

**OPIOIDIKORVAUSHOITON TULEVA POTILAS OSASTOLLA 78 syksystä 2009
kevääseen 2011 - Päätteet, lääkkeet, komorbidit häiriöt ja hoidon tehoavuus**

Riikka Annila
Syventävien opintojen tutkielma
Psykiatrian klinikka
Oulun Yliopisto
Lokakuu 2014
Pekka Laine

OULUN YLIOPISTO
Lääketieteellinen tiedekunta
Lääketieteen koulutusohjelma

TIIVISTELMÄ

Annala, Riikka
Syventävien opintojen tutkielma

Opioidikorvaushoitoon tuleva potilas osastolla 78 syksystä 2009 kevääseen 2011 -
Päihteet, lääkkeet, komorbidit häiriöt ja
hoidon tehoavuus
22 sivua, 1 liite

Tutkimuksessa seurattiin OYS:n psykiatrian klinikan osastolla 78 opioidikorvaushoidon aloittaneita potilaita. Tutkimuksessa olivat mukana ajalla 2009-2011 korvaushoidossa olleet potilaat. Potilaat olivat Oulun ympäristökunnista: Pudasjärveltä, Kempeleestä, Oulunsalosta, Haukiputaalta, Muhokselta, Iistä, Kemistä, Kuusamosta, Taivalkoskelta, Kiimingistä ja Torniossa. Tavoitteena oli selvittää korvaushoidossa olevien potilaiden taustoja, lääkitystä, psyykkistä komorbiditeettia sekä hoidon vaikuttavuutta.

Kuten aiemmissakin tutkimuksissa (Vorma ym. 2009) on selvinnyt, näyttää opioidikorvaushoitopotilailla useimmiten olevan psyykkistä komorbiditeettia, erityisesti persoonallisuushäiriöitä. Suomessa tähän verrattavia tutkimuksia opioidikorvaushoitopotilaista ovat tehneet Vorma ym. (2005 ja 2010) HYKS:n päihdepsykiatrian yksiköstä sekä Veide ym. (2007) TAYS:n päihdekliniikasta. Myös TYKS:n addiktioklinikan toiminnasta on kirjoitettu artikkeli (Mikkonen ym. 2008). Tässä tutkimuksessa saadut tulokset ovat vastaavanlaisia.

Tutkimuksessa tarkasteltiin PPSHP:n toteuttamia Oulun ympäristökunnissa asuvien korvaushoitopotilaiden hoitoja sekä potilaiden taustoja keväällä 2012. Korvaushoito alueella perustuu OYS:n psykiatrian poliklinikalta ohjattuihin peruskuntien joustaviin moniammatillisiin tiimeihin, joissa terveydenhuollon lääkkeenjakele, käytön valvonta ja psyykinen hoito on yhdistetty sosiaaliseen auttamiseen asumisessa, koulutuksessa, työllistämässä ja lastensuojelussa.

Koska lähes kaikilla opioidikorvaushoitoon tulevilla potilailla on taustalla kaksoisdiagnoosi, tuo se lisähaastetta hoidon toteutukseen. Kaksoisdiagnoosipotilailla hoitotulokset ovat huonompia kuin vain yhden häiriön omaavilla, eivätkä hoitomallitkaan ole kaksoisdiagnoosipotilaille optimaalisia.

Tulokset osoittavat vaikeimminkin häiriintyneiden päihdepsykiatristen potilaiden olevan autettavissa nykyisillä resursseilla tuottaviksi veronmaksajiksi. Tutkimus voi toimia laajemminkin mallina erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon voimavarojen yhdistämisessä ja sosiaali- ja terveystalvelujen yhteistyön kehittämisessä Mieli 2009 –suunnitelman mukaisesti.

Avainsanat: opioidikorvaushoito, päihdekuntoutus

SISÄLLYS

1. JOHDANTO	1
2. TUTKIMUKSEN TEOREETTINEN TAUSTA.....	2
2.1. Opioidit	2
2.1.1. Yleