarkasteltu vain rajallisesti (Garpenhag & Dahlman, 2021). Lisäksi palvelujen saavutettavuuteen ja hoitoon pääsyn esteisiin liittyvä kokemusperäinen tieto on puutteellista (Hall ym. 2021; Troberg ym. 2022), samoin kuin korvaushoidon integraatio perusterveydenhuoltoon ja mielenterveyspalveluihin (Haynes ym. 2024).

### 3 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tämän pro gradu -tutkielman tarkoituksena on kuvata opioidikorvaushoidon toteutumista potilaiden näkökulmasta. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa uutta tietoa tämänhetkisestä tilanteesta opioidikorvaushoidossa. Tutkimus auttaa arvioimaan nykyistä opioidikorvaushoidon käytäntöä ja ehdottamaan muutoksia potilaiden kokemuksen näkökulmasta. Lisäksi tuloksia voidaan hyödyntää hoitojärjestelmän kehittämisessä kohti potilaslähtöisempää lähestymistapaa. Tutkimuksesta saatava tieto voi auttaa vähentämään stigmaa opioidiriippuvuuden hoidossa ja parantaa hoidon saatavuutta ja laatua yhteiskunnassa.

Tutkimuskysymyksinä ovat:

1. Minkälaisia hyötyjä opioidikorvaushoidosta on koettu opioidikorvaushoidossa olevien näkökulmasta?
2. Minkälaisia haittoja opioidikorvaushoidosta on koettu opioidikorvaushoidossa olevien näkökulmasta?

## **4 Tutkimusmenetelmät**

### **4.1 Tutkimusasetelma**

Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisena tutkimuksena. Tutkimuksen avulla kuvataan keskeisiä piirteitä tutkittavasta aiheesta (Hirsjärvi ym. 2009). Tutkimus toteutettiin nimettömänä kyselytutkimuksena, joka oli luonteeltaan poikkileikkaustutkimus. Kyselytutkimus valittiin, sillä se mahdollistaa laajemman tutkimusaineiston keräämisen. Kyselylomakkeen kysymysten avulla haluttiin saada tietoa esimerkiksi hoitokokemuksista, jota kautta voidaan arvioida nykyisiä opioidikorvaushoidon käytäntöjä ja tarvetta niiden muokkaamiseen ja hoidon kehittämiseksi potilaslähtöisemmäksi.

### **4.2 Tutkimuksen kohderyhmä ja tutkimuspaikat**

Tutkimus toteutettiin yhteistyössä yhden hyvinvointialueen kanssa. Tutkimuksen kohderyhmänä olivat yhden hyvinvointialueen potilaat, jotka saavat opioidikorvaushoitoa alueen yksiköissä kuten terveystieteiden keskuksissa tai erikoissairaanhoidossa. Kaikille alueen yksiköissä opioidikorvaushoitoa saaville (noin 656 potilasta) tarjottiin mahdollisuutta osallistua kyselyn täyttämiseen.

### **4.3 Mukaanotto- ja poissulkukriteerit**

Mukaanottokriteerit täyttivät potilaat, jotka olivat täysi-ikäisiä, kykenivät antamaan suostumuksen tutkimukseen osallistumiseen, joilla oli riittävä suomen kielen taito (tutkimustiedote sekä kyselylomake olivat suomeksi) ja potilas sai opioidikorvaushoitoa kyseisellä hyvinvointialueella. Poissulkukriteerit koskivat potilaita, jotka eivät olleet täysi-ikäisiä, jotka eivät kyenneet antamaan suostumustaan tutkimukseen osallistumiseen esimerkiksi kognitiivisten tai kielellisten esteiden vuoksi, potilaat, jotka eivät olleet kykeneviä täyttämään kyselyä esimerkiksi terveydentilan, kivun tai muun syyn vuoksi ja potilaat, jotka eivät olleet alueen yksiköissä opioidikorvaushoidossa.

## 4.4 Kyselylomake ja aineiston keruu

### Kyselylomake

Kyselylomake on osa laajempaa hankekokonaisuutta, jonka avulla pyritään kehittämään opioidiriippuvaisten hoitoonohjauskäytäntöjä sekä hoidon sisältöä vastaamaan opioidikorvaushoidossa olevien tarpeita. Tutkimusta varten luotiin kyselylomake, jossa kerättiin tietoa opioidikorvaushoidossa olevien potilaiden sosiodemografisesta taustasta, opioidikorvaushoidosta, terveydestä ja hyvinvoinnista, elämänlaadusta, syrjintä kokemuksista, päihdekäytöstä, sosiaali- ja terveystalveluiden käytöstä sekä opioidikorvaushoidon kokemuksista. Tutkimuksessa käytettiin osiota koskien opioidikorvaushoidon kokemuksista. Kyselylomaketta kehitettiin ja arvioitiin moniammatillisessa työryhmässä, jossa oli mukana muun muassa päihdelääketieteen erikoislääkäri, yhteiskuntatieteiden-, hoitotieteen tutkijoita sekä sairaanhoitajia.

Kysymyksiä oli yhteensä 25. Aineistonkeruumenetelmänä kyselylomaketta käytetään paljon määrällisissä tutkimuksissa. Tutkimusaineistona käytettiin täten primaariaineistoa kyselylomakkeen muodossa, sillä tieto oli kerätty tätä tutkimusta varten. (Eriksson ym. 2016; Polit & Beck, 2017).

Kysymykset käsittelivät aiheita kuten korvaushoitoon pääseminen, matka korvaushoitoyksikköön, onko potilaan terveys tai elämänlaatu muuttunut korvaushoidon myötä, minkälaisia vaikutuksia opioidikorvaushoidolla on ollut päihtymystilaan tai opioidivieroitusoireisiin ja onko korvaushoito rajoittanut elämää ja pystyykö potilas kertomaan korvaushoidostaan ulkopuolisille ja onko läheiset otettu mukaan hoitoon. Lisäksi kysyttiin vaikuttaako korvaushoito muun terveydenhoidon saamiseen, saako potilas riittävästi tukea ja apua esimerkiksi korvaushoitolääkäriltään tai omahoitajaltaan ja suhtautuuko hoitohenkilökunta myönteisesti hoitoon. Lopuksi selvitettiin, onko opioidikorvaushoito vaikuttanut työllistymiseen tai opiskeluun, pystyykö potilas vaikuttamaan omaan hoitoonsa ja onko tulevaisuuden tavoitteena vieroittautua opioidikorvaushoidosta.

Kyselyn vastaukset kerättiin Likert-asteikolla, joka soveltuu määrälliseen tutkimukseen, koska sen avulla voidaan mitata vastaajien kokemusten, asenteiden ja arvioiden voimakkuutta numeerisessa muodossa (Eriksson ym., 2016; Polit & Beck, 2017). Vastausvaihtoehtoja

annettiin viisi (5), jotka ovat 1. Täysin eri mieltä 2. Jokseenkin eri mieltä 3. Ei eri eikä samaa mieltä 4. Jokseenkin samaa mieltä 5. Täysin samaa mieltä. Kyselytutkimus mahdollisti laajan osallistujajoukon, koska se voitiin toteuttaa useilla eri alustoilla. Osallistujat saivat vastata kyselyyn omalla ajallaan mikä lisäsi osallistumisen helppoutta ja mahdollisti suuremman otannan keräämisen. Numeeristen tietojen kerääminen oli mahdollista, koska vastaukset voitiin helposti muuntaa numeerisiksi arvoiksi Likert-asteikon avulla. Tämä mahdollisti tilastollisen analyysin ja kvantitatiivisten tulosten saamisen tutkimuksen aiheesta. (Polit & Beck, 2017.)

### **Aineiston keruu**

Kysely toteutettiin sekä paperi- että sähköisessä muodossa. Sähköisen version potilas pystyi täyttämään omalla puhelimellaan QR-koodin avulla. Sähköisessä versiossa aineisto kerättiin REDCap-sähköisen tiedonkeruualustan avulla, jota ylläpitää Turun yliopisto. Paperiset kyselyt siirrettiin manuaalisesti REDCap-ohjelmaan tutkijoiden toimesta (Harris ym. 2009; Harris ym. 2019).

Sähköisessä versiossa tiedot tallentuivat samaan ohjelmaan. Paperisen kyselyn potilas pystyi täyttämään omassa hoitopaikassaan tai kotonaan ja tämän jälkeen hän pystyi palauttamaan sen suljetussa kuoressa hoitopaikan työntekijälle tai hoitopaikassa olevaan suljettuun postilaatikkoon. Kyselyajan päätyttyä kyselyt toimitettiin hoitohenkilökunnan taholta tutkijoille suljetuissa kirjekuorissa. REDCapin tutkimusrekisteriin pääsi vain tutkimusryhmä ja REDCap-ohjelmaan vaaditaan henkilökohtainen salasana.

Hoitopaikan henkilökunta tiedotti opioidikorvaushoidossa asioiville tutkimukseen osallistumisesta ja sen vapaaehtoisuudesta. Kiinnostuneille annettiin tutkimustiedote ja tietosuojaseloste luettavaksi. Potilaille kerrottiin, että kyselyyn voi vastata joko paperilomakkeella tai omalla älylaitteella sähköisesti. Paperilomakkeen haluaville annettiin kyselylomake, kirjekuori ja ohjeet palauttamiseen. Kirjekuoret kerättiin keruulaatikkoon, jonka tutkijat noutivat tallennusta varten.

Tutkimukseen vastaaminen kesti vastaajalta noin 30 minuuttia. Opioidikorvaushoitoa tarjoavien paikkojen henkilökuntaa perehdytettiin kyselyyn vastaamisessa ja sen täyttämässä. Kyselyt toimitettiin opioidikorvaushoitoa toteuttaviin hoitopaikkoihin ja yksilöille toimitettiin erillinen ohje kyselyn toteuttamisesta. Hoitohenkilökuntaa ohjeistettiin,

että potilas voi olla yhteydessä tutkimuksesta vastaavaan henkilöön, jos kyselyyn vastaaminen herättää ahdistusta tai huolta. Hoitohenkilökunnalle mahdollistettiin tuki kyselyn toteuttamisen aikana. Kyselyyn vastaajalle ei kertynyt kustannuksia vastaamisesta eikä organisaatiolle kyselyn toteuttamisesta.

#### **4.5 Toteuttamisaikataulu**

Tutkimus toteutettiin syksyn 2023 ja alkukevään 2024 aikana. Syyskuussa 2023 tutkimuksesta annettiin tietoa korvaushoitoa toteuttaviin yksiköihin. Paperiset kyselylomakkeet toimitettiin syyskuun viimeisellä viikolla. Ensimmäinen tiedonkeruujakso toteutui 2.-25.10.2023 ja toinen tiedonkeruujakso 30.10.–5.11.2023. Tiedonkeruun kattavuuden tarkistus tehtiin 27.11.2023 alkavalla viikolla. Joulukuussa 2023 oltiin yhteydessä hoitopaikkoihin ja arvioitiin tarvetta kolmannelle tiedonkeruujaksolle. Tiedonkeruuta ei kuitenkaan päätetty jatkaa, koska vastauksien määrä ei oletettu lisääntyvän merkittävästi. Datan tarkistus suoritettiin joulukuussa 2024, jonka jälkeen käynnistettiin kvantitatiivisen aineiston analyysi.

#### **4.6 Aineiston analyysi**

Kyselylomakkeen analysointi on toteutettu SPSS 27.0 Windows -tilasto-ohjelmalla (IBM Corp., 2020). Tutkimuksessa käytettiin monipuolisesti tilastollisia menetelmiä erityyppisten muuttujien analysoimiseksi. Luokallisten muuttujien välisiä yhteyksiä tutkittiin ristiintaulukoinnin avulla, ja näiden yhteyksien tilastollista merkitsevyyttä arvioitiin Khiin neliötestillä. (LoBiondo-Wood & Haber, 2021.; Polit & Beck, 2017).

Tutkimuslomakkeessa käytettiin strukturoituja kysymyksiä, joissa vastausvaihtoehdot olivat toisensa poissulkevia. Tämä tarkoitti, että vastaaja pystyi valitsemaan vain yhden vaihtoehdon. Kysymykset perustuivat nominaaliasteikollisiin muuttujiin, jotka toimivat luokitusjärjestelminä. Tällaiset muuttujat eivät ilmaise vaihtoehtojen välistä intervallisuhdetta tai selkeää järjestystä, eivätkä ne ole suoraan numeerisesti vertailukelpoisia (Watson, 2015). Kvantitatiivisen tutkimuksen tärkeimpiä käsitteitä ovat muuttuja ja arvo. Muuttuja kertoo kyselyyn vastanneesta yksilöstä mitattavia ominaisuuksia (Polit & Beck, 2017).

Tutkielmassa yhdistettiin vastausvaihtoehdot ”täysin samaa mieltä” ja ”jokseenkin samaa mieltä” ja yhdistämisen myötä nimettiin taulukoihin ”samaa mieltä”. ”Ei eri eikä samaa

mieltä” pidettiin omana vastausvaihtoehtona. ”Jokseenkin eri mieltä” ja ”täysin eri mieltä” yhdistettiin myös ja nimettiin uudelleen ”eri mieltä mieltä” -vastausvaihtoehdoksi.

Kyselytutkimuksissa vastausvaihtoehtojen yhdistäminen on metodologisesti perusteltua erityisesti tilanteissa, joissa yksittäisiin kategorioihin kertyy vain vähän havaintoja. Otskoon riittävyys muodostaa keskeisen argumentin: pienet vastaajamäärät yksittäisissä luokissa altistavat tulokset satunnaisvaihtelulle ja heikentävät yleistettävyyttä. Yhdistämällä samankaltaisia kategorioita voidaan kasvattaa ryhmien kokoa, mikä vahvistaa aineiston luotettavuutta ja vähentää tilastollista epävarmuutta. Raportoinnin selkeys on käytännöllinen, mutta akateemisesti merkittävä syy. Kun vastausvaihtoehtoja yhdistetään, tulosten esittäminen taulukoissa ja graafisissa visualisoinneissa yksinkertaistuu, mikä tukee tutkimuksen kommunikoitavuutta ja parantaa lukijan kykyä hahmottaa keskeiset trendit. Tämä on linjassa tutkimusmetodologian periaatteiden kanssa, joiden mukaan tulosten esitystavan tulee olla sekä informatiivinen että helposti tulkittava (Heikkilä, 2014).

Kategorioiden yhdistäminen perustuu siihen, että esimerkiksi vaihtoehdot ”täysin samaa mieltä” ja ”jokseenkin samaa mieltä” kuvaavat molemmat myönteistä suhtautumista, vaikka niiden voimakkuus vaihtelee, eikä yhdistäminen näin ollen vääristä vastaajien asenteiden perusluonnetta vaan tiivistää aineiston tulkinnallisesti mielekkäisiin kokonaisuuksiin. Tutkimustulokset ja päätelmät perustuivat aineiston tilastolliseen analyysiin, joka esitettiin prosenttitaulukoiden avulla; määrällinen tutkimusote mahdollisti ilmiöiden tarkastelun lukumäärien ja prosenttien kautta sekä muuttujien välisten riippuvuuksien ja mahdollisten muutosten havaitsemisen (Heikkilä, 2014).

Nollahypoteesi on tilastollisen testauksen peruskäsite, joka edustaa oletusta, että tutkittavien muuttujien välillä ei ole vaikutusta, eroa tai riippuvuutta. Se toimii vertailukohtana, jota vastaan vaihtoehtoinen hypoteesi testataan. Nollahypoteesi esitetään usein muodossa, jossa muuttujien välinen vaikutus tai ero on nolla, esimerkiksi: ”Tutkittavan kokemus korvaushoitoon pääsystä ei eroa sukupuolten välillä”. Tilastollisen testauksen tavoitteena oli joko hyväksyä nollahypoteesi tai hylätä se aineistosta tehtyjen havaintojen perusteella. Nollahypoteesi hylätään, jos testin tuottama p-arvo alittaa valitun merkitsevyystason (esimerkiksi 0,05), mikä viittaa siihen, että tulokset ovat epätodennäköisiä pelkästään sattuman perusteella (Heikkilä, 2014).

Nollahypoteesin paikkansapitävyyttä arvioitiin Pearsonin Chi-Square-testillä (khiin neliö - testi,  $\chi^2$ ). Tilastollisen merkitsevyyden kriteeriksi asetettiin p-arvo  $< 0,05$ . Näin tilastollisen merkitsevyyden asteet ilmaisivat havaintojen luotettavuuden ja niiden eroavaisuuksien merkittävyyden (Heikkilä, 2014.). Tulosten raportoinnissa on erikseen merkitty havaittujen erojen merkitsevyytasot seuraavasti:

- Erittäin **merkitsevä ero**:  $p < 0,001$  (\*\*\*)
- Merkitsevä **ero**:  $0,001 < p < 0,01$  (\*\*)
- Lähes **merkitsevä ero**:  $0,01 < p < 0,05$  (\*)

Taulukko 1. Kysymysten jaottelu myönteisiin ja kielteisiin kokemuksiin:

Kielteiset kysymykset	Myönteiset kysymykset
-Korvaushoitopaikkaani on liian pitkä matka. -Korvaushoidolla ei ole ollut vaikutusta siihen, kuinka usein olen päihtynyt. -Minulla on toistuvasti opioidivieroitusoireita. -En halua kertoa muille, että olen korvaushoidossa. -Tarvitsen apua arjessa selviytymiseen (esim. raha-asioiden hoitaminen, asuminen, muu arjen hallinta). -Pelkään, että joudun pois korvaushoidosta. -Korvaushoitoni vaikeuttaa muun hoidon saamista. -Töissä käyminen tai opiskeleminen olisi minulle mahdotonta ilman korvaushoitoa -Olen joutunut antamaan tai myymään korvaushoitolääkkeitani muille vastoin omaa tahtoani.	-Korvaushoittoon pääseminen oli helppoa. -Terveyteni on kohentunut korvaushoidon myötä. -Elämänlaatuni on parantunut korvaushoidon aikana. -Korvaushoito ei rajoita elämääni. -Vietän nykyisin vähemmän aikaa päihteitä käyttävien henkilöiden kanssa kuin ennen korvaushoitoa. -Minun ei tee lainkaan mieli käyttää opioideja. -Kotiannosten saaminen motivoi minua päihteettömyyteen -Tapaan korvaushoitolääkärini riittävän usein. -Tapaan korvaushoidon omatyöntekijäni riittävän usein. -Saan riittävästi tukea ja apua korvaushoidossani. -Korvaushoidon henkilökunta suhtautuu myönteisesti hoitooni -Voin kertoa kaikista asioistani luottamuksellisesti korvaushoitohenkilökunnalle. -Läheiseni on otettu mukaan korvaushoitooni -Huumeseulojen ottaminen motivoi minua päihteettömyyteen -Pystyn vaikuttamaan korvaushoitooni -Aion tulevaisuudessa vieroittautua korvaushoidosta.

#### 4.7 Tutkimuksen resursointi

Turun yliopiston tutkijat tekivät yhteistyötä yhden hyvinvointialueen opioidikorvaushoitohankkeen työntekijöiden ja Tampereen yliopiston tutkijoiden kanssa tutkimuksen parissa. Päihdelääketieteen professori Solja Niemelä, joka toimii Turun

yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan kliinisen laitoksen psykiatrian oppiaineella, johti tutkimusta. Rahoitusta tälle tutkimukselle ei haettu erikseen.

## 5 Tutkimustulokset

### 5.1 Vastaajien taustatiedot

Vastausprosentti oli 17,8 %. Kaikki tutkimukseen osallistuneet eivät vastanneet jokaiseen kysymykseen, joten vastausmäärä vaihtelee kysymyksittäin. Kyselyyn oli vastannut 29 osallistujaa ilman suostumuksen täyttämistä. Vastaukset otettiin tutkimuksen vastuullisen johtajan päätöksellä mukaan analyysiin perusteina, että osallistujia on antanut suostumuksen täytettyään kyselyn loppuun asti.

Tutkimukseen osallistui 117 vastaajaa (Taulukko 2). Vastaajien iän keskiarvo oli 38,5 vuotta ja keskihajonta 9,3 vuotta. Keskimäärin iät poikkeavat noin 10 vuotta keski-ikästä. Nuorin vastaaja oli 18-vuotias ja vanhin 66-vuotias. Ikäluokittain jaoteltuna suurin ryhmä oli 40–49-vuotiaat. Tutkimukseen osallistuneista suurin osa oli miehiä (61,4 %) ja naisia vastaajista oli 36 (35,6 %).

Vastaajien koulutustasossa yleisin oli perus- tai kansakoulu, jonka oli suorittanut lähes puolet vastaajista (49,0 %). Valtaosa vastaajista asui itsenäisesti vuokra- tai omistusasunnossa (79,4 %) ja asunnottomia vastaajista oli 7,9 %. Toimeentulossa korostui työttömyyspäiväraha tai työmarkkinatuki (53,9 %). Vastaajista 11,8%: n toimeentulon lähteenä oli rikollinen toiminta, toimeentulon saajia oli 40,2 %.

Vastaajista suurin osa (31,0 %) ei tiennyt korvaushoidon toteutustapaa, pieni ryhmä vastaajista kertoi olevansa haittoja vähentävässä hoidossa (17,0 %). Viidennes (22,0 %) kertoi hoitomuodon olevan kokonaan määrittelemätön. Korvaushoitopaikassa asioinnin osalta yleisin oli kerran viikossa tai kerran kuukaudessa (60,0 %).

Asumismuodon, toimeentulon ja asioinnin korvaushoitopaikassa sekä kyselyn väittämien välillä ei havaittu tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä.

Taulukko 2. Vastaajien taustatiedot

	Vastausmäärä, n	Osuus vastaajista, %
<b>Sukupuoli</b>		
Mies	62	61,4 %
Nainen	36	35,6 %

Ei halua sanoa tai muu	3	3,0 %
<b>Ikä</b>		
18–29 v.	18	15,3 %
30–39 v.	26	22,2 %
40–49 v.	34	29,0 %
50–66 v.	10	8,5 %
<b>Koulutustaso</b>		
Ei koulutusta tai perus-/ kansakoulu	57	55,9 %
Lukio tai ammattikoulu	39	38,2 %
Ammattikorkeakoulu tai yliopisto tai muu	6	5,9 %
<b>Toimeentulo</b>		
Palkkatyö verokortilla	15	14,7 %
Työttömyyspäiväraha tai työmarkkinatuki	55	53,9 %
Sairauspäiväraha tai kuntoutustuki tai eläke	17	16,7 %
Toimeentulotuki	41	40,2 %
Rikollinen toiminta tai muu	18	17,7 %
<b>Asumismuoto</b>		
Yksityisasunto (esim. vuokra- tai omistusasunto)	81	79,4 %
Tukiasuminen (esim. tukiasunto, ohjattu asumispalvelu tai palvelukeskus)	13	12,7 %
Ei asuntoa tai muu	8	7,8 %
<b>Korvaushoidon muoto</b>		
Haittoja vähentävä korvaushoito	17	17,0 %
Kuntouttava korvaushoito	30	30,0 %
Ei tiedä/muotoa ei ole määritely	53	53 %
<b>Asiointi korvaushoitopaikassa</b>		
Päivittäin	35	35 %
Vain arkisin maanantaista perjantaihin tai 2-4 päivänä viikossa	6	6 %
Kerran viikossa tai kerran kuukaudessa	60	60 %

## 5.2 Opioidikorvaushoidon hyödyt opioidikorvaushoidossa olevien näkökulmasta

**Hoitoon pääsy ja saavutettavuus** Vastaajat jakautuivat melko tasaisesti korvaushoitoon pääsemisen helppouden osalta. Hieman yli puolet vastaajista (55 %) koki, että korvaushoitoon pääseminen oli ollut helppoa. Hieman alle puolet (30 %) oli kokenut korvaushoitoon pääsyn vaikeaksi ja 15 %:lla ei ollut eriyvää mielipidettä hoitoon pääsystä.

### **Hoidon vaikutukset terveyteen ja elämänlaatuun** Vastaajien kokemukset

opioidikorvaushoidosta olivat pääosin myönteisiä, mutta niissä näkyi myös vaihtelua. Suurin osa koki terveyden kohentuneen hoidon aikana: yli 70 % ilmoitti vointinsa parantuneen, kun taas vain noin 13 % oli eri mieltä ja 12 % neutraaleja. Samansuuntaisia tuloksia saatiin elämänlaadun osalta, sillä lähes kolme neljäsosaa vastaajista koki elämänlaatunsa parantuneen ja vain noin 14 % oli eri mieltä.

Hoitoon liittyvien rajoitusten osalta mielipiteet jakoutuivat selvästi. Yli puolet vastaajista koki hoidon rajoittavan elämäänsä, mutta lähes 40 % ei kokenut rajoituksia lainkaan. Tämä tulos oli poikkeuksellisen kaksijakoinen verrattuna muihin kysymyksiin. Sosiaalisten suhteiden osalta tulokset olivat selkeämpiä: yli kaksi kolmasosaa kertoi viettävänsä nykyisin vähemmän aikaa päihteitä käyttävien henkilöiden kanssa kuin ennen hoitoa.

Opioidien käyttöhalun osalta enemmistö koki halun vähentyneen merkittävästi, ja noin 55 % ilmoitti, ettei heillä ole lainkaan mielihalua käyttää opioideja. Toisaalta lähes 30 % vastaajista kertoi edelleen kokevansa käyttöhalua, mikä osoittaa hoidon vaikutusten yksilöllisyyttä. Lisäksi noin 14 % pysyi neutraalina, mikä viittaa siihen, että osalle hoidon vaikutukset eivät olleet selkeästi myönteisiä tai kielteisiä.

Vastaajien näkemykset arjessa selviytymisen tuen tarpeesta jakoutuivat kahteen päälinjaan. Valtaosa eli yli puolet koki pärjäävänsä ilman apua esimerkiksi raha-asioiden, asumisen tai arjen hallinnan suhteen. Vähäisimmän vastausprosentin sai neutraali suhtautuminen, sillä vain noin 10 % ei ottanut kantaa tuen tarpeeseen.

**Motivaatio hoitoon** Vastaajien kokemukset päihteettömyyden motivoinnista liittyivät sekä kotiannoksiin että huumesuloihin, mutta tulokset erosivat toisistaan. Kotiannosten osalta enemmistö koki niiden tukevan päihteettömyyttä: yli puolet piti kotiannoksia motivoivina, kun taas noin viidennes oli eri mieltä ja lähes kolmannes pysyi neutraalina.

Väittämän ”*Kotiannosten saaminen motivoi minua päihteettömyyteen*” ja kerran viikossa tai kerran kuukaudessa käyvien välillä lähes merkitsevä yhteys ( $p=0,002$ ).

Huumesulojen kohdalla mielipiteet jakoutuivat tasaisemmin. Noin kolmannes vastaajista koki seulat motivoiviksi, mutta lähes yhtä suuri osuus ei kokenut niillä olevan motivaatiovaikutusta. Lisäksi yli neljäsosaa jäi neutraaliksi. Sukupuolella ja väittämällä

todettiin tilastollisesti merkitsevä yhteys väittämän ”huumeseulojen ottaminen motivoi minua päihitteettömyyteen” välillä ( $p < 0,001$ ). Miehistä suurin osa (29) koki olevan täysin eri mieltä tai jokseenkin eri mieltä, kun taas naisista suurin osa (20) oli jokseenkin samaa mieltä tai täysin samaa mieltä.

Korvaushoidon muodon sekä väittämän ”Kotiannosten saaminen motivoi minua päihitteettömyyteen” osalta ei tehty tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä. Havaittiin kuitenkin lähes merkitsevä ero ( $p = 0,004$ ) kun kuntouttavassa korvaushoidossa olevista suurin osa (21 %) oli jokseenkin samaa mieltä tai täysin samaa mieltä väittämän kanssa

**Hoidon laatu ja tuki** Vastaajien kokemukset korvaushoidon arjesta ja henkilökunnan toiminnasta olivat pääosin myönteisiä, mutta niissä näkyi myös eroja. Omatyöntekijän tapaamistiheys koettiin useimmiten riittäväksi, sillä lähes kaksi kolmasosaa oli tyytyväisiä, vaikka noin kolmannes oli eri mieltä. Lääkärin tapaamisten osalta tilanne oli päinvastainen: yli puolet koki tapaamisia riittämättömiksi ja kolmannes piti niitä riittävinä.

Suurin osa vastaajista kertoi saavansa riittävästi tukea ja apua korvaushoidossa, mutta noin kolmannes oli eri mieltä ja osa pysyi neutraalina. Henkilökunnan suhtautuminen arvioitiin selvästi myönteiseksi, sillä yli 70 % koki henkilökunnan suhtautuvan hoitoon positiivisesti. Luottamuksellisuus toteutui hyvin: yli kaksi kolmasosaa koki voivansa kertoa asioistaan avoimesti henkilökunnalle, vaikka noin kuudesosa oli eri mieltä.

Taulukko 3. Myönteiset kokemukset opioidikorvaushoidosta

	Eri mieltä n (%)	Ei eri eikä samaa mieltä n (%)	Samaa mieltä n (%)
<b>Hoitoon pääsy ja saavutettavuus</b>			
Korvaushoitoon pääseminen oli helppoa	29 (29,6 %)	15 (15,3 %)	54 (55,1 %)
<b>Hoidon vaikutukset terveyteen ja elämänlaatuun</b>			
Terveyteni on kohentunut korvaushoidon myötä.	13 (13,4 %)	12 (12,4 %)	72 (74,2 %)
Elämänlaatuni on parantunut korvaushoidon aikana.	14 (14,2 %)	11 (11,1 %)	74 (74,8 %)
Korvaushoito ei rajoita elämäni.	51 (52,6 %)	9 (9,3 %)	48 (51,1 %)
Vietän nykyisin vähemmän aikaa päihteitä käyttävien henkilöiden kanssa kuin ennen korvaushoitoa.	17 (17,5 %)	12 (12,4 %)	68 (70,1 %)

