



Työntekijöiden näkemyksiä opioidiriippuvuuden korvaushoitolääkkeen valintaan ja apteekkijakeluun siirtymiseen vaikuttavista tekijöistä

Opioidiriippuvuuden korvaushoidon potilaiden siirtyminen apteekkijakelun ja perusterveydenhuollon piiriin ei ole toteutunut viimeisimmän korvaushoitoasetuksen (33/2008) tavoitteiden mukaisesti. Tässä artikkelissa tarkastellaan korvaushoidon työntekijöiden näkemyksiä siitä, mitkä tekijät vaikuttavat korvaushoitolääkkeen valintaan ja potilaan mahdollisuuteen siirtyä apteekkijakeluun. Artikkelin perustuu korvaushoitoyksiköiden työntekijöiden yksilö- ja ryhmähaastattelujen (N=40) ja työntekijöille suunnatun kyselyn (N=88) avovastausten teemakohtaisiin aineistolähtöisiin sisällönanalyyseihin.

Työntekijöiden haastattelujen perusteella korvaushoidon käytännöt ja lääkevalintojen perustelut vaihtelivat eri paikkakuntien välillä. Buprenorfiinia käytettiin yleensä korvaavana lääkkeenä kuntouttavassa ja metadonia haittoja vähentävässä korvaushoidossa, mutta näkemykset buprenorfiinin ja metadonin hyödyistä ja haitoista suhteessa toisiinsa ja eri potilasryhmiin vaihtelivat. Työntekijöiden mukaan metadonin käytön yleistymiseen korvaushoidossa on voinut vaikuttaa sen alhaisempi hinta.

Apteekkijakeluun siirtymisestä oli myönteisiä kokemuksia: se voi vahvistaa potilaan vastuunottoa omasta kuntoutumisestaan, vähentää hoitoon liittyvää stigmaa ja normalisoida hoitoa tavalliseksi sairaudenhoidoksi. Korvaushoitolääkkeen omavastuuosuus, jatkohoitopaikkojen vähyys, hoitoyksikön vaihtumiseen liittyvät tekijät sekä oheiskäytön jatkuminen ovat kuitenkin estäneet potilaiden siirtymisiä apteekkijakeluun.

Haastattelujen perusteella työntekijät kaipaavat valtakunnallisia hoitolinjauksia, mutta korostavat myös yksilöllisen hoidon merkitystä. Hoidon toteutuksessa tarvittaisiin edelleen yhtenäisempää näkemystä hoidon tavoitteista ja periaatteista. Hoidon kehittäminen osana laajempaa hoito- ja kuntoutusjärjestelmää vaatii sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden suunnitelmallisempaa yhteistyötä. Uusi pistettävä pitkävaikutteinen lääke voi vähentää merkittävästi apteekkijakelun tarvetta.

ASIASANAT: opioidiriippuvuuden korvaushoito, korvaushoitolääke, apteekkijakelu, työntekijä

JOUNI TOURUNEN, TANJA VAHTER, SUVI JOKELAINEN, TUULI PITKÄNEN

YDINASIAT

- Korvaushoidon käytännöt ja lääkkeen valinnan perustelut vaihtelivat eri paikkakunnilla.
- Työntekijöiden näkemykset buprenorfiinin ja metadonin hyödyistä ja haitoista eri potilasryhmille vaihtelivat.
- Oheiskäyttö ja hoitojärjestelmän puutteet ovat rajoittaneet potilaiden siirtymistä apteekki-jakeluun.
- Valtakunnallisten ohjeiden tulisi taata kaikkien käypä hoito -suositusten mukaisten hoitovaihtoehtojen käyttö koko maassa.

JOHDANTO

Opioidiriippuvuuden korvaushoito käynnistyi Suomessa 1990-luvun lopulla. Taustalla vaikuttivat huumeiden käytön ja siitä aiheutuvien haittojen lisääntyminen sekä kansainväliset kokemukset ja tutkimusnäytöt korvaushoidosta (1). Hoidon vastustajat olivat huolissaan mm. liian helpposta hoitoon pääsystä, nuorten huumeiden käytön kroonistumisesta, käytettävien lääkkeiden päätyemisestä katukauppaan ja muiden hoitomuotojen kehittämisen unohtamisesta (2). Vaikka korvaushoito jakoi vahvasti mielipiteitä, se käynnistettiin osana kaksiraiteista huumeepolitiikka, jossa laajennettiin samaan aikaan sekä hoidollisia ja haittoja vähentäviä palveluja että huumeisiin kohdistuvaa kontrollia (3,4). Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö antoi ensimmäisen määräyksen opioidiriippuvuuden vieroitus- ja korvaushoidosta vuonna 1997 (28/1997). Sen jälkeen korvaushoitoa on säädelty kerran määräyksellä (42/1998) ja kolme kertaa asetuksilla (607/2000, 289/2002, 33/2008). Säädökset ovat mahdollistaneet korvaushoidon laajentumisen, hoitomuotojen ja käytettävien lääkkeiden monipuolistumisen sekä siirtäneet painopistettä erityistason hoidosta kohti avohoidon peruspalveluita (2).

Opioidiriippuvuuden lääkkeellinen korvaushoito on vakiintunut reilun kahdenkymmenen vuoden aikana osaksi suomalaista päihdehuollon järjestelmää. Potilasmäärä on kasvanut ja korvaushoito muuttunut kuntouttavasta ja kontrolloivasta yksilöllisempiä hoitoja suosivaan suuntaan. Huomiota on kiinnitetty myös hoidon kustannuksiin ja hoidon sisältöjä on saatettu keventää taloudellisista syistä (5). Potilaan päihitteettömyyteen ja kuntoutumiseen tähtäävän korvaushoidon rinnalle on syntynyt päihteiden käy-

tön haittoja vähentävän ja potilaan elämänlaatua parantavan korvaushoidon muotoja. Pelkästään hoitoyksikössä annettavan lääkkeen rinnalle käyttöön ovat tulleet kotiannokset ja buprenorfiininaloksonivalmisteiden apteekkijakelu. Viime vuosina käyttöön on otettu myös pistettävä pitkävaikutteinen depot-lääke (buprenorfiini).

Asetuksen mukaan korvaushoidolla tarkoitetaan opioidiriippuvuuden hoitoa, jossa käytetään apuna buprenorfiinia tai metadonia sisältäviä opioidilääkevalmisteita. Lääkkeitä voi määrätä vain yksikön vastaava lääkäri ja lääkettä luovuttaa potilaalle vain toimintayksikön valvonnassa. Hoitoon sitoutuneelle potilaalle voidaan luovuttaa enintään kahdeksan vuorokauden lääkeannos ja erityisestä syystä poikkeuksellisesti 15 vuorokauden lääkeannos. Potilaan allekirjoittaman apteekkisopimuksen perusteella buprenorfiinia ja naloksonia sisältävää yhdistelmävalmistetta voi määrätä apteekista toimitettavaksi. Korvaushoitoon pääseminen edellyttää diagnosoitua opioidiriippuvuutta ja aikaisempia epäonnistuneita vieroittautumisyrityksiä. Hoidon tavoitteena on joko kuntoutuminen ja päihitteettömyys tai haittojen vähentyminen ja potilaan elämänlaadun parantuminen. (6.). Käypä hoito -suositusten mukaan korvaushoito voi estää tai merkittävästi vähentää laittomien opioidien käyttöä, rikollisuutta, huumeiden pistoskäyttöön ja yliannostukseen liittyviä riskejä sekä mahdollistaa riippuvuuksien hoidon ja psykososiaalisen kuntoutumisen (7).

Pohjoismaisessa tarkastelussa Suomen hoitojärjestelmä on näyttäytynyt hajautuneempana ja hoidon kattavuus heikompana kuin muissa Pohjoismaissa. Hoitokäytännöt ja lääkityslinjaukset vaihtelevat kunnittain ja hoitoyksiköittäin, sillä keskitetty ohjaus ja valtakunnalliset ohjeistukset puuttuvat. Suomessa tulisi kiinnittää huomiota erityisesti hoitoon pääsyn sujuvuuteen, hoidossa pysymiseen, yhteistyöhön koulutus- ja työvoimaviranomaisten kanssa sekä systemaattisen tiedonkeruun ja seurannan järjestämiseen. (8, 9.) Uusimman Pohjoismaisen vertailun mukaan korvaushoitoa toteutetaan Pohjoismaissa varsin yhteneväisellä tavalla. Maiden välillä on kuitenkin eroja mm. korvaushoitoon pääsyn ja korvaushoitolääkkeen valinnan kriteereissä. (10.)

Suomessa arvioitiin olevan 23 500–29 500 opioidien ongelmakäyttäjää vuonna 2017 (11). Viimeisimmän valtakunnallisen selvityksen mu-

kaan Suomessa oli korvaushoidossa 30.11.2015 noin 3300 potilasta. Buprenorfiini-naloksoniyhdistelmävalmistetta sai 62 %, metadonia 37 % ja pelkkää buprenorfiinia 2 % potilaista. 64 % potilaista oli kuntouttavassa ja 28 % haittoja vähentävässä korvaushoidossa. (12.)

Vuoden 2015 päihdetapauslaskenta-aineiston valossa korvaushoitopotilaat ja muut opioidien käyttäjät olivat muita päihdeasiakkaita nuorempia ja heidän pistos- ja sekakäyttönsä oli yleisempää kuin muilla päihdeasiakkailta. Noin puolella korvaushoitopotilaista esiintyi muita päihde- ja mielenterveysongelmia. Korvaushoitopotilaiden elämäntilanne vaikutti kuitenkin vakiintuneemmalta ja heillä oli vähemmän amfetamiinin ja buprenorfiinin oheiskäyttöä sekä asunnottomuutta kuin muilla opioidien käyttäjillä. (13.)

Jani Selinin tutkimuskatsauksen mukaan potilaat sitoutuvat Suomessa korvaushoittoon hyvin, mutta hoito on pitkäkestoista ja korvaavasta lääkkeestä vieroittautuminen vähäistä (14). Tutkimukset osoittavat päihteiden käytön vähenemisen hoidon aikana (2, 15-17) sekä antavat viitteitä myös huume- ja omaisuusrikosten vähenemisestä (18), kouluttautumisesta, ihmissuhteiden kohenemisestä ja asumistilanteen parantumisesta (19), masentuneisuuden vähenemisestä ja elämänlaadun kohentumisesta (20), kuolleisuusriskin pienentymisestä (21) sekä työllistymisestä (22). Samansuuntaisia tuloksia on raportoitu mm. Iso-Britanniassa (23). Toisaalta myös potilaiden hoidon aikaisen päihteiden oheis- ja pistoskäytön on todettu olevan varsin yleistä (15,19,24,25) ja yhteydessä koettuihin psykososiaalisiin vaikeuksiin ja heikentyneeseen toimintakykyyn (26).

Viimeisimmän korvaushoitoasetuksen yhtenä tavoitteena oli edistää korvaushoidon toteutuksen siirtymistä buprenorfiini-naloksoniyhdistelmävalmisteen apteekkijakeluun ja päihdehuollon erityispalveluista perusterveydenhuoltoon (6,27). Vuonna 2015 suurin osa potilaista hoidettiin kuitenkin edelleen päihdehuollon erikoisyksiköissä (75 %) ja siirtymä perusterveydenhuollon potilaiksi (17 %) on ollut hidasta. Apteekkijakelussa oli vain noin 15 % buprenorfiini-naloksonilääkettä saavista potilaista. (12.)

Opioidiriippuvuuden korvaushoidon työntekijöiden mielipiteitä ei ole Suomessa tutkittu joitakin opinnäytetöitä lukuun ottamatta (28). A-klinikkasäätiön tekemien kyselyjen (2002,

2009, 2017) mukaan työntekijöiden asenteet korvaushoitoa kohtaan muuttuivat aluksi sallivammiksi suhteessa haittoja vähentävään korvaushoittoon, apteekkijakeluun ja korvaushoidosta vieroittautumisen vaatimukseen (29). Viimeisimmässä kyselyssä asenteet olivat kääntyneet tiukempaan suuntaan: huumeetiestien, oheiskäyttöön puuttumisen ja psykososiaalisen kuntoutumisen merkitys vahvistui sekä luottamus apteekkijakelun ja haittoja vähentävän korvaushoidon toimivuuteen heikkeni (30). Korvaushoidon sisällöistä ja tavoitteista on edelleen erilaisia näkemyksiä. Keskeisiä jännitteiden lähteitä ovat kontrollin ja tuen sekä kuntoutumisen ja haittojen vähentämisen tavoitteiden väliset suhteet, suhtautuminen nuoriin potilaisiin ja lääkkeettömien hoitomuotojen tarpeeseen. (31.)

Päätös korvaushoidosta ja siinä käytettävästä lääkkeestä tehdään lääketieteellisin perustein ja asetuksen kriteerien mukaisesti. Käytännössä päätöksiin voi kuitenkin vaikuttaa myös muita tekijöitä. Tämän artikkelin tavoitteena on kuvata korvaushoitoa toteuttavien työntekijöiden näkemyksiä korvaushoidon nykykäytännöistä työntekijöiden yksilö- ja ryhmähaastatteluiden sekä työntekijöille suunnatun webropol-kyselyn perusteella. Lähtöoletuksemme on, että korvaushoittoon kohdistuu edelleen erilaisia mielipiteitä, jotka voivat aiheuttaa jännitteitä korvaushoidon käytäntöihin. Olimme erityisesti kiinnostuneita siitä, miksi potilaiden siirtyminen buprenorfiini-naloksonivalmisteen apteekkijakeluun on ollut vähäistä. Koska potilaille valittava lääke on yhteydessä apteekkijakelun mahdollisuuteen, tarkastelemme myös potilaan lääkkeen valintaan liittyviä tekijöitä. Artikkelin keskittyy kahteen kysymykseen: mitkä tekijät vaikuttavat työntekijöiden mielestä siihen 1) mikä lääke potilaille valitaan ja 2) voiko potilas siirtyä buprenorfiini-naloksonivalmisteen apteekkijakeluun.

AINEISTO JA MENETELMÄT

Artikkeli perustuu yhdeksässä korvaushoitoyksikössä 9.9.2016–5.10.2017 välisenä aikana toteutettuihin työntekijöiden teemahaastatteluihin. Tutkimus kohdistui kaikkiin A-klinikkasäätiön ja yhteen muun järjestön ylläpitämään yksikköön. Yksiköt sijaitsivat kahdeksalla paikkakunnalla Etelä- ja Keski-Suomessa. Kaikissa yksiköissä toteutettiin sekä kuntouttavaa että haittoja vähentävää korvaushoitoa (kahdessa yksikössä haittoja

vähentävää korvaushoitoa kutsuttiin ”elämänlaatua parantavaksi” korvaushoidoksi). Neljässä yksikössä hoitomuodot oli luokiteltu vielä useampaan ryhmään tai luokkaan (kolmesta viiteen hoitoluokkaan).

Haastatteluihin osallistui yhteensä 40 henkilöä, joista 4 oli miehiä. Sukupuolijakauma kertoo hoitotyöntekijöiden naisvaltaisuudesta, sillä esimerkiksi A-klinikka Oy:n korvaushoitoyksiköiden työntekijöistä 86 % oli naisia vuoden 2019 lopussa (32). Tutkimustiedote ja pyyntö osallistua työryhmänä tutkimushaastatteluun lähetettiin sähköpostitse yksiköiden esimiehille. Haastattelutilanteen alussa osallistujille kerrottiin vielä suullisesti tutkimuksen tavoitteista, tutkimuskysymyksistä, tutkimuseettisestä ennakoarvioinnista ja tutkimusluvista sekä haastatteluun osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja luottamuksellisuudesta. Ryhmähaastatteluihin osallistui 2–8 työntekijää/haastattelu. Ryhmähaastattelujen lisäksi järjestettiin neljä yksilöhaastattelua henkilöille (kolme lääkärinä ja yksi sairaanhoitajana), jotka eivät päässeet osallistumaan ryhmähaastatteluihin. Noin puolet haastateltavista oli koulutukseltaan sairaanhoitajia, kymmenen lääkäreitä ja noin neljännes lähihoitajia, sosiaali-ohjaajia tai -työntekijöitä. Haastateltavat olivat iältään pääasiassa 35–55-vuotiaita. Lähes puolet haastateltavista oli työskennellyt korvaushoidossa yli kymmenen vuotta, samoin puolet oli työskennellyt sekä kuntouttavassa että haittoja vähentävässä hoidossa.

Haastattelut toteutettiin puolistrukturoituina teemahaastatteluina: haastattelut oli kohdistettu tiettyihin teemoihin, mutta ne pyrittiin toteuttamaan mahdollisimman vapaamuotoisena keskusteluna, jossa työntekijöillä on tilaa kertoa erilaisia näkemyksiään korvaushoidon toteutuksesta. Haastatteluteemat kohdistuivat käytössä oleviin hoitomuotoihin ja -käytäntöihin, lääkevalintoihin, potilaiden siirtymiseen apteekkijakeluun, hoidossa käytettäviin arviointivälineisiin ja hoidon kehittämistarpeisiin.

Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin. Lisäksi haastattelija kirjoitti lyhyen tiivistelmän (1–1½ sivua) jokaisen haastattelun jälkeen. Litteroitua aineistoa kertyi yhteensä 266 sivua (rivivälillä 1,5). Tämä artikkeli perustuu seuraavien haastatteluteemojen analysointiin: 1) yksiköiden hoitokäytännöt ja niitä mahdollisesti ohjaavat linjaukset, 2) hoidossa käytettävän lääkkeen va-

lintaan vaikuttavat tekijät sekä 3) apteekkijakeluun siirtymiseen vaikuttavat tekijät. Aineiston analyysi toteutettiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä (33). Haastattelulitteroinnit luettiin ensin läpi ja niistä poimittiin teemakohtaisesti kaikki teemaan liittyvät erilaiset kokemukset ja mielipiteet. Tämän jälkeen ne yhdistettiin yleisemmiksi luokiksi sekä positiivisesta (jotakin asiaa puoltavat) että negatiivisesta (ei-puoltavat) näkökulmasta. Esimerkiksi apteekkijakelun myönteisiksi luokiksi muodostuivat leimautumisen väheneminen, normaali sairaudenhoito, aikaisemmasta käyttäjäryhmästä irrottautuminen, oma vastuunotto, kuntoutuminen sekä työssä käynnin ja opiskelun helpottuminen. Näin muodostetut teemakohtaiset luokittelut muodostivat myös artikkelin sisällöllisen rungon

Artikkelissa käytetään lisäksi aineistona korvaushoitoyksiköiden työntekijöille alkuvuodesta 2017 suunnatun webropol-kyselyn vastauksia lääkkeen hinnan vaikutuksia ja apteekkijakelua koskeneisiin kysymyksiin. Kysely kohdennettiin em. yhdeksän korvaushoitoyksikön työntekijöille. Lisäksi kysely välitettiin THL:n koordinoiman korvaushoitoverkoston yksiköiden työntekijöille. Kyselyyn vastasi 88 työntekijää, joista 47 % oli A-klinikkasäätiön yksiköistä, 7 % muun järjestön tai järjestön yrityksen yksiköistä sekä 43 % kuntien tai kuntayhtymien yksiköistä. Alueellisesti vastaajia oli eniten pääkaupunkiseudulta (28 %) sekä Pirkanmaan ja Kanta- ja Päijät-Hämeen alueilta (26 %). Muut vastaajat olivat mm. Kainuusta, Pohjois-Savosta, Keski-Suomesta, Satakunnasta, Turusta ja Uudeltamaalta. Haastateltujen tavoin vastaajat olivat pääasiassa 35–55-vuotiaita. Vastaajista 86 % oli naisia, 65 % sairaanhoitajia, 7 % lääkäreitä, 11 % muita terveydenhoitoalan ja 10 % sosiaalialan työntekijöitä. 69 % vastaajista oli työskennellyt korvaushoidossa vähintään viiden vuoden ajan. Vastauksia tarkasteltiin suhteessa neljään taustamuuttujaan: työnantaja (kunta tai kuntayhtymä vs. muu), ammatti (lääkäri vs. muu), sukupuoli (nainen/mies) ja korvaushoidossa työskentelyn kesto (yli/alle 5 vuotta). Tulokset-osiossa on kerrottu t-testeissä ja ristiintaulukoinneissa 95 %-luottamusvälillä havaitut tilastollisesti merkitsevät erot ($p < 0.05$). Lääkkeen hintaa koskeneeseen avokysymykseen vastasi 25 ja apteekkijakelua koskeneeseen avokysymykseen 40 vastaajaa. Avovastaukset luokiteltiin teemakohtaisesti aineisto-

lähtöisellä sisällönanalyysillä vastaavalla tavalla kuin haastattelut.

Artikkeli on osa Kelan rahoittamaa tutkimusta ”Opioidiriippuvuuden korvaushoito Suomessa: lääkkeen valintaan ja hoitokäytäntöihin vaikuttavat tekijät”. A-klinikkasäätiön eettinen toimikunta on hyväksynyt tutkimussuunnitelman 12.11.2015. Aineistositaattien yhteydessä RH viittaa ryhmä- ja YH yksilöhaastatteluun, W webropol-kyselyn avovastaukseen sekä numero haastattelun tai avovastauksen järjestysnumeroon.

TULOKSET

LÄÄKKEEN VALINTAAN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT: ”KYSE EI OLE VALINNANVAPAUESTA”

Käypä hoito -suosituksen mukaan hoitopaikoissa tulisi olla valmius sekä metadonin että buprenorfiini-naloksoniyhdistelmävalmisteen käyttöön. Lääkevalinnan tulee perustua yksilölliseen arviointiin. (7.) Korvaushoitoasetuksen mukaan lääkkeen määrää korvaushoidosta vastaava lääkäri tai hänen tähän tehtävään osoittamansa lääkäri. Lääkehoito saadaan toteuttaa ja lääke luovuttaa potilaalle vain toimintayksikön valvonnassa. (6.)

Useimmissa (8/9) hoitoyksiköissä potilaan lääke valittiin ja lääkitys aloitettiin korvaushoidon arvioinnissa ja aloituksessa jo ennen hoitoyksikköön tuloa. Lääkkeen valintaa arvioitiin yksiköissä vain silloin, jos syntyi tarve vaihtaa potilaalle aloitettu lääkitys. Lääkepainotukset vaihtelivat eri yksiköiden välillä: kahdessa yksikössä oli käytössä pelkästään metadoni, kahdessa suurin osa potilaista sai metadonia, kahdessa lääkkeet jakautuivat varsin tasaisesti ja kolmessa suurin osa potilasta oli buprenorfiinihoidossa. Sama jakautuminen tuli esiin myös työntekijöille suunnatun kyselyn avovastauksissa: joissakin yksiköissä ”tarjotaan ensisijaisesti metadonilääkitystä, perustellusti toteutetaan myös suboxonella, mutta kyse ei ole valinnanvapaudesta” (W3), joissakin taas ”kaikille pyritään aloittamaan suboxone” (W4).

– Meillä on ollu metadoni pitkään ykköslääke. Ensisijaisesti käytössä.

Haastattelija: Mistä tämä metadonipainotus sitte tulee?

– Historiasta.

– Ni, se on halvempaa ja näin on aina ollu.

– Nopeempaa antaa asiakkaalle ja se on jäänyt sitte vähä siitä.

– Et se on se ensisijanen yhä edelleen, et sitä tarjotaan.

Haastattelija: Tämän linjauksen on tehnyt kuka, koska?

– Hyvä kysymys. Se on ollu silloinen lääkäri siinä mukana ainaki... Siit on noin kymmenen vuotta. Niin mun mielest... Jos mä ihan oikein muistan.

– Ja sit sitä on nykyinen lääkäri jatkanu sitä linjaa ja se on niinku jatkunu silloin.

(RH5)

Neljässä yksikössä arvioitiin, että kunnan tai kuntayhtymän (hoidon tilaajan) hoitolinjaukset määrittivät merkittävästi hoidon käytännön toteutusta, viidessä hoitoa sai työntekijöiden kokemuksen mukaan toteuttaa varsin vapaasti. Mielienkiintoista oli, että monissa yksiköissä työntekijät eivät tarkasti tienneet taustalla vaikuttavien hoito- ja lääkelinjausten historiaa tai perusteita. Tietty käytäntö on saatettu aloittaa lääkäreiden ja/tai virkamiesten päätöksellä ja sen jälkeen sitä on jatkettu ikään kuin annettuna, muuttumattomana käytäntönä. Toisaalta joissakin kaupungeissa korvaushoidon kilpailutukset saattoivat myös muuttaa hoitokäytäntöjä ainakin joiltakin osin muutaman vuoden välein. Monet työntekijät toivoivatkin korvaushoidon toteutukseen selkeämpää ohjeistusta: ”Jonain päivänä olis hyvä saada myös valtakunnalliset yhtenäiset linjaukset” (YH4).

Seuraavaksi kuvaamme, millaiset tekijät vaikuttavat työntekijöiden mielestä siihen, valitaan ko potilaan korvaushoitolääkkeeksi buprenorfiini vai metadoni.

Buprenorfiini vai metadoni?

Työntekijät kuvasivat buprenorfiinia ”turvallisena” ja metadonia ”tehokkaana” lääkkeenä. Buprenorfiinin ns. kattovaikutuksen vuoksi sen yliannostus- ja hengityslamariski on todettu vähäiseksi (34,35). Metadonin on puolestaan joissakin tutkimuksissa todettu olevan tehokkaampi vähentämään huumeiden pisto- ja oheiskäyttöä sekä parantamaan hoitoon kiinnittymistä ainakin heroisiin käyttäjillä (36). Työntekijät näkivät buprenorfiinin väärinkäyttöriskin ja katukaupparvon huomattavasti suuremmiksi kuin metado-

nin (37). Työntekijöiden kuvausten perusteella metadonin mainetta taas heikentää potilaiden mielikuva raskaasta ”saattohoitolääkkeestä”, josta on vaikea vieroittautua.

Toisessa hoitoyksiköistä, joissa käytössä oli vain metadoni, sen käyttöä perusteltiin näin:

Metadoni -linjaus ollut noin kymmenen vuotta, siitä lähtien kuin nykyinen hoitomalli aloitettiin (ja vanhaa muokattiin). Perusteena 1) WHO:n suositus bupreniippuvaisten korvaushoitolääkkeeksi, 2) pienempi väärinkäyttöriski, 3) nopeampi jakaa asiakkaille (enemmän aikaa muuhun työhön asiakkaiden kanssa) ja 4) halvempaa (tosin asiakkaille ei merkitystä). (Ote haastattelutiivistyksestä RH9 17.2.2017)

Lainauksessa mainittu Maailman Terveysjärjestö suosittelee metadonia ”useimmille potilaille” ja erityisesti buprenorfinia pistämällä käyttäneille potilaille (38). Suositus tosin myös toteaa, että ”joillekin potilaille” buprenorfinilääkitys voi sopia paremmin mm. metadonin haitallisten sivuoireiden tai metadonin ja muiden lääkkeiden yhteisvaikutuksen vuoksi.

Useimmissa hoitoyksiköissä käytettiin sekä metadonia että buprenorfinia. Työntekijät mainitsivat lääkkeen valintaan vaikuttaviksi tekijöiksi potilaan iän ja käyttöhistorian (mitä ainetta on käyttänyt, kuinka kauan ja miten), potilaan hoidolle asettaman tavoitteen (päähteettömyys, kuntoutuminen tai jokin muu), mahdollisten aikaisempien korvaushoitojen kokemukset, nykyisen hoidon etenemisen ja oheiskäytön määrän sekä lääketieteelliset ja terveydelliset tekijät.

Työntekijöiden kuvausten perusteella buprenorfinia käytetään – tai ainakin suositaan – ensisijaisena lääkkeenä silloin, kun asiakas on nuori, hänellä ei ole kovin pitkää eikä monien aineiden käyttöhistoriaa, eikä hän ole ollut aiemmin korvaushoidossa tai jos metadoni aiheuttaa potilaalle terveydellisiä haittavaikutuksia. Joissakin tapauksissa suboxonen käytön aloittamisen ehtona ovat puhtaat huumeusulat. Metadonia käytetään potilaille, joilla on pitkä käyttöhistoria (erityisesti pistoskäyttöä), vaikea riippuvuus, aikaisempia epäonnistuneita korvaushoitoja, jatkuva päihteen oheiskäyttöä ja jotka eivät aseta hoidolleen päähteettömyys- tai kuntoutu-

mistavoitteita. Osa työntekijöistä katsoi, ettei buprenorfinia tulisi käyttää korvaavana lääkkeenä potilaille, jotka ovat käyttäneet sitä myös pääasiallisena huumeena. Heidän mielestään metadoni vähentää lääkkeen väärinkäyttöriskiä sekä tukee paremmin pistämisen lopettamista ja kuntoutumisen käynnistymistä. Osa työntekijöistä myös korosti, että metadonia ei pitäisi valita lääkkeeksi automaattisesti tai ikään kuin rangaistuksena aikaisemmin hoidossa epäonnistuneille, vaan valinnan tulee perustua lääketieteellisiin ja potilaskohtaisiin arviointeihin.

Jos on niinkun tosi rankkaa oheiskäyttöä koko ajan, niin kumpi on parempi, että potilas on metadonilla, mikä aiheuttaa sinänsä isomman yliannosriskin muitten aineiden kanssa, tai sitten että kaikkien vaikeimmat siirrettäisiin suboxonelle, mikä on taas turvallisempi valmiste? (YH1)

Haastattelujen perusteella pääasiallisena käytäntönä hoitoyksiköissä oli, että kuntouttavassa korvaushoidossa lääkkeenä on buprenorfiini ja haittoja vähentävässä metadoni. Työntekijät kävivät kuitenkin keskustelua myös siitä, voisiko tämä jako esimerkiksi potilaiden turvallisuuden näkökulmasta olla toisinkin päin – kuten joissakin maissa tiedetään olevan. Työntekijöiden mukaan metadonin käyttö on viime vuosina yleistynyt ja lääkärit ovat entistä enemmän alkaneet suosia metadonin käyttöä. Lääkäreiden mielestä monet potilaat ovat saaneet elämänsä parempaan tasapainoon sekä oheis- ja pistoskäytön loppumaan juuri metadonin ansiosta. Hyvät kokemukset ovat parantaneet metadoniin liittyviä mielikuvia. Hoitoyksikössä tehtävät lääkevaihdot ovatkin pääasiassa olleet buprenorfiinin korvaamista metadonilla silloin kun ”*tie suboxonen kanssa kuljettu loppuun*” (YH4).

Kyllä metadonilla olevia ihmisiäkin työelämään päätyy ja ihan tämmöseen normaaliin elämään. Mulla oli yksi pariskunta, jotka molemmat koulututtui, hankki ajokortin, C-hepatiittihoidon aikana, eikä heillä ollu edes mitään ajatusta tai pyyntöä taikka toivetta lääkkeen vaihtoon vaan olivat ihan siihen tyytyväisiä. (YH2)

Taulukko 1: Opioidiriippuvuuden korvaushoitoyksiköiden työntekijöiden haastatteluisia (9/2016–10/2017) kuvaamat metadonin ja buprenorfiinin valintaan vaikuttavat tekijät

Metadoni	Buprenorfiini
Potilaalla on pitkä huumeiden käyttöhistoria	Potilaalla on lyhyt huumeiden käyttöhistoria
Potilaalla on buprenorfiinin pistoskäyttöä	Potilaalla ei ole buprenorfiinin pistoskäyttöä
Potilas on ollut aiemmin korvaushoidossa	Potilas ei ole ollut aiemmin korvaushoidossa
Potilaalla ei ole päihdeettömyystavoitetta	Potilaalla on päihdeettömyystavoite
Potilas on haittoja vähentävässä korvaushoidossa	Potilas on kuntouttavassa korvaushoidossa
Lääkkeen halvempi hinta	Lääke mahdollistaa apteekkijakelun

Vaikuttaako lääkkeen hinta?

Aika ajoin nousee esille se, että kaikki pitäisi laittaa metadonille sen halvemman hinnan takia. (W16)

Vuoden 2015 valtakunnallisen selvityksen mukaan 63 % potilaista sai buprenorfiini- ja 37 % metadonilääkitystä (12). Huumehoidon tiedonkeruun vuoden 2018 aineistossa 45 % korvaushoitopotilaista sai lääkkeenä metadonia ja 42 % buprenorfiini-naloksonivalmistetta, mutta aineisto ei kata koko potilaskuntaa (39). Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimean tietojen mukaan metadonin osuus korvaushoitolääkkeiden myynnistä oli vuonna 2018 43 %. Vuodesta 2014 vuoteen 2018 metadonin lääkemyynti on euromääräisesti lähes kolminkertaistunut ja buprenorfiinivalmisteiden myynti puolittunut. Asiakkaiden määrän kasvusta huolimatta lääkkeiden myynnin kokonaissumma on vähentynyt noin neljänneksellä. Fimean myyntitiedot eivät kerro suoraan hoitoyksiköissä käytettävien lääkkeiden jakautumisesta ja niiden kustannuksista, mutta antavat yleiskuvan kehityssuunnasta. (40.)

Lääkkeen hinnan vaikutusten arvioiminen ei kuulunut korvaushoitoyksiköiden työntekijöiden keskeisimpiin tehtäviin, koska lääkärit määrittävät käytettävän lääkkeen hoidon arvioinnissa ja lääkkeiden kustannukset kuuluvat yleensä palvelun tilaajan ja tuottajan välisen sopimuksen kokonaisuuteen. Työntekijöille suunnatun kyselyn vastaajista (N=88) 60 % ei ollut kokenut paineita lääkkeen vaihtamiseen halvempaan ja 41 % ei uskonut hinnan vaikuttavan lääkkeen valintaan. Kuntien ja kuntayhtymien vastaajat pitivät lääkkeen hinnan merkitystä lääkkeen valintaan tilastollisesti merkittävästi pienempänä kuin muut vastaajat. Naiset arvioivat merkityksen pienemmäksi kuin miehet. Toisaalta viiden-

nes uskoi hinnalla olevan suuri ja toinen viidenes kohtalainen merkitys lääkkeen valinnassa. Tarkentavat avovastaukset vaihtelivat seuraavien ääripäiden välillä: ”Käytetään sitä lääkettä mikä halvinta” (W20) – ”Yksikössämme lääkkeen hinta ei ole peruste korvaushoitovalmisteen valinnalle” (W1).

Vaikka lääkkeen valinta tehdään virallisesti aina lääketieteellisin perustein ja yhdessä potilaan kanssa, metadonin alhaisemman hinnan vaikutukset kuitenkin askarruttivat haastateltuja ja kyselyyn vastanneita työntekijöitä: ”ei varmaan voi välttyä ajatukselta, etteikö se jossain määrin ohjaa” (RH3), ”jossain kunnissa tarjotaan vain halvempaa” (W13). Koska kilpailutuksissa yleensä edullisin tarjous voittaa, myös lääkekustannuksilla on merkitystä. Työntekijöiden mukaan filmimuotoisen buprenorfiinilääkkeen käyttöä oli joillakin paikkakunnilla estetty tabletteja kalliimman hinnan vuoksi.

Filmivaihtoehto on saatavilla, mutta ei käytössä, koska se on hieman kalliimpi. Filmilääke nopeuttaisi lääkeryhmiä, jotta aikaa jää esim. psykososiaaliseen puoleen. Lääkevilpit vähenisivät. Filmiä ei luultavasti voi niin helposti i.v. käyttää. (W25)

Lääkkeen hinnasta käytyjen keskustelujen yhteydessä työntekijät toivat esille kaksi tärkeänä pitämäänsä näkökulmaa. Ensinnäkin lääkkeen kustannukset koostuvat työntekijöiden mielestä paitsi lääkkeen hinnasta myös lääkkeen käsittelyyn ja jakamiseen käytetystä työajasta. Vaikka lääke (esim. buprenorfiinifilmi tai valmiiksi annosteltu metadoni) olisi hinnaltaan kalliimpaa, se voi vapauttaa aikaa muuhun hoidolliseen ja kuntouttavaan työhön. Kokonaiskustannukset voivat säilyä näin ajateltuna samoina tai jopa pienentyä.

Toiseksi työntekijät korostivat, että lääke itsessään on saanut ehkä liiankin paljon painoarvoa korvaushoidosta puhuttaessa. Potilailla saattaa olla epärealistisia odotuksia lääkehoitoa kohtaan. Työntekijät muistuttavat, että lääke on vain osa hoidon kokonaisuutta, väline kuntoutumisen mahdollistamiseksi. Sen lisäksi tarvitaan paljon työtä muilla elämän osa-alueilla.

Millä tavalla asiakkaat motivoituisiin siihen, että korvaushoito, et lääkehoito osana sitä. Että se on lääke plus jotain muuta. Eikä niin että näkyvä on se et se on se pääjuttu se lääke ja se muu tulee siinä vähän niinku pakotettuna. Vaikka ovat kuvitelleet pystyvänsä elämään vaan tällä pelkällä klinikan lääkkeellä, ne eivät siihen kuitenkaan pysty. Varmaan se suurin haaste, et pystyy oleen oheiskäyttämättä. (RH3)

APTEEKKIJAKELUUN SIIRTYMISEEN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT:

"NIIN KUIN TAVALLISET IHMISET"

Korvaushoitoasetus (6) mahdollistaa potilaan alkikirjoittamalla apteekkisopimuksella buprenorfinia ja naloksonia sisältävän yhdistelmävalmisteen toimittamisen lääkemääräyksellä apteekista (41). Hanna Uosukaisen ym. tutkimuksen mukaan apteekkipalvelun käyttö on kuitenkin jäänyt vähäiseksi. Vuonna 2011 tutkimukseen osallistuneista 64 apteekista 48:ssa oli kyllä korvaushoito-potilaita, mutta yhteensä vain 108 potilasta, n. 10 % kaikista buprenorfiini-naloksonilääkettä saavista potilaista. (42.)

Tämän tutkimuksen kohteena olleista korvaushoitoyksiköistä vain neljässä yhdeksästä oli työntekijöiden haastatteluhetkellä apteekkipalvelussa olevia potilaita, yhteensä n. 25 potilasta. Apteekkipalvelussa olevien potilaiden vähäisestä määrästä kertoo myös se, ettei kaksi kolmasosaa työntekijöille suunnattuun kyselyyn vastanneista (N=88) osannut lainkaan arvioida kokemuksia apteekkipalveluun siirtymisestä, koska omassa yksikössä tai paikkakunnalla ei ollut apteekkipalvelua käytössä. Neljäsosa vastaajista piti yksikkönsä kokemuksista myönteisinä. Vajaa kolmannes vastaajista uskoi apteekkipalveluun siirtymisen edistävän potilaan hoidon ja kuntoutumisen edistymistä, 15 % arvioi puolestaan siirtymisen voivan päinvastoin heikentää potilaan tilannetta ja viiden vastaajan mielestä siirtymällä ei ole vaikutusta hoidon etenemiseen.

Hyviä kokemuksia tähän asti olleilla asiakkailla. Apteekkipalveluun tulee lähteä vasta kun kuntoutuminen on tarpeeksi pitkällä ja varmalla pohjalla. (W21)

Mielestäni apteekkipalvelua ei pitäisi olla lainkaan. Mielestäni olisi hyvä nähdä potilas vaikka kerran kuukaudessa, jolloin hän myös ottaisi korvaushoito-lääkkeensä valvotusti. (W22)

Seuraavaksi kuvaamme, millaisia perusteluja ja hyötyjä haastatellut työntekijät näkivät oman kokemuksensa pohjalta apteekkipalveluun siirtymiselle. Kuvaamme myös, millaisia toisaalta hoitojärjestelmään ja toisaalta potilaiden tilanteeseen liittyviä apteekkipalveluun siirtymistä estäviä tekijöitä työntekijät olivat kohdanneet.

Tavallista sairaudenhoitoa

Mun mielestäni se [apteekkipalvelu] on tulevaisuutta ja se on hyvä asia koska se on tavallan niinku viesti, että tää on sairaudenhoito kuin kaikki muutkin. Sillä tavalla, se jotenki vie pois sitä semmosta niinkun mystiikkaa tai stigmaa tai sitä että ikään kuin tää ei olis sairauden hoito. Sillon kun ihminen saa lääkkeen apteekista niin sillon hoidetaan sairautta. Se on semmonen niinkun tavallinen ajattelu-tapa. (YH2)

Työntekijät näkivät apteekkipalvelun ehdottomana hyötynä sen, että se normalisoi korvaushoitoa sairauden hoidoksi, jossa lääke haetaan apteekista kuten muidenkin sairauksien hoidossa. Työntekijöiden mielestä apteekkipalvelu voi vähentää korvaushoitoon liittyviä turhia ennakkoluuloja, vääriä käsityksiä ja leimautumista. Se myös vapauttaa potilaita klinikoiden tarkoista lääkkeen-jaon aikatauluista ja vähentää kontakteja muihin mahdollisesti vielä päihteitä käyttäviin potilaisiin.

Työntekijöiden mielestä apteekkipalveluun siirtyminen voi parhaimmillaan tukea potilaan itsenäistä vastuunottoa, kuntoutumisen edistymistä, opiskelua ja työssäkäyntiä sekä yhteiskuntaan kiinnittymistä. Potilaat voivat kokea saavansa luottamusta ja pääsevänsä hoidossa eteenpäin. Sen nähdäänkin sopivan erityisesti potilaille, joiden hoitosuhde on vakiintunut, päihteiden oheiskäyttö ja pistäminen loppunut,

elämäntilanne tasapainottunut ja kuntoutuminen edennyt riittävän pitkälle.

Perheen stigma häviää, et he käy apteekissa niinkun tavalliset ihmiset, elää normaalia elämää. Ja se on jotenkin tosi inhimillistä. (YH2)

Työntekijöiden mielestä apteekkijakelu voi osaltaan vähentää korvaushoidon lääkekeskeisyyttä. Kun potilaat hakevat lääkkeensä itsenäisesti apteekista, työntekijät voivat suunnata työtään muuhun kuin lääkkeen jakamiseen ja muun kuntouttavan hoidon merkitys voi näin vahvistua. Potilaiden siirtyminen apteekkijakelun piiriin voisi myös avata nykyistä paremmin tilaa uusien asiakkaiden vastaanottamiseen.

Rakenteelliset esteet siirtymisen kannusteita suuremmat

Apteekkijakelu tulee sitte vasta siinä kohtaa kun nää asiakkaat siirtyä sinne perusterveydenhuoltoon...Ja siis haittoja vähentävillä ei oo mahdollisuutta siirtyä terveyskeskukseen saati apteekkijakeluun. (RH3)

Siirtyminen apteekkijakeluun tarkoittaa yleensä myös korvaushoidon siirtymistä toiseen hoitoyksikköön, useimmiten kunnan terveyskeskukseen. Työntekijöiden mielestä potilaat eivät kuitenkaan välttämättä halua siirtyä apteekkijakelun piiriin, koska eivät mielellään vaihda uuteen yksikköön ja katkaise vuosien aikana syntyneitä hoitosuhteita. Monilla paikkakunnilla on myös ollut vaikeuksia hallinnollisessa ja käytännöllisessä yhteistyössä terveyskeskusten kanssa. Siirtyvien potilaiden määrä on jäänyt vähäiseksi tai siirtymäkäytännöt kokonaan rakentumatta. Hoidossa eteneminen katkeaa käytännössä usein jatkohoitopaikan puutteeseen. Haittoja vähentävässä hoidossa oleville potilaille apteekkijakeluun siirtyminen ei ollut lainkaan mahdollista, koska heidän ei katsottu vielä pystyvän ottamaan itsenäistä vastuuta lääkkeen käytöstä.

No siis me halutaan vaan ne kaikkein parhaat sinne apteekkiin...Aikasemmas vaiheessa me jonkun verran enemmän noit apteekkiuttuja käytettiin, niin alettiin huomata että ei niillä oikeesti sitten niin hyvin meekään. Ja sit me

jouduttiin vetään heitä takas. Et meil on nykyään aika vaikee päästä apteekin asiakkaaksi. (YH1)

Työntekijöiden mukaan erityisesti potilaiden oheiskäyttö rajoittaa heidän mahdollisuuksiaan päästä kuntouttavaan korvaushoittoon ja sitä myöten apteekkijakeluun. Monet ovat huolissaan myös siitä, saavatko potilaat riittävästi tarvitsemaansa tukea sen jälkeen, kun käynnit hoitavalla klinikalla harvenevat. Hoidon aikana saadun psykososiaalisen tuen onkin todettu vähentävän päihteiden oheis- ja pistoskäyttöä (15). Apteekkijakeluun siirtymistä on saattanut rajoittaa työntekijöiden kokemukset siitä, etteivät potilaat kuitenkaan ole selviytyneet niin itsenäisesti kuin oli tarkoitus. Lisäksi apteekkijakeluun siirtymistä on vähentänyt myös metadonin yleistymisen korvaushoidossa käytettävänä lääkkeenä, koska sitä ei ole mahdollista saada apteekista.

Lääkemaksu et kyllähän se saattaa joillekin olla myöskin se kynnyksenä, ettei halua apteekkijakeluun. (RH8)

Myös taloudellisilla tekijöillä on merkitystä. Työssäkävien potilaiden tulee maksaa apteekista haettavan lääkkeen kustannukset vuosittaiseen omavastuuseen saakka tai hakea maksusitoumusta toimeentulotukena, mikäli tuen myöntämisen edellytykset täyttyvät. Joillekin lääkkeen omavastuusuus voi tuntua liian suurelta. Jotkut työntekijät pohtivatkin haastatteluisa, onko oikeudenmukaista, että työssäkäyvät ja hoidossa ”onnistuneet” potilaat joutuvat maksamaan lääkkeensä itse, kun muut saavat ne korvauksetta. Monille maksusitoumuksen hakeminen apteekkiin voi tuntua työläältä. Työntekijöiden mukaan kuntien käytännöt maksusitoumusten myöntämisessä myös vaihtelevat. Monille potilaille lääkkeen hakeminen tutulta klinikalta ja tutuilta työntekijöiltä voi olla yksinkertaisin vaihtoehto.

Jos he on työelämässä, silloin se toimeentulotukena se lääkkeen saaminen on aina kysymysmerkki. Eli et ne ihmiset, jotka on hoitaneet itsensä hyvin, päässeet eteenpäin, päässeet ehkä töihin niin sitten heille tulee aika paljonki sitä semmosta taloudellista rasi-tetta tästä näin tästä lääkityksestä. (YH2)

Taulukko 2: Opioidiriippuvuuden korvaushoitoyksiköiden työntekijöiden haastatteluissa (9/2016–10/2017) kuvaamat apteekkipalveluun siirtymisen hyödyt ja siirtymistä estävät tekijät

Hyödyt	Esteet
Rinnastaa korvaushoidon tavalliseksi sairauden hoidoksi	Päihteiden oheiskäyttö
Vähentää ennakkoluuloja ja leimautumista	Potilan saama tuki vähenee: riski päihteiden käyttöön ja hoidon katkeamiseen kasvaa
Edistää potilaan kuntoutumista ja vastuunottoa omasta elämästä	Hoitoyksikön vaihtuminen katkaisee vakiintuneen hoitosuhteen
Vähentää kontakteja vielä huumeita käyttäviin potilaisiin	Jatkohoitoyksiköitä ei löydy
Helppottaa työssä käyntiä ja opiskelua	Lääkekustannusten omavastuuosuus

POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Työntekijähaastattelut kohdistuivat pääasiassa A-klinikasäätiön yksiköihin kahdeksalla paikkakunnalla Etelä- ja Keski-Suomessa. Webropol-kyselyyn vastasi kuitenkin työntekijöitä maantieteellisesti laajemmalla alueella sekä myös kunnallisista ja muiden järjestöjen yksiköistä. Vastaajat eivät edustaneet koko korvaushoidon kenttää, mutta webropol-kyselyn vastaukset vahvistivat haastattelutulosten luotettavuutta. Työntekijät kuvasivat sekä haastatteluissa että kyselyssä yhdenmukaisesti korvaushoidossa vallitsevia keskeisiä jännitteitä ja korvaushoidon kehittämisen tarpeita.

Korvaushoitoyksiköiden työntekijöiden haastattelut vahvistavat aikaisempien tutkimusten ja selvitysten kuvaa hoitokäytäntöjen alueellisesta vaihtelusta. Erilaiset hoitokäytännöt eri alueilla ja eri yksiköissä ovat ongelmallisia perusoikeuksien ja kansalaisten yhdenvertaisuuden näkökulmasta. Korvaushoitoa tarvitsevat voivat olla hyvin eriarvoisessa asemassa, jos hoitolinjaukset poikkeavat tai tarjolla on vain yhdenlaista hoitoa. Työntekijöiden näkemykset metadonin ja buprenorfiinin hyödyistä ja haitoista suhteessa toisiinsa ja eri potilasryhmille vaihtelivat lähtöoletuksemme mukaisesti ja muodostivat yhden keskeisen teeman haastatteluissa. Työntekijät toivat myös esiin käytännöllisiä syitä siihen, miksi potilaiden siirtyminen apteekkipalveluun ja päihdehuollon erityispalveluista terveyskeskukseen ei ole pääasiassa positiivisista kokemuksista huolimatta toteutunut viimeisimmän korvaushoitoasetuksen tavoitteiden mukaisesti. Haastattelujen perusteella hoidon toteutuksessa tarvittiin edelleen yhtenäisempää näkemystä hoidon tavoitteista, periaatteista ja menetelmistä sekä

eri toimijoiden suunnitelmallisempaa yhteistyötä korvaushoidon kehittämiseksi osana laajempaa hoito- ja kuntoutusjärjestelmää.

Työntekijöiden haastattelut ja FIMEA:n myyntitiedot antavat viitteitä siitä, että metadoni oli yleistyessä opioidiriippuvuuden korvaushoidossa käytettävänä lääkkeenä. Yhtenä mahdollisena tekijänä tähän kehitykseen pidettiin metadonin buprenorfinia edullisempaa hintaa. Joissakin yksiköissä lääkkeenä käytettiin jopa pelkästään metadonia. Buprenorfiini vaikutti olevan pääsääntöisesti nuorempien, lyhyemmän päihdehistorian omaavien, ensi kertaa korvaushoitoon tulleiden ja kuntoutumiseen tähtäävien potilaiden ”turvallisempi” lääke. Metadoni oli puolestaan pitemmän päihde- ja hoitohistorian omaavien sekä haittoja vähentävässä tai elämänlaatua parantavassa hoidossa olevien potilaiden ”tehokkaampi” lääke. Lääkelinjauksissa oli kuitenkin eroja lääkäreiden, eri hoitopaikkojen ja eri kaupunkien välillä. Monissa haastatteluissa vallitsevia käytäntöjä myös kyseenalaistettiin ja niihin toivottiin selkeämpiä perusteluja.

Työntekijöiden mielestä korvaushoitolääkkeen hakemisen siirtäminen klinikalta apteekkiin voi olla osa hoitoprosessin ”normalisointia”. Korvaushoidon rinnastaminen muuhun ”tavalliseen” sairaudenhoitoon voi vähentää potilaiden leimautumista ja edistää kuntoutumista. Tutkimusten mukaan päihdeasiakkaat toivovat elämänsä vakautta ja tavoittelevat tavallista arkea, ”normaaliutta” (43-45). Elsa Pingoudin pro gradu -tutkielman mukaan pitkälle hoidossa edenneet potilaat pitivät kuntoutumisessa yhtenä tärkeänä tekijänä siirtymää korvaushoitolääkkeen apteekkipalveluun. Apteekki ympäristönä tuki yksilön identiteetin laajentumista kuntoutujasta

toimijaksi ja elämän muiden sisältöjen yhteensovittaminen hoitoon helpottui. (46.)

Aikaisempien tutkimusten tavoin haastateltujen työntekijöiden odotukset hoidon kehittämiseksi olivat osittain ristiriitaisia: korvaushoidon toteutukseen toivotaan yhtäältä yhtenäistä valtakunnallisia hoitolinjauksia, toisaalta halutaan toteuttaa joustavaa, yksilöllistä korvaushoitoa (28,47). Työ monia yhtäaikaista ongelmia omaavien korvaushoitopotilaiden kanssa on vaativaa. Lisäksi kilpailutukset ja kuntien erilaiset ohjeistukset vaikuttavat työhön. On ymmärrettävää, että työntekijät toivovat tuekseen yhteisiä valtakunnallisia ohjeistuksia siitä, miten hoitoa tulisi toteuttaa. Päihdelääketieteen yhdistys (PÄLY) onkin aloittanut valtakunnallisten ohjeiden laatimisen. Mutta missä määrin toiveet yhtenäisistä linjauksista ja yksilöllisestä hoidosta on sovittavissa yhteen? Valtakunnallisen ohjeistuksen keskeinen tehtävä voisi olla se, että kaikki käypä hoito -suositusten mukaiset korvaushoidon hoitomuodot olisivat yhtäläisesti ja yhdenvertaisesti saatavilla ja käytettävissä koko maassa. Tästä valikosta hoito voitaisiin sitten toteuttaa potilaan yksilöllisen tilanteen ja tarpeiden mukaisesti.

Vuoden 2015 lopussa vain 15 % mahdollisista korvaushoitopotilaista oli apteekkijakelun piirissä (12). Johtavan ylilääkärin Kaarlo Simojoen mukaan kuitenkin ainakin kolmasosa korvaushoitopotilaista voisi hakea lääkkeensä apteekista. Simojoki viittaa apteekkien ja korvaushoitoyksiköiden Suomea laajempaan yhteistyöhön mm. Norjassa ja Australiassa. (48.) Apteekkien kokemukset Suomessa ovat olleet pääasiassa myönteisiä ja suurin osa apteekista olisi valmis vastaanottamaan lisää potilaita, mutta ei ottamaan suurempaa roolia potilaiden lääkkeiden annostelun valvonnassa. Apteekit kaipasivat lisää koulutusta ja taloudellista korvausta. (42.) Potilasmäärän kasvattaminen vaatisi nykyistä määrätietoisempaa tavoitteenasettelua ja yhteistyötä korvaushoidon tilaajien, toteuttajien ja apteekkien kesken.

Korvaushoitoyksiköiden työntekijöiden haastattelujen perusteella apteekkijakeluun siirtymisen esteet olivat hoitojärjestelmässä suuremmat kuin kannusteet siirtyä. Potilaiden liialliseksi katsottu päihteiden oheiskäyttö, potilaiden liian suureksi kokema lääkekustannusten omavastuuosuus, jatkohoitopaikkojen vähyys sekä hoitoyk-

sikön ja -suhteiden vaihtumiseen liittyvät kielteiset tekijät muodostavat esteitä apteekkijakeluun siirtymiselle. Näitä esteitä tulisi poistaa, jotta siirtymät olisivat sekä potilaiden että hoitoyksiköiden työntekijöiden kannalta mahdollisia ja mielekkäitä. Myös hallittu paluu tarvittaessa takaisin apteekkijakelusta hoitoyksikköön olisi tehtävä mahdolliseksi. Esteiden poistaminen vaatisi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon tiiviimpää yhteistyötä että korvaushoidon nykyistä parempaa kytkemistä muihin kuntoutuksen tukitoimiin ja sosiaaliturvajärjestelmään. Työntekijöiden mielestä korvaushoitopotilaat tarvitsisivat nykyistä enemmän käytännön tukea arjessa ja viranomaisasioinneissa sekä parempaa mahdollisuutta päästä mukaan erilaisiin tukityöllistämisen muotoihin.