Minun ei tee lainkaan mieli käyttää opioideja	29 (29,9 %)	14 (14,4 %)	54 (55,6 %)
Töissä käyminen tai opiskeleminen olisi minulle mahdotonta ilman korvaushoitoa	6 (8,3 %)	21 (21,6 %)	68 (70,1 %)
<b>Motivaatio hoitoon</b>			
Kotiannosten saaminen motivoi minua päihteettömyyteen	19 (16,2 %)	27 (28,7 %)	48 (41 %)
Huumeseudolojen ottaminen motivoi minua päihteettömyyteen	36 (37,1 %)	26 (26,8 %)	35 (36,1 %)
<b>Hoidon laatu ja tuki</b>			
Tapaan korvaushoitolääkäriäni riittävän usein.	52 (53,1 %)	16 (16,3 %)	30 (30,6 %)
Tapaan korvaushoidon omatyöntekijäni riittävän usein.	23 (23,5 %)	16 (16,3 %)	59 (60,2 %)
Saan riittävästi tukea ja apua korvaushoidossani.	30 (30,6 %)	14 (14,3 %)	54 (55,1 %)
Korvaushoidon henkilökunta suhtautuu myönteisesti hoitooni	12 (12,2 %)	14 (14,3 %)	72 (73,4 %)
Voin kertoa kaikista asioistani luottamuksellisesti korvaushoitohenkilökunnalle	16 (16,5 %)	12 (12,4 %)	69 (71,1 %)
Läheiseni on otettu mukaan korvaushoitooni	42 (43,8 %)	33 (34,4 %)	21 (21,9 %)
<b>Potilaan vaikutusmahdollisuudet ja tulevaisuus</b>			
Pystyn vaikuttamaan korvaushoitooni	27 (27,5 %)	22 (22,4 %)	49 (50,0 %)
Aion tulevaisuudessa vieroittaa	23 (24,5 %)	26 (26,5 %)	49 (50,0 %)

Sen sijaan läheisten osallistuminen hoitoon jäi vähäiseksi. Yli 40 % oli eri mieltä siitä, että läheiset olisivat mukana hoidossa, ja vain noin viidennes koki heidän osallistuvan. Tämä kertoo, että vaikka henkilökunnan toiminta ja luottamuksellisuus koettiin pääosin myönteisesti, läheisten rooli hoidossa jäi vähäiseksi ja lääkärin tapaamisten riittävyys nähtiin puutteellisena.

Päivittäin käyvistä 21 potilasta koki olevansa täysin eri mieltä tai jokseenkin eri mieltä väittämän ”Läheiseni on otettu mukaan korvaushoitooni” kanssa, jolloin muuttujien välillä lähes merkitsevä yhteys ( $p=0,003$ ).

**Potilaan vaikutusmahdollisuudet ja tulevaisuus** Vastaajien kokemukset osallisuudesta ja tulevaisuuden suunnitelmista korvaushoidossa toivat esiin sekä myönteisiä että jakautuneita näkemyksiä. Yli puolet koki voivansa vaikuttaa hoitoonsa, mutta noin neljännes oli eri mieltä ja viidennes pysyi neutraalina, mikä kertoo osallisuuden kokemuksen vaihtelevuudesta. (Taulukko 3.)

Tulevaisuuden vieroittautumisaikoiden osalta puolet vastaajista ilmoitti aikovansa lopettaa korvaushoidon, kun taas noin neljännes ei pitänyt vieroittautumista tavoitteena ja yli neljännes jäi neutraaliksi.

### 5.3 Opioidikorvaushoidon haitat opioidikorvaushoidossa olevien näkökulmasta

**Saavutettavuus** Vastaajien kokemukset opioidikorvaushoitoon liittyvistä haitoista jakautui tuoden esiin selkeitä eroja (taulukko 3.). Korvaushoitopaikan etäisyydestä jakautuivat tasaisesti. Yli puolet ei kokenut matkaa liian pitkäksi, kun taas lähes kolmannes piti sitä liian pitkänä. Viidennes jäi neutraaliksi. Tämä osoittaa, että etäisyys ei ole enemmistölle merkittävä ongelma, mutta merkittävä vähemmistö kokee sen selkeänä haasteena.

Sukupuolen ja väittämän ”*korvaushoitopaikkaani on liian pitkä matka*”, välillä havaittiin lähes merkitsevä yhteys ( $p=0,002$ ). Miesten välillä vastaukset jakaantui tasaisemmin jokaisen vastausvaihtoehdon kohdalla, mutta naiset kokivat pääasiassa olevan täysin eri mieltä tai jokseenkin eri mieltä (24 henkilöä). Muutoin ei havaittu tilastollisesti merkittäviä yhteyksiä sukupuoleen liittyen.

**Hoidon vaikutukset** Vastaajien kokemukset korvaushoidon vaikutuksista päihtymiseen, vieroitusoireisiin ja arjessa selviytymiseen toivat esiin selkeitä eroja. Päihtymisen osalta yleisin tulos oli, että lähes 60 % koki korvaushoidon vähentäneen päihtymisen tiheyttä. Harvinaisin tulos oli, että vain noin 23 % koki hoidon olevan vaikutukseton päihtymisen määrään. Vieroitusoireiden osalta yleisin tulos oli, että yli kaksi kolmasosaa ei kokenut toistuvia vieroitusoireita korvaushoidon aikana, kun taas noin 21 % kertoi kärsivänsä niistä. Työ- ja opiskelukyvyyn osalta yleisin tulos oli, että lähes kolme neljäsosaa piti korvaushoitoa välttämättömänä työnteon tai opiskelun mahdollistamiseksi. 8,3 % oli eri mieltä tästä väittämästä.

Tarvitsen apua arjessa selviytymiseen liittyen vastausten perusteella näkemykset jakautuvat selvästi kahtia. Lähes puolet (47 %) on eri mieltä väittämän kanssa, ja hieman yli 42 % on samaa mieltä. Neutraaleja on vain noin 10 %.

Koulutuksen ja väittämän ”*Tarvitsen apua arjessa selviytymiseen (esim. raha-asioiden hoitaminen, asuminen, muu arjen hallinta)*” havaittiin tilastollinen merkitsevyys ( $p=0,009$ ). Perus- tai kansakoulun käyneitä oli vastaajista eniten (50), ja vastaajien välillä 20 koki olevansa täysin eri mieltä tai jokseenkin eri mieltä, mutta 24 taas koki olevansa jokseenkin samaa mieltä tai täysin samaa mieltä. Ammattikoulun käyneistä 19 koki olevansa täysin eri mieltä tai jokseenkin eri mieltä ja 10 koki olevansa jokseenkin samaa mieltä tai täysin samaa mieltä. Muutoin koulutuksen osalta ei havaittua tilastollisesti merkittäviä yhteyksiä väittämien kanssa.

**Stigma** Vastaajien suhtautuminen siihen, haluavatko he kertoa muille olevansa korvaushoidossa, jakautui tasaisesti kahteen päälinjaan. Suurin osa vastaajista, yli 45 % ei kokenut tarpeelliseksi salata hoitoon osallistumistaan. 14,4 % vastaajan tulos jäi neutraaliksi eivätkö he ottaneet kantaa asian julkisuuteen.

### Arjessa selviytyminen

Vastaajien näkemykset arjessa selviytymisen tuen tarpeesta jakoutuivat kahteen päälinjaan. Valtaosa eli yli puolet koki pärjäävänsä ilman apua esimerkiksi raha-asioiden, asumisen tai arjen hallinnan suhteen. Vähäisimmän vastausprosentin sai neutraali suhtautuminen, sillä vain noin 10 % ei ottanut kantaa tuen tarpeeseen.

Taulukko 4. Haasteet opioidikorvaushoidossa

	Eri mieltä n (%)	Ei eri eikä samaa mieltä n (%)	Samaa mieltä n (%)
<b>Saavutettavuus:</b> Korvaushoitopaikkaani on liian pitkä matka	50 (51 %)	20 (20,4 %)	28 (28,5 %)
<b>Hoidon vaikutukset:</b> Korvaushoidolla ei ole ollut vaikutusta siihen, kuinka usein olen päihtynyt. Minulla on toistuvasti opioidivieroitusoireita.	58 (59,8 %)	17 (17,5 %)	22 (22,7 %)
	66 (69,5 %)	9 (9,5 %)	20 (20,1 %)
	6 (8,3 %)		

Töissä käyminen tai opiskeleminen olisi minulle mahdotonta ilman korvaushoitoa		<b>21</b> (21,6 %)	<b>68</b> (70,1 %)
Tarvitsen apua arjessa selviytymiseen (esim. raha-asioiden hoitaminen, asuminen, muu arjen hallinta).	<b>46</b> (47,4 %)	<b>10</b> (10,3 %)	<b>41</b> (42,3 %)
<b>Stigma:</b> En halua kertoa muille, että olen korvaushoidossa.	<b>44</b> (45,4 %)	<b>14</b> (14,4 %)	<b>39</b> (40,2 %)
<b>Hoidon jatkuvuus ja turvallisuus:</b>			
Pelkään, että joudun pois korvaushoidosta.	<b>62</b> (63,9 %)	<b>19</b> (9,6 %)	<b>16</b> (16,5 %)
Korvaushoitoni vaikeuttaa muun hoidon saamista.	<b>25</b> (25,8 %)	<b>13</b> (13,4 %)	<b>59</b> (60,8 %)
Olen joutunut antamaan tai myymään korvaushoitolääkkeitani muille vastoin omaa tahtoani.	<b>85</b> (86,5 %)	<b>9</b> (9,2 %)	<b>4</b> (4,1 %)

**Hoidon jatkuvuus ja turvallisuus** Vastaajien kokemukset korvaushoidon turvasta ja sen vaikutuksista muuhun hoitoon sekä lääkkeiden hallintaan toivat esiin sekä luottamusta että huolia. Turvallisuuden osalta valtaosa ei pelännyt hoidon keskeytymistä, kun taas marginaalinen ryhmä, noin 16 %, koki epävarmuutta hoidon jatkumisesta.

**Muun hoidon saatavuuden kohdalla** tyypillisin havainto oli, että yli kolmannes koki korvaushoidon vaikeuttavan muiden hoitomuotojen saamista. Vähäisin osuus, noin neljännes, oli eri mieltä tästä väittämästä. Lääkkeiden hallinnan osalta dominoiva tulos oli, että lähes 87 % ei ollut joutunut luovuttamaan lääkkeitään muille vastoin tahtoaan. Poikkeuksellinen havainto oli, että vain noin 4 % kertoi kokeneensa tällaista.

#### 5.4 Yhteenveto tuloksista

Yhteenvetona voidaan todeta, että kotiannokset näyttäytyivät vastaajien keskuudessa selkeänä päihdeettömyyttä tukevana tekijänä, kun taas huumesulojen merkitys motivaatiossa vaihteli huomattavasti vastaajien välillä. Korvaushoidon henkilöstön tuki, myönteinen asenne ja luottamuksellisuus koettiin vahvuuksiksi, mutta lääkärin tapaamistiheys ja läheisten osallistumisen mahdollisuudet nousivat esiin selkeinä kehittämiskohteina.

Havainnot osoittavat, että merkittävä osa vastaajista kokee voivansa vaikuttaa hoitoonsa ja näkee tulevaisuudessa mahdollisuuden vieroittautua. Toisaalta osalle osallisuus ja vieroittautuminen eivät ole yhtä keskeisiä tavoitteita. Monien vastaajien mukaan korvaushoito on vähentänyt päihtymistä ja vieroitusoireita sekä mahdollistanut työnteon ja opiskelun, mikä korostaa sen merkitystä arjessa selviytymisen tukena.

Suurin osa vastaajista kokee hoidon jatkuvuuden turvatuksi ja lääkkeiden hallinnan pysyvän omissa käsissä. Samalla kuitenkin huomattava osa kokee, että korvaushoito vaikeuttaa muun hoidon saamista, mikä voi heijastua kokonaisvaltaiseen hoitokokemukseen ja lisätä haasteita hoidon integraatiossa muihin palveluihin.

## 6 Pohdinta

### 6.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata opioidikorvaushoidon toteutumista potilaiden näkökulmasta sekä tuottaa uutta tietoa tämänhetkisestä tilanteesta opioidikorvaushoidossa. Hoidon rajoittavuus jakoi vastaajien kokemuksia: osa ei kokenut hoitoa rajoittavana, kun taas lähes yhtä moni koki hoidon rakenteiden, kuten aikataulujen ja kontrollin, vaikuttavan arkeen. Tämä on linjassa aiemman tutkimuksen kanssa, jossa korvaushoidon koettiin toisinaan rajoittavan autonomiaa ja päivittäistä elämää (Alves, Stevenson & Mylan, 2021; Monwell, Bülow & Johnson, 2018). Samalla osa potilaista koki hyvinvoinnin parantumisen jäävän vajaaksi hoidon kontrolloivuuden, sosiaalisten haasteiden, stigman (Garpenhag ym. 2021) tai autonomian puutteen vuoksi (Gedeon ym. 2019).

Suurin osa vastaajista koki terveytensä ja elämänlaatunsa kohentuneen korvaushoidon aikana. Tämä vastaa aiempia havaintoja hoidon vaikutuksista fyysiseen ja psyykkiseen hyvinvointiin sekä arjen hallintaan (Aalto ym. 2018; EMCDDA, 2023; Lowry ym. 2024). Nämä tekijät voivat liittyä esimerkiksi päivittäisiin käynteihin, annostelukäytäntöihin tai muihin elämän ongelmiin, joita hoito ei yksin ratkaise.

Tutkimuksesta saadut tulokset potilaiden kokemuksista osoittavat, että stigmaa opioidikorvaushoidossa olemista kohtaan on edelleen olemassa, mutta se ei ole täysin yhtenevä kokemus kaikkien opioidikorvaushoidossa olevien kesken. Osa kokee stigman hyvin voimakkaana, mutta osalla se näyttäytyy vähäisempänä tai muuttuneena. Läheisten vähäinen osallistuminen hoitoon nousee esiin toistuvana ilmiönä ja viittaa mahdolliseen sosiaalisen tuen puutteeseen potilaiden arjessa. Lisäksi palveluiden saavutettavuuden ongelmat ilmenevät rakenteellisina esteinä. Yli kolmannes kokee, että korvaushoito vaikeuttaa muiden hoitomuotojen saamista. Tulokset raportoidaan jaoteltuna opioidikorvaushoidon haasteiden sekä hyötyjen mukaan.

Vastaajien näkemykset siitä, kuinka avoimesti he haluavat kertoa korvaushoitoon osallistumisestaan, jakautuivat kahteen selkeään ryhmään. Huomattava osa, yli 45 %, ei kokenut tarvetta peitellä hoitoaan, mikä viittaa siihen, että hoitoon liittyvä stigma ei ollut kaikille merkittävä huolenaihe. Tässä valossa tulos viittaa siihen, että stigma ei näyttäydä

kaikille potilaille yhtä voimakkaana – osa kokee voivansa olla avoimia hoidostaan, mikä ei ole tutkimustiedossa yleisin korostus.

Tulokset poikkeavat osittain aiemmista tutkimuksista, joissa stigmaa kuvataan laaja-alaisena ja usein hoidon salaamiseen johtavana ilmiönä (Garpenhag ym. 2021; Wogen ym. 2020). Aiemmissä tutkimuksissa korostetaan, että julkinen, rakenteellinen ja itse-stigma voivat saada potilaat piilottamaan hoitoaan tai välttämään sen kokonaan (Gronnenstad ym. 2016; McPhee ym. 2014; Notley ym. 2015; Radley ym. 2016). Tämä ero voi kertoa hoidon normalisoitumisesta, yksilöllisistä kokemuksista tai siitä, että stigma kohdistuu eri tavoin eri potilasryhmiin (Lowry ym. 2024). Kun tuloksia verrataan kansainvälisiin tutkimuksiin, on kuitenkin huomioitava, että terveydenhuollon järjestelmät, potilasryhmät ja hoitokäytännöt voivat poiketa merkittävästi eri maiden välillä. Esimerkiksi hoitoajat, resurssit ja palvelurakenteet voivat vaihdella, mikä saattaa vaikuttaa tulosten vertailtavuuteen. Näistä eroista ei kuitenkaan ole saatavilla riittävästi yhtenäistä tutkimustietoa, joten aihe edellyttää lisäselvityksiä ennen kuin johtopäätöksiä voidaan tehdä laajemmin.

Korvaushoidon vaikutus muiden palveluiden saavutettavuuteen nousi esiin selkeänä huolena. Yli kolmannes vastaajista koki, että korvaushoito vaikeutti muiden hoitomuotojen saamista. Vain noin neljännes oli eri mieltä, mikä viittaa siihen, että palvelujärjestelmän koettiin paikoin rajoittavan hoitopolkujen joustavuutta. Nämä vaikutukset muiden palveluiden saavuttamiseen asettuu hyvin yhteen aiemman tutkimuksen kanssa, jossa on toistuvasti kuvattu rakenteellisia esteitä ja syrjiviä käytäntöjä korvaushoitoa saavien potilaiden palvelupoluissa (Hall ym. 2021; Troberg ym. 2022). Aiemmissä tutkimuksissa on myös osoitettu, että korvaushoitopotilaat eivät aina saa samanlaista kohtelua kuin muut pitkäaikaissairaat, ja heidän hoitoonsa liittyy usein ennakkoluuloja, jotka heikentävät palveluiden saavutettavuutta (Radley ym. 2016; Haynes ym. 2024). Opioidikorvaushoito on eriytetty muusta terveydenhuollosta, joka saattaa tuoda haasteita ja potilaat putoavat muista palveluista (EMCDDA 2020; EMCDDA 2023; EUDA 2025.) Terveydenhuolto ei aina tunne opioidikorvaushoidon käytäntöjä tai lääkityksiä. Tämä voi johtaa varovaisuuteen, hoidon välttelyyn tai virheellisiin päätöksiin. (Gedeon ym. 2019; Aalto ym. 2018.) Potilaat myös kertovat, ettei heidän oireitaan oteta vakavasti ja he kokevat tulevansa nähdyiksi ”addikteina” eikä tavallisina potilaina. (Garpenhag & Dahlman 2021; Alves ym. 2021.) Tulosten tulkinnassa on kuitenkin huomioitava, että kansainvälisissä tutkimuksissa palvelurakenteet ja hoitokäytännöt voivat poiketa merkittävästi toisistaan. Esimerkiksi resurssien ja palvelujen

integraation mahdolliset erot voivat vaikuttaa siihen, miten korvaushoito suhteutuu muihin hoitomuotoihin. Näistä eroista ei kuitenkaan ole saatavilla vertailukelpoista tutkimustietoa, joten aihe edellyttää lisäselvityksiä ennen laajempien johtopäätösten tekemistä.

Tutkimuksen tulokset viittaavat siihen, että monille hoitoon pääsy on ollut kohtuullisen helppoa, mutta osalle se on näyttäytynyt vaikeampana. 54 % vastaajista oli samaa mieltä, mutta 29 % taas oli eri mieltä. Tämä on aiemmin liitetty palvelujärjestelmän alueellisiin ja rakenteellisiin eroihin (Partanen, 2022; Troberg ym. 2022). Vuosien 2019–2024 välillä on tapahtunut jyrkkää kasvua opioidikorvaushoidossa olevien määrässä. Hoitoon pääsyssä on mahdollisesti ollut alitarjontaa, jonka vuoksi jonoon on kertynyt hoitoa odottavia tai Suomessa ollut alueellisia eroja hoitoon pääsyssä. Hoitoon pääsy saattaa olla hidasta suurimmissa kaupungeissa ja lisäksi riittämättömät resurssit ja vaihtelevat käytännöt voivat vaikuttaa potilaiden kokemukseen. Myös potilaan kyky sitoutua opioidikorvaushoidon arviointiprosessiin voi vaikuttaa hoitoon pääsyyn (Aalto ym. 2018).

Läheisten osallistuminen hoitoprosessiin havaittiin olevan vähäistä. Yli 40 % vastaajista koki, etteivät läheiset olleet mukana hoidossa, ja vain noin viidennes kertoi heidän osallistuvan. Tämä osoittaa, että vaikka hoitohenkilökunnan toiminta ja luottamuksellisuus arvioitiin pääosin myönteisiksi, läheisten tuki jäi monilla vähäiseksi. Aiempi tutkimus tukee tätä havaintoa: potilaat ovat kuvanneet saavansa läheisiltä niukasti tukea ja kokevansa negatiivisia asenteita perheen ja ystävien taholta (Radley ym. 2016; Vishwanath ym. 2019). Myös laaja katsaus psykososiaalisiin interventioihin osoittaa, että perhetyö ja läheisten osallistuminen ovat opioidikorvaushoidossa harvoin systemaattisesti toteutettuja, vaikka teoriassa ne voisivat tukea hoitoon sitoutumista ja arjen vakautta (Wild ym. 2021).