Opioidiriippuvuuden korvaushoito on lääkeavusteista hoitoa, jossa korostuu riippuvuussairauden hoito korvaavalla lääkkeellä. Käsitys riippuvuudesta sairautena ei kuitenkaan ole yksiselitteinen tai yhdenmukainen edes sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten keskuudessa (49, 50). Aikaisempien tutkimusten tavoin haastatellut työntekijät myös kritisoivat korvaushoitoa liiasta lääkekeskeisyydestä, korostivat psykososiaalisen tuen merkitystä ja toivoivat myös lääkkeettömiä hoitovaihtoehtoja (esim. yhteisöhoitoja) erityisesti nuoremmille opioidien käyttäjille (29, 30). Opioidiriippuvuudesta toipuminen nähtiin siis mahdolliseksi myös ilman korvaavaa lääkitystä. Päihdehoidon palveluvalikoiman monipuolisuus tulisi säilyttää, hoitoon pääsyn joustavuutta lisätä sekä lääketieteellisen hoidon ja sosiaalisen kuntoutuksen yhteistyötä tiivistää.

Merkittävin muutos korvaushoidossa työntekijöiden haastattelujen ja kyselyn toteuttamisen jälkeen on ollut pitkävaikutteisen (1 viikko tai 1 kuukausi) injektiona annettavan depot-lääkkeen (buprenorfiini) käyttöönotto vuoden 2019 aikana. Esimerkiksi A-klinikka Oy aloitti lääkkeen käytön tammikuussa 2019 ja on ottanut käyttöön Australiassa laaditut depot-lääkityksen hoitosuositukset (51). Lääkevalmistajan vuoden 2021 alussa tekemän arvion mukaan Suomessa jopa puolet buprenorfiini-naloksonilääkitystä tablettina tai filminä saaneista potilaista on siirretty injektio-lääkkeelle (52). Lääke on perushinnaltaan tabletteja ja filmiä kalliimpi, mutta ei välttämättä lisää kokonaiskustannuksia. Uusi lääke voi vähentää korvaushoitolääkkeen vää-

rinkäyttöriskiä, vapauttaa lääkejakelusta aikaa kuntouttavaan työhön, avata tilaa uusille potilaille ja mahdollistaa lääkekustannusten hallintaa (53, 54). Lääkkeen laaja käyttöönotto voi poistaa kokonaan tai vähentää olennaisesti nykymuotoisen apteekkijakelun tarvetta sekä vähentää myös metadonia saavien potilaiden määrää. Lääkkeestä on hyviä ensikokemuksia, mutta tutkimus- ja seurantatietoa sekä työntekijöiden että asiakkaiden kokemuksista tarvitaan kuitenkin lisää.

KIITOKSET:

Kiitämme yksilö- ja ryhmähaastatteluihin osallistuneita opioidiriippuvuuden korvaushoidon työntekijöitä arvokkaiden kokemusten ja näkemysten jakamisesta.

Tourunen, J., Vahter, T., Jokelainen, S., Pitkänen, T. Employee views of factors affecting the choice of medicine and the transition to community pharmacy-based dispensing in opioid substitution treatment. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine 2022; 59: 34–47.

Patients' transition to community pharmacy-based buprenorphine-naloxone dispensing and to primary health care have not actualized in accordance with the objectives of the latest decree (33/2008) for the arrangement of opioid substitution treatment (OST) in Finland. The article focuses on employee views of the factors affecting the choice of medicine used in OST and the patients being permitted to pharmacy-based dispense of buprenorphine-naloxone. The article is based on thematic data driven content analysis of employees' personal and group interviews (N=40) and survey answers (N=88).

According to the employee interviews, the treatment practices as well as the arguments used for choosing medicine in OST varied between different localities. Buprenorphine was used mostly in rehabilitative treatment and methadone in treatment oriented to harm reduction. However, employee opinions on the pros and cons of buprenorphine and methadone with respect to each other and in different patient groups varied. According to the employees, the lower price of methadone might have affected methadone becoming more prevalent in OST.

Employees viewed patients' transitions to the pharmacy-based delivery of buprenorphine-naloxone positively: the transition can help patients

RAHOITTAJAT:

Kela

KIRJOITTAJIEN KONTRIBUUTIOT:

Tourunen on vastannut teemahaastattelurungon ja kyselyn laatimisesta, toiminut haastattelijana, osallistunut aineistojen analysointiin ja toiminut pääkirjoittajana. Vahter on vastannut aineistojen analysoinnista ja kommentoinut käsikirjoitusta. Jokelainen on osallistunut teemahaastattelurungon laatimiseen, toiminut haastattelijana ja kommentoinut käsikirjoitusta. Pitkänen on osallistunut teemahaastattelurungon ja kyselyn laatimiseen aineistojen analysointiin sekä kommentoinut käsikirjoitusta. Kaikki kirjoittajat ovat hyväksyneet käsikirjoituksen kokonaisuudessaan.

take responsibility of their own recovery, decrease the stigma related to OST and normalize OST as an ordinary treatment of disease. However, excess share of medicine costs, lack of units for continuation treatment, practical issues related to changes in treatment units and subsidiary substance use have made it more difficult for patients to transfer to community pharmacy-based buprenorphine-naloxone dispensing.

Based on the interviews, employees wish for national guidelines of OST but also emphasize the importance of individual treatment process. There is a need for a more solid vision of the goals and principles of OST. The development of OST as a part of the broader treatment and rehabilitation system calls for planned co-operation between actors in social and health care services. The new long-acting injectable drug can significantly decrease the need for pharmacy-based dispense of buprenorphine-naloxone.

Keywords: opioid substitution treatment, medicine in opioid substitution treatment, pharmacy-based dispense of buprenorphine-naloxone, employee.

Saapunut (10.06.2020)
Hyväksytytty (02.06.2021)