Perhetyötä ja muita sosiaalisen kuntoutuksen muotoja on tutkittu huomattavan vähän verrattuna yksilökeskeisiin menetelmiin, mikä heijastuu myös käytäntöön: läheiset jäävät usein sivuun, vaikka he voisivat muodostaa tärkeän voimavaran asiakkaan toipumiselle ja sosiaaliselle kuntoutumiselle (Wild ym. 2021). Kokonaisuutena voidaan todeta, että korvaushoito näyttääytyy useimmille vastaajille merkityksellisenä. Avoimuus ja yksityisyys muodostavat keskeisen jännitteen: osa kokee hoidon asiaksi, jonka voi jakaa, kun taas toisille se on henkilökohtainen ja rajattava. Neutraali suhtautuminen oli selvästi harvinaisempaa, mikä osoittaa, että korvaushoito herättää vahvoja merkityksiä ja kokemuksia joko positiivisessa tai kriittisessä suunnassa (Vishwanath ym. 2019; Patil & Mummery, 2024).

Tästä seuraa tarve potilaslähtöisille käytännöille, kuten normalisoivalle kohtaamiselle, läheisten osallistamisen lisäämiselle sekä palvelujen integraation ja joustavuuden parantamiselle. Tämä osoittaa, että monille korvaushoito nähdään välietappina kohti päihteettömyyttä, mutta osalle se näyttää pidempiaikaisena ratkaisuna.

## 6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tämän tutkimuksen avulla kerättiin tietoa ihmisten käyttäytymisestä, mielipiteistä, arvoista ja asenteista sekä erilaisista yhteiskunnallisista ilmiöistä. Tämän tutkimuksen kaltaiset tutkimuskohteet ovat usein monimutkaisia ja moniulotteisia, joten niiden tutkiminen edellyttää huolellista suunnittelua. Tutkimuksen mittaristo kyselyssä taas muodostuu kysymyksistä ja väitteistä, joiden avulla tilastollinen analyysi mahdollistuu. On tärkeää esittää tutkimusaiheeseen liittyviä keskeisiä kysymyksiä siten, että ne ovat tilastollisesti perusteltuja ja johdonmukaisia (Vehkalahti, 2019). Kyselylomakkeen kysymysten tulee olla selkeitä, yksiselitteisiä ja helposti ymmärrettäviä, jotta vastaajat voivat antaa luotettavia vastauksia (Watson, 2015).

Kyselytutkimuksen luotettavuutta ja yleistettävyyttä on arvioitava tuloksia tulkittaessa, sillä kyselyt tarjoavat arvokasta tietoa käyttäytymisestä ja asenteista, mutta niiden laatu riippuu mittariston selkeydestä, vastausprosentista ja aineiston kattavuudesta. Tässä tutkimuksessa alhainen vastausprosentti, kyselylomakkeen täyttämisen kesto, puuttuvat arvot sekä mahdollinen valikoitumis- ja vastaajaväsymisvinouma rajoittavat sekä sisäistä että ulkoista validiteettia, eikä kattavaa katoanalyysiä voitu tehdä. Tutkimusaineistossa esiintyi puuttuvia arvoja jokaisen muuttujan kohdalla, mikä johti siihen, että vastaajien näkemyksiä ei aina saatu kokonaisuudessaan talteen.

Pitkä kyselylomake puolestaan lisää vastaajaväsymystä, mikä voi näkyä keskittymisen laskuna, satunnaisina tai puutteellisina vastauksina. Heikkoutena voidaan pitää sen laajuutta, sillä se pyrki kattamaan useita eri osa-alueita. Kyselyn pituus voi vähentää halukkuutta osallistua, mikä edelleen laskee vastausprosenttia ja heikentää aineiston kattavuutta. Kyselyn loppupuolella käsiteltiin opioidikorvaushoidon kokemuksia. Tämän sijoittuminen kyselyn loppuun saattoi vaikuttaa vastaajien keskittymiseen ja siten heikentää vastausten tarkkuutta. Tässä tutkimuksessa ei ollut mahdollista suorittaa kattavaa katoanalyysiä, jossa arvioitaisiin otoksen ja kadon välistä suhdetta (Kankkunen &

Vehviläinen-Julkunen, 2013), sillä tutkijalla ei ollut tietoa siitä, ketkä jättivät vastaamatta kyselyyn. Tämän rajoitteen vuoksi tutkimuksen ulkoista validiteettia voitiin tarkastella vain rajallisesti. Ulkoiseen validiteettiin saattoivat vaikuttaa myös mittaamisen ulkopuoliset tekijät, joilla saattaa olla vaikutusta tutkimustuloksiin (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013). Esimerkiksi vastaajien arvioihin saattoi vaikuttaa kyselyn pituus tai jokin tilanne tai tapahtuma ennen kyselyyn vastaamista korvaushoitoyksikössä.

Tutkijan kokemattomuus SPSS-ohjelman käytössä ja haavoittuvan väestön osallistuminen, voivat heikentää sen sisäistä luotettavuutta ja myös ulkoista validiteettia. Vastausprosentti oli vain noin 18 %, mikä altistaa tutkimuksen vinoumalle, jolloin vastaajat eivät välttämättä edusta koko kohderyhmää, jolloin tulosten yleistettävyyttä kärsii. Alhainen vastausprosentti heikentää edustavuutta, ja vinoumat esimerkiksi iän, sukupuolen tai sosioekonomisen aseman suhteen voivat vääristää tuloksia. Vastaajien tavoittamattomuus rajoittaa osaltaan tutkimuksen vastausjoukon kattavuutta ja otoskoko jäi pienemmäksi kuin yleisesti suositellaan, mikä heikentää tulosten yleistettävyyttä. Vastaajien valikoitumiseen vaikutti myös, miten henkilökunta ohjasi vastaamaan kyselyyn omahoitajakäynnin aikana vai kotona.

Näiden rajoitteiden vuoksi tuloksia tulee käsitellä varauksella ja korostaa suosituksissa tarvetta lisätutkimukselle. Erityisesti tutkimuksen luotettavuutta heikentävät tutkijan vähäinen kokemus SPSS-ohjelman käytössä, kyselyn pituus ja haavoittuvan väestön erityispiirteet. Ulkoista validiteettia on arvioitava ainakin kolmesta näkökulmasta: populaatiovaliditeetti (edustavuus), ekologinen validiteetti (todellisuuden vastaavuus) ja ajallinen validiteetti. (Hirsjärvi ym. 2009). Tutkimus ei kata kaikkia Suomen opioidikorvaushoidossa olevia potilaita. Tuloksia voidaan kuitenkin pitää suuntaa antavasti edustavina niille potilaille, jotka ovat vastaavanlaisen hoidon piirissä. Aineisto kerättiin potilaiden omassa hoitoympäristössä, mikä lisää tutkimuksen ekologista validiteettia. Tämä tukee sitä, että vastaukset heijastavat potilaiden todellisia kokemuksia ja arjen hoitokäytäntöjä. Tutkimus kuvaa opioidikorvaushoidossa olevien potilaiden kokemuksia tietyssä ajankohtana, koska hoitokäytännöt, palvelurakenteet ja potilaiden elämäntilanteet voivat muuttua, tulosten ajallinen yleistettävyyttä on rajallinen.

Tutkimuksen toteutuksessa on noudatettu avoimuuden periaatetta koko prosessin ajan. Tutkimuksen vaiheet, menetelmät ja ratkaisut on tehty läpinäkyviksi. Tutkittaville on kerrottu, mitä tutkimuksessa tehdään ja miksi. Lisäksi tutkijan oma rooli on tuotu esille sekä muut tutkimukseen liittyvät rajoitukset tai epävarmuudet. Aineiston kerääminen ja

tallentaminen tehtiin huolellisesti, ja käytetyt tilastolliset analyysimenetelmät ovat olleet aineistoon sopivia. Tulokset on esitetty rehellisesti ja läpinäkyvästi, mikä vahvistaa tutkimuksen luotettavuutta.

### 6.3 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksessa noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä. Tutkimukseen haettiin ja saatiin lisäksi Turun yliopiston terveystieteellisten tutkimusten jaostolta eettisen toimikunnan puolta (1887/2023). Lupa tutkimuksen toteuttamiseen haettiin hyvinvointialueelta elokuussa 2023. Tutkimuskohteena ovat potilaat, jotka ovat haavoittuvassa asemassa kyseessä on tieteellinen tutkimus, joka liittyy terveyteen. Tutkimuksen suorittamisen yhteydessä oli ehdottoman tärkeää noudattaa tutkittavien itsemääräämisoikeutta ja ihmisarvoa. (TENK, 2023).

Huumeita käyttävät henkilöt kuuluvat yhteiskunnassa haavoittuviin ihmisryhmiin, mikä usein johtaa syrjäytymiseen ja vaikeuksiin saada omaa ääntään kuuluviin omien oikeuksiensa ja asioidensa puolustamisessa (TENK 2019). Haavoittuvan väestön tutkiminen tuo mukanaan eettisiä kysymyksiä. Vastaajien suojaaminen, anonymiteetin turvaaminen ja kuormituksen minimointi olivat keskeisiä, sillä haavoittuvuus voi vaikuttaa siihen, kuinka avoimesti ja rehellisesti vastaajat uskaltavat vastata. Tämä voi heijastua aineiston luotettavuuteen ja tulosten tulkintaan.

Tutkimusluvat hankittiin organisaation toimesta kirjallisen hakuprosessin kautta.

Tutkimuksen aloittamisen edellytyksenä oli organisaation laatima kirjallinen hakemus, joka toimi virallisen anomuksen perustana. Hakemuksen tarkoituksena oli tarjota yksityiskohtaista tietoa tutkimuksen suunnitelmasta, toteutustavasta, eettisistä näkökohdista sekä osallistuvien yksilöiden oikeuksien ja hyvinvoinnin suojelemisesta.

Tutkimuksen suorittajat sitoutuivat kunnioittamaan tutkittavien yksityisyyttä ja tietosuojaa sekä varmistamaan tutkimuksen eettisen toteutuksen. Tutkimuksen suorittajat toimivat vastuullisesti koko tutkimuksen ajan. (TENK 2023). Tietokantaan pääsevien tutkijoiden määrää rajoitetaan ja pääsyä hallinnoi vastaava tutkija. Kerätyn aineiston hoitopaikkojen tiedot poistettiin tietokannasta tietojen keräämiseen jälkeen, mutta ne säilytetään REDCap-tietokannassa mahdollisesti suostumuksen peruuttamistapausten tunnistamista varten.

Analysoitava aineisto siirrettiin pois REDCap-järjestelmästä ja varmuuskopioitiin .csv-muodossa Turun yliopiston Seafire-pilvitallennuspalveluun, jossa se on suojattu käyttäjätunnuksilla ja salasanoilla. Turun yliopisto omistaa aineiston, ja vastuu sen hallinnoinnista ja käytöstä on nimetyllä tutkijalla, joka koordinoi aineiston käyttöä. Kaikki aineistoa käsittelevät tutkijat allekirjoittavat sopimuksen aineiston käsittelystä.

Analyysivaiheessa tutkijat tallensivat aineiston salasanalla suojattuihin henkilökohtaisiin tietokoneisiinsa, ja varmuuskopiot säilytettiin Seafilessä. Analyysien valmistuttua tiedostot tallennettiin Seafileen ja poistettiin henkilökohtaisilta tietokoneilta. Kerättyä tietoa ei jaettu tai siirretty tutkimusryhmän ulkopuolisille tahoille, eikä sitä luovutettu EU:n tai ETA:n ulkopuolelle. Tulokset raportoitiin Turun yliopiston pro gradu -tutkielmana.

## 7 Johtopäätökset

Tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että opioidikorvaushoito koetaan merkityksellisenä ja elämänlaatua parantavana hoitomuotona, mutta potilaiden kokemukset ovat heterogeenisia ja hoidon vaikuttavuutta heikentävät sekä sosiaaliset että rakenteelliset tekijät. Stigma ei näyttäydy yhtenäisenä ilmiönä kaikille: merkittävä osa vastaajista ei kokenut tarvetta peitellä hoitoaan, mikä viittaa osittaiseen normalisoitumiseen tai yksilöllisiin eroihin stigma-kokemuksissa. Samanaikaisesti läheisten vähäinen osallistuminen, taloudellinen haavoittuvuus sekä se, että yli kolmannes koki korvaushoidon vaikeuttavan muiden palveluiden saamista, osoittavat merkittäviä sosiaalisia ja järjestelmätason haasteita, jotka voivat heikentää hoidon tuloksia ja potilaiden hyvinvointia. Lisäksi riittämättömät lääkärikäynnit, hoidon koettu rajoittavuus ja epävarmuus lääkkeen valinnasta korostavat tarvetta parantaa hoidon käytännön toteutusta ja yksilöllistä tukea.

Potilaiden kokemuksista nousee esiin kolme keskeistä kehittämiskohdetta, joihin voidaan vaikuttaa käytännön työssä. Ensimmäkin stigma ei näyttäydy kaikille yhtä voimakkaana, ja tätä myönteistä kehitystä voidaan vahvistaa ammattilaisten avoimella, kunnioittavalla ja normalisoivalla kohtaamisella. Kun korvaushoito esitetään luonnollisena osana terveydenhuoltoa ja potilasta tuetaan tekemään omia valintojaan avoimuudesta, vähenee tarve salata hoitoa. Toiseksi läheisten vähäinen osallistuminen kertoo tuen puutteesta, jota voidaan korjata tarjoamalla läheisille tietoa ja matalan kynnyksen mahdollisuuksia osallistua hoitoon potilaan luvalla. Pienikin yhteys – esimerkiksi lyhyt ohjauskeskustelu tai etäosallistuminen – voi vahvistaa potilaan sosiaalista tukea. Samalla riittävät lääkärikontaktit auttavat käsittelemään perhetilanteita ja kokonaisvaltaisia tarpeita. Kolmanneksi palveluiden saavutettavuuden ongelmat heijastavat rakenteellisia esteitä. Niihin voidaan vaikuttaa parantamalla moniammatillista yhteistyötä, selkeyttämällä hoitopolkuja ja joustavoittamalla hoitokäytäntöjä, jotta korvaushoito ei estä muiden palveluiden käyttöä. Kun potilas saa yhdenvertaista kohtelua ja tukea palveluohjaukseen, hoitoon pääsy ja toipumisen mahdollisuudet paranevat.

Käytännön toimenpiteiksi suositellaan ammattilaisten koulutusta ja viestintää, joka tukee normalisoivaa, kunnioittavaa ja potilaslähtöistä kohtaamista. Läheisten osallistumismahdollisuuksien lisäämistä matalan kynnyksen tiedolla ja etäosallistumisella potilaan luvalla sekä palvelujen integraation ja joustavuuden parantamista moniammatillisella

yhteistyöllä ja selkeillä hoitopoluilla. Tarvitaan myös riittävä lääketieteellinen ja psykososiaalinen tuki, erityisesti säännölliset lääkärikontaktit ja yksilöllinen ohjaus lääkevalinnoissa.

## 8 Jatkotutkimusehdotukset

Tässä tutkimuksessa tulokset käsittivät yhden hyvinvointialueen opioidikorvaushoidon potilaat. Samanlaisen kysytutkimus, joka selvittää myönteisiä ja kielteisiä kokemuksia olisi tärkeää toteuttaa valtakunnallisella tasolla. Näin saataisiin suurempi tutkimusotanta ja tätä kautta päästäisiin pohtimaan miten hoitoa voitaisiin yhtenäistää valtakunnallisella tasolla ja eri hyvinvointialueiden sekä muiden palvelutarjoajien kesken.

Lisäksi yhtenä selkeänä tutkimustuloksena noussut korvaushoidon vaikutus muun hoidon saamiseen olisi syytä ottaa tarkasteluun. Stigma ja häpeä saattavat vaikuttaa palveluihin hakeutumiseen, joten olisi tärkeää pohtia miten hoitoa voitaisiin integroida muihin terveys- ja sosiaalipalveluihin ja varmistaa, että potilaat saa tarvitsemaansa hoitoa opioidikorvaushoidosta huolimatta.

Hoitohenkilökunnan kokemukset opioidikorvaushoidon järjestämisestä sekä kokemukset henkilökunnan omasta osaamisesta toisi tärkeää tutkimustietoa esimerkiksi siitä, miten nämä vaikuttavat potilaan hoitoon, sitoutumiseen sekä mahdolliseen stigman vähentymiseen. Tätä kautta saataisiin arvokasta tietoa myös lisäkoulutuksen tarpeesta sekä mahdollisista hoitohenkilökunnan omista ennakko-oletuksista ja miten nämä vaikuttavat hoidon laatuun.

## Lähteet

- Aalto, M., Alho, H., & Niemelä, S. (Toim.). (2018). *Huume- ja lääkeriippuvuudet*. Duodecim.
- Alves, P., Stevenson, F., & Mylan, S. (2021). How do people who use drugs experience treatment? A qualitative analysis of views about opioid substitution treatment in primary care (iCARE study). *BMJ Open*, *11*, e042865. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042865>
- Barnett, A., Savic, M., Lintzeris, N., Bathish, R., Arunogiri, S., Dunlop, A. J., Haber, P., Graham, R., Hayes, V., & Lubman, D. I. (2021). Tracing the affordances of long-acting injectable depot buprenorphine: A qualitative study of patients' experiences in Australia. *Drug and Alcohol Dependence*, *227*, 108959. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108959>
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, *European drug report 2022 – Trends and developments*, Publications Office of the European Union, 2022. <https://data.europa.eu/doi/10.2810/75644>
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2023). *European Drug Report 2023: Opioid agonist treatment – the current situation in Europe*. Publications Office of the European Union. [https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2023/opioid-agonist-treatment\\_en](https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2023/opioid-agonist-treatment_en)
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2020). *Treatment and recovery: Evidence and practice for psychosocial interventions*. EMCDDA. [https://www.euda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2020\\_en](https://www.euda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2020_en)
- European Union Drugs Agency. (2025). *Data home*. [https://www.euda.europa.eu/data\\_en](https://www.euda.europa.eu/data_en)
- European Union Drugs Agency. (2025). *Opioid agonist treatment – the current situation in Europe*. *European Drug Report* 2025. [https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2025/opioid-agonist-treatment\\_en](https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2025/opioid-agonist-treatment_en)

Finlex (1986). *Päihdehuoltolaki 41/1986*.

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041>

Finnish Institute for Health and Welfare (THL). (2025). *Total number of patients in opioid substitution treatment during the year per 100 000 inhabitants (ind. 4998)*. Sotkanet.

[https://sotkanet.fi/sotkanet/en/metadata/indicators/4998?](https://sotkanet.fi/sotkanet/en/metadata/indicators/4998?utm_source=copilot.com)

[utm\\_source=copilot.com](https://sotkanet.fi/sotkanet/en/metadata/indicators/4998?utm_source=copilot.com)

Garpenhag, L., & Dahlman, D. (2021). Perceived healthcare stigma among patients in opioid substitution treatment: A qualitative study. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 16, 81. <https://doi.org/10.1186/s13011-021-00417-3>

Gedeon, C., Sandell, M., Birkemose, I., Kakko, J., Rúnarsdóttir, V., Simojoki, K., Clausen, T., Nyberg, F., Littlewood, R., & Alho, H. (2019). Standards for opioid use disorder care: An assessment of Nordic approaches. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 36(3), 286–298. <https://doi.org/10.1177/1455072518815322>

Goodman, L. S., Hilal-Dandan, R., & Brunton, L. L. (2013). *Goodman and Gilman's manual of pharmacology and therapeutics* (2nd ed.). McGraw Hill. <https://accesspharmacy.mhmedical.com/book.aspx?bookid=1810>

Hall, N. Y., Le, L., Majmudar, I., & Mihalopoulos, C. (2021). Barriers to accessing opioid substitution treatment for opioid use disorder: A systematic review from the client perspective. *Drug and Alcohol Dependence*, 221, 108651. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108651>

Harris, P., Taylor, R., Thielke, R., Payne, J., Gonzalez, N. & Conde, J. Research electronic data capture (REDCap)—A metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. *Journal of Biomedical Informatics*, Volume 42, Issue 2, 2009, Pages 377-381, ISSN 1532-0464, <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2008.08.010>.

Harris, P., Taylor, R., Minor, B., Elliott, V., Fernandez, M., O'Neal, L., McLeod, L. Delacqua, G., Delacqua, F., Kirby, J. & Duda, S. The REDCap consortium: Building an

international community of software platform partners, *Journal of Biomedical Informatics*, Volume 95, 2019, 103208, ISSN 1532-0464, <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2019.103208>

Haynes, C. J., Beck, A. K., Wells, M., Hatton, E. L., Kelly, P. J., Tan, W. J., & Larance, B. (2024). Women and opioid use disorder treatment: A scoping review of experiences, use of patient-reported experience measures, and integration of person-centred care principles. *International Journal of Drug Policy*, 130, 104520. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2024.104520>

Heikkilä, T. (2014). *Tilastollinen tutkimus* (10. uud. p.). Edita.