LÄHTEET

- (1) Hakkarainen P, Tigerstedt, C. Korvaushoidon läpimurto Suomessa. *Yhteiskuntapolitiikka* 2005; 70: 143–154.
- (2) Tourunen J, Pitkänen T. Opioidiriippuvaisten korvaushoito ja syrjäytymisen ehkäisy. Kirjassa: Laine T, Hyväri S, Vuokila-Oikkonen P. (toim.) *Syrjäytymistä vastaan sosiaali- ja terveysalalla*. Helsinki: Tammi; 2010, 147–168.
- (3) Tammi T. Medicalising prohibition: Harm reduction in Finnish and international drug policy. Helsinki: Stakes research report 161; 2007.
- (4) Selin J, Hakkarainen P, Partanen A, ym. From political controversy to a technical problem? Fifteen years of opioid substitution treatment in Finland. *Int. J. Drug Policy* 2013; 24: e66–e72. doi.org/10.1016/j.drugpo.2013.08.007.
- (5) Simojoki K, Pentikäinen H, Fabritius C, ym. Hukkaammeko korvaushoidon mahdollisuudet? *Duodecim* 2012; 128: 1737–9
- (6) Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeillä 17.1.2018/33. Luettu 16.7.2019. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2008/20080033>.
- (7) Käypä hoito -suositus: Huumeongelmaisen hoito 12.04.2018. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 16.7.2019. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50041>.
- (8) Selin J, Perälä R, Stenius K, ym. Opioidi-korvaushoito Suomessa ja muissa Pohjoismaissa. *Suom Lääkäril* 2015; 70: 1343–1348.
- (9) Selin J, Perälä R, Stenius K, ym. Opioid substitution treatment in Finland and other Nordic countries: Established treatment, varying practices. *Nord Stud Alcohol Drugs* 2015; 32: 311–324. doi: 10.1515/nsad-2015-0028.
- (10) Gedeon C, Sandell M, Birkemose I, ym. Standards for opioid use disorder care: An assessment of Nordic approaches. *Nord Stud Alcohol Drugs* 2019; 36: 286–298. doi: 10.1177/1455072518815322.
- (11) Rönkä S, Ollgren J, Alho H, ym. Amfetamiinin ja opioidien ongelmakäytön yleisyys Suomessa vuonna 2017. *Duodecim* 2020; 136: 927–935.
- (12) Partanen A, Alho H, Forsell M, ym. Opioidi-korvaushoito on laajentunut ja monimuotoistunut. *Suom Lääkäril* 2017; 72: 2981–2985.
- (13) Mäkelä N, Partanen A, Alho H, ym. Miten opioidikorvaushoidossa olevat eroavat muista päihdeasiakkaista? *Suom Lääkäril* 2019; 74: 545–549.
- (14) Selin J. Mikä vaikutus? Korvaushoidon seurattutkimukset kertovat. *Tiimi* 2/2013: 22–25.
- (15) Launonen E. Oheiskäyttö opioidikorvaushoidossa. Itä-Suomen yliopisto: Terveystieteiden tiedekunta, Lääketieteen laitos, Lääketieteen koulutusohjelma, Opinnäytetutkimus; 2013. Luettu 3.12.2019. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20131089/urn_nbn_fi_uef-20131089.pdf
- (16) Vormaa H, Sokero P, Turttiainen S, ym. Opioidi-korvaushoito tehoa. Korvaushoito Hyksin päihdepsykiatrian yksikössä 2000–2002. *Suom Lääkäril* 2005; 60: 1013–1016.
- (17) Vormaa H, Sokero P, Turttiainen S, ym. Opioidiriippuvuuden korvaushoito HYKS:n päihdepsykiatrian yksikössä 2003–2005. *Suom Lääkäril* 2009; 64: 1853–1857.
- (18) Vormaa H, Sokero P, Aaltonen M, ym. Participation in opioid substitution treatment reduces the rate of criminal convictions: Evidence from a community study. *Addict Behav* 2013; 38: 2313–2316. doi: 10.1016/j.addbeh.2013.03.009.
- (19) Tourunen J, Pitkänen T, Harju-Koskelin O, ym. Korvaushoitopotilaiden kuntoutuminen on pitkä ja haasteellinen prosessi. K- ja Vieroitushoitopoliklinikoilla vuosina 2002–2003 hoitonsa aloittaneiden opioidiriippuvaisten potilaiden korvaushoidon seuranta. *Yhteiskuntapolitiikka* 2009; 74: 421–428.
- (20) Aalto M, Visapää J-P, Halme J, ym. Effectiveness of buprenorphine maintenance treatment as compared to a syringe exchange program among buprenorphine misusing opioid-dependent patients. *Nord J Psychiatry* 2011; 65: 238–243. doi:10.3109/08039488.2010.531762
- (21) Pitkänen T, Kaskela T, Levola J. Mortality of treatment-seeking men and women with alcohol, opioid or other substance use disorders – A register-based follow-up study. *Addict Behav* 2020; 105: June 2020. doi: 10.1016/j.addbeh.2020.106330.
- (22) Laine P, Annala R. Opioidikorvaushoito voi mahdollistaa työllistymisen. *Yhteiskuntapolitiikka* 2015; 80: 273–277.
- (23) Notley C, Blyth A, Maskrey V, ym. Exploring the Concepts of Abstinence and Recovery Through the Experiences of Long-Term Opiate Substitution Clients. *Subst Abuse* 2015; 36: 232–239. doi: 10.1080/08897077.2014.941085
- (24) Kaipainen E, Lamminen S, Niemelä S. Huumeiden oheiskäyttö opioidikorvaushoidossa Turussa ja Jyväskylän seudulla. *Suom Lääkäril* 2016; 71: 573–578.
- (25) Häkkinen M. Reseptilääkkeiden päihdekäyttöön puuttuminen vaatii tietoa ja tahtoa. Opioidien väärinkäyttö on lisääntynyt Suomessa. *Duodecim* 2015; 131: 711–712.
- (26) Heinonen M, Pitkänen T. Korvaushoitopotilaiden oheispäihdeiden käyttö ja toimintakyky. *Tietopuu: Tutkimussarja* 3/2017: 1–16. doi: 10.19207/TIETOPUU423.
- (27) Pitkänen T, Simojoki, K. Korvaushoidon kotiannekset ja väärinkäytön riski. *Tiimi* 4/2011: 24–25.
- (28) Kiistala M. Opioidiriippuvuuden korvaushoidon hoitomuotojen raja – Korvaushoitoyksiköiden työntekijöiden käsityksiä korvaushoidon rajautumisesta kuntouttavaan ja haittoja vähentävään hoitomuotoon. *Sosiaaliryön Pro gradu -tutkimus*. Lapin yliopisto; 2017

- (29) Tourunen J, Kaskela T, Pitkänen T. Työntekijöiden mielipiteitä korvaushoidosta. *Tiimi* 1/2012: 27–28.
- (30) Tourunen J, Ikonen J, Pitkänen T. Korvaushoidon ammattilaisten näkemykset muuttuneet kokemusten myötä. *Tiimi* 5/2017: 22–24.
- (31) Tourunen J, Kaskela T, Pitkänen T. Kontrollia, lääkettä vai sosiaalisen kuntoutumisen tukea? *Tiimi* 5/2012: 26–27.
- (32) Uotila M, A-klinikka Oy. Kirjallinen tieto henkilöstöhallinnosta 9.2.2021.
- (33) Tuomi J, Sarajärvi A. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. Helsinki: Tammi; 2018.
- (34) Walsh SL, Eissenberg T. The clinical pharmacology of buprenorphine: extrapolating from the laboratory to the clinic. *Drug Alcohol Depend* 2013; 70: S13–27. doi: 10.1016/S0376-8716(03)00056-5
- (35) Marteau D, McDonald R, Patel K. The relative risk of fatal poisoning by methadone or buprenorphine within the wider population of England and Wales. *BMJ Open* 2015: 007629. doi: 10.1136/bmjopen-2015-007629
- (36) Mattick RP, Breen C, Kimber J, ym. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 2014:CD002207. doi: 10.1002/14651858.CD002207.pub4
- (37) Winstock AR, Lea T, Sheridan J. Prevalence of diversion and injection of methadone and buprenorphine among clients receiving opioid treatment at community pharmacies in New South Wales, Australia. *Int J Drug Policy* 2008; 19: 450–458. doi: 10.1016/j.drugpo.2007.03.002
- (38) WHO. Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence. World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2009.
- (39) Impinen A, Rönkä S. Päihdehuollon huumeasiakkaat 2018. Opioidit yleisin ongelmäpäihde. Tilastoraportti 14/2020. THL 7.5.2020.
- (40) FIMEA. Lääkemyynti tukkuhinnoin vuosina 2015–2018. Fimea 2019. Luettu 31.7.2019. <http://raportit.nam.fi/raportit/kulutus/laakemyynti.pdf>.
- (41) Surakka V-M. Apteekkisopimusjärjestelmä osana päihdekuntoutusta. *Tiimi* 5/2019: 12–15.
- (42) Uosukainen H, Bell SJ, Laitinen K, ym. First insights into community pharmacy based buprenorphine-naloxone dispensing in Finland. *Int J Drug Policy* 2013; 24: 492–497. doi: 10.1016/j.drugpo.2013.02.004
- (43) Kaskela T. Haaveena normaali elämä – Tutkielma opioidikorvaushoitopotilaiden hoitoa koskevista mielipiteistä, hoidon tavoitteista ja psykososiaalisesta tilanteesta. Yhteiskuntapolitiikan pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen Yliopisto; 2011.
- (44) Knuuti U. Matkalla marginaalista valtavirtaan? Huumeiden käytön lopettaneiden elämäntapa ja toipuminen. Yhteiskuntapolitiikan laitoksen tutkimuksia 1/2007. Helsingin yliopisto; 2007.
- (45) Tamminen M. Paluu normaaliin: tutkimus addiktiivisen päihteidenkäytön lopettamisesta. Helsinki: Stakes, raportteja 247; 2000.
- (46) Pingoud E. Pitkälle kuntoutuneet opioidi-korvaushoidossa – toimijuusnäkökulma. Sosiaalipsykologian pro gradu -tutkielma. Helsingin yliopisto; 2019.
- (47) Tourunen J, Kiistala M. Tukeeko jako kuntouttavaan ja haittoja vähentävään korvaushoittoon asiakastyötä? *Tiimi* 1/2018: 26–27.
- (48) Apteekkari 5.6.2015. A-klinikan ylilääkäri: Korvaushoidon lääkejekelu ulkoistettava apteekkeille. Luettu 31.7.2019. <https://www.apteekkari.fi/uutiset/a-klinikan-ylilaakari-korvaushoidon-laakejekelu-ulkoistettava-apteekkeille.html>.
- (49) Pennonen M, Koski-Jännes A. Päihdealan ammattilaisten käsityksiä aineriippuvuuksista. *Janus* 2010; 18: 208–224.
- (50) Tikkinen KAO, Leinonen JS, Guyatt G, ym. What is a disease? Perspectives of the public, health professionals and legislators. *BMJ Open* 2012;2:e001632. doi:10.1136/bmjopen-2012-001632.
- (51) A-klinikka Oy:n tiedote 2.12.2019. Suomessa ensimmäinen injektiokorvaushoitolaakkeiden hoitosuositus käyttöön. Luettu 3.12.2019 <https://www.a-klinikka.fi/ajankohtaista/tiedote/suomessa-ensimmainen-injektiokorvaushoitolaakkeiden-hoitosuositus-kayttoon>
- (52) Häkkinen M, ylilääkäri, A-klinikka Oy. Henkilökohtainen tiedonanto 18.2.2021.
- (53) Rosenthal RN, Goradia VV. Advances in the delivery of buprenorphine for opioid dependence. *Drug Des Devel Ther* 2017; 11: 2493–2505. doi: 10.2147/DDDT.S72543
- (54) Haight B, Learned S, Laffont C, ym. Efficacy and safety of a monthly buprenorphine depot injection for opioid use disorder: a multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet* 2019; 393: 778–790. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32259-1.

JOUNI TOURUNEN

YTT, dosentti, tutkimuspäällikkö

A-klinikkasäätiö

TANJA VAHTER

VTM, kehittämiskoordinaattori

A-klinikkasäätiö

SUVI JOKELAINEN

YTM, tohtoriopiskelija

Itä-Suomen yliopisto

TUULI PITKÄNEN

FT, dosentti, tutkimuspäällikkö

Nuorisotutkimusseura