Hirsjärvi, S., Remes, P., & Sajavaara, P. (2009). *Tutki ja kirjoita*. Tammi.

IBM Corp. (2020). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 27.0*. IBM Corp.

Impinen, A. (2022). *Päihdehuollon huumeasiakkaat 2021* (THL-Tilastoraportti 33/2022). [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/144712/Tr33\\_2022\\_260423.pdf](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/144712/Tr33_2022_260423.pdf)

Jalali, M.S., Botticelli, M., Hwang, R.C., Koh, H. & McHugh, Kathryn. The opioid crisis: a contextual, social-ecological framework. *Health Res Policy Sys* 18, 87 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12961-020-00596-8>

Kovanen, L. (2025). *Huumehoidon ja kuntoutuksen asiakkaat 2024* (THL – Tilastoraportti 43/2025). Terveystieteiden tutkimuskeskus. *-kuntoutuksen asiakkaat 2024* <https://www.julkari.fi/server/api/core/bitstreams/f9276120-c13e-4fba-afd6-92938dc74930/content>

Käypä hoito. (2018). *Huumeongelman hoito: Käypä hoito -suositus*. Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/ykt01101>

Käypä hoito -työryhmä. (2018). *Opioidiriippuvuuden diagnoosikriteerit (ICD-10)*. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/nix00465>

- LoBiondo-Wood, G., & Haber, J. (2021). *Nursing research: Methods and critical appraisal for evidence-based practice*.
- Lowry, N., Najia, C., Kelleher, M., Mitcheson, L., & Marsden, J. (2024). Patient experience of opioid use disorder treatment medications: A systematic review of contemporary qualitative research. *BMJ Open*, *14*(12), e088617. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-088617>
- Martin, E., Maher, H., McKeon, G., Patterson, S., Blake, J., & Chen, K. Y. (2022). Long-acting injectable buprenorphine for opioid use disorder: A systematic review of impact of use on social determinants of health. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *139*, 108776. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2022.108776>
- Monwell, B., Bülow, P., & Johnson, B. (2018). The pros and cons of supervised urine tests in opioid replacement therapy: A study of patients' experiences. *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*, *20*(6), 5–15. <https://mau.diva-portal.org/smash/get/diva2:1400883/FULLTEXT01.pdf>
- National Institute on Drug Abuse. (2018). *Medications to treat opioid use disorder*. <https://nida.nih.gov/research-topics/medications-opioid-use-disorder>
- Niemelä, S. (2018). *Korvaushoidossa olevien opioidiriippuvaisten psykososiaaliset hoidot. Käypä hoito*. Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/nak05152>
- Noble, F., & Marie, N. (2019). Management of opioid addiction with opioid substitution treatments: Beyond methadone and buprenorphine. *Frontiers in Psychiatry*, *9*, 742. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00742>
- Palveluvalikoimaneuvosto. (2021). *Huumeriippuvuuksien psykososiaaliset hoidot: Suositus*. Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Partanen, A. (2022). *Opioidikorvaushoidossa olleiden potilaiden hoitoon pääsy ja hoidon päättyminen vuonna 2019* (Tutkimuksesta tiiviisti 48/2022). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

- Partanen, A., Alho, H., Kuussaari, K., Niemelä, S., Partanen, M., Rönkä, S., Sundqvist, L., & Vormaa, H. (2022). Opioidikorvaushoidossa olevien määrä on jatkanut kasvuun. *Suomen Lääkärilehti*, 78, e32696.
- Patil, T., & Mummery, J. (2024). "It's not just a matter of taking the drug. It's about changing the way you function in your society too": Narratives of power and resistance in the lived experiences of opioid agonist therapy consumers in regional Victoria, Australia. *International Journal of Drug Policy*, 134, 104625. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2024.104625>
- Partanen, A., Holmberg, J., Inkinen, M., Kurki, M., & Salo-Chydenius, S. (2013). *Päihdehoitotyö*. Sanoma Pro.
- Pharmaca Fennica. (2025). *Lääkevalmisteyhteenveto: Buvidal 8 mg–160 mg, depotinjektioneste, liuos*. <https://pharmacafennica.fi/spc/36820639>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Wolters Kluwer.
- Päihdelääketieteen yhdistys ry. (2023). *Opioidikorvaushoidon hoitosuositus 2023*. [https://bin.yhdistysavain.fi/1587734/HeGMAxcByQUpBCpGxpn0ZtPO9/Opioidikoraushoitosuositus\\_2023.pdf](https://bin.yhdistysavain.fi/1587734/HeGMAxcByQUpBCpGxpn0ZtPO9/Opioidikoraushoitosuositus_2023.pdf)
- Saukkonen, S.-M., & Ålander, A. (2021). *Hoidon tarpeen arviointi – nykytilan selvitys* (Versio 1.0). Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin tutkimuslaitos. <https://www.julkari.fi/server/api/core/bitstreams/b71149b7-99b0-4103-8333-cb9f7e247c1c/content>
- Saulle, R., Vecchi, S., & Gowing, L. (2017). Supervised dosing with a long-acting opioid medication in the management of opioid dependence. *Cochrane Database. Systematic Reviews*, 4, CD 011983. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011983.pub2>

- Selin, J., Perälä, R., Stenius, K., Partanen, A., Rosenqvist, P., & Alho, H. (2017). Opioid substitution treatment in Finland and other Nordic countries: Established treatment, varying practices. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 32(3), 311– 324. <https://doi.org/10.1515/nsad-2015-0028>
- Skretting, A., & Rosenqvist, P. (2010). Shifting focus in substitution treatment in the Nordic countries. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 27(6), 581–596. <https://doi.org/10.1177/145507251002700604>
- Strand, T., Ridanpää, S., & Kotovirta, E. (Toim.). (2023). *Suosituksia mielenterveyteen, päihdeongelmiin ja riippuvuuteen liittyvän stigman ja syrjinnän tunnistamiseen ja vähentämiseen* (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2023:29). Sosiaali- ja terveysministeriö. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-9873-5>
- Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. (2018, April 12). *Opioidiriippuvuuden diagnosoikriteerit (ICD-10)* (Käypä hoito -suositus, tunnus nix00465). <https://www.kaypahoito.fi/nix00465>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2008). *Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvuuden vieroitus- ja korvaushoidosta opioidilääkkeillä (33/2008)*. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2008/20080033>
- TENK. (2023). *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa*. [https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje\\_2023.pdf](https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf)
- TENK. (2019). *Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa*. [https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden\\_eettisen\\_ennakoarvioinnin\\_ohje\\_2019.pdf](https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2019.pdf)
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2024). *Huumeiden käytön tilannekuva 2024*. Helsinki: THL. Saatavilla: <https://www.julkari.fi/server/api/core/bitstreams/f9276120-c13e-4fba-afd6-92938dc74930/content>

- Troberg, K., Lundqvist, K., & Hansson, H. (2022). Healthcare seeking among Swedish patients in opioid substitution treatment: A mixed methods study on barriers and facilitators. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 17, 8. <https://doi.org/10.1186/s13011-022-00434-w>
- Van Sonderen, E., Sanderman, R., & Coyne, J. C. (2013). Ineffectiveness of reverse wording of questionnaire items: Let's learn from cows in the rain. *PLOS ONE*, 8(7), e68967. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0068967>
- Vishwanath, P., Cash, R., Cant, R., Mummery, K., & Penney, E. (2019). The lived experience of Australian opioid replacement therapy recipients in a community-based program in regional Victoria. *Journal of Substance Use*, 24(6), 603–611. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31577061/>
- Watson, R. (2015). Quantitative research. *Nursing Standard*, 29(31), 44–48. <https://doi.org/10.7748/ns.29.31.44.e8681>
- Wild, T. C., Wolfe, J., Wang, J., & Ohinmaa, A. (2021). Forty-eight years of research on psychosocial interventions in the treatment of opioid use disorder: A scoping review. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 16(1), 1–15. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33302176/>
- World Health Organization. (2014). *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241547543>
- Wogen, J., & Restrepo, M. T. (2020). Human rights, stigma and substance use. *Health and Human Rights Journal*, 22(1), 51–60. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32669788/>

## Litteet

### Liite 1. Kyselylomake

<b>4. KOKEMUKSESI KORVAUSHOIDOSTA</b>					
Pohdi seuraavia väittämiä ja arvioi, missä määrin ne pätevät Sinun kohdallasi					
	täysin eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	ei eri eikä samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	täysin samaa mieltä
Korvaushoittoon pääseminen oli helppoa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Korvaushoitopaikkaani on liian pitkä matka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terveyteni on kohentunut korvaushoidon myötä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elämänlaatuni on parantunut korvaushoidon aikana.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Korvaushoidolla ei ole ollut vaikutusta siihen, kuinka usein olen päihtynyt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minulla on toistuvasti opioidivieroitusoireita.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Korvaushoito ei rajoita elämäni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vietän nykyisin vähemmän aikaa päihteitä käyttävien henkilöiden kanssa kuin ennen korvaushoitoa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En halua kertoa muille, että olen korvaushoidossa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minun ei tee lainkaan mieli käyttää opioideja.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarvitsen apua arjessa selviytymiseen (esim. raha-asioiden hoitaminen, asuminen, muu arjen hallinta).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kotiannosten saaminen motivoi minua päihteettömyyteen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tapaan korvaushoitolääkäriäni riittävän usein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tapaan korvaushoidon omatyöntekijäni riittävän usein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saan riittävästi tukea ja apua korvaushoidossani.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Korvaushoidon henkilökunta suhtautuu myönteisesti hoitoni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voin kertoa kaikista asioistani luottamuksellisesti korvaushoitohenkilökunnalle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Läheiseni on otettu mukaan korvaushoitooni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huumeseulojen ottaminen motivoi minua päihteettömyyteen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pelkään, että joudun pois korvaushoidosta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Korvaushoitoni vaikeuttaa muun hoidon saamista.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Töissä käyminen tai opiskeleminen olisi minulle mahdotonta ilman korvaushoitoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pystyn vaikuttamaan korvaushoitooni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Olen joutunut antamaan tai myymään korvaushoitolääkkeitäni muille vastoin omaa tahtoani.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aion tulevaisuudessa vieroittautua korvaushoidosta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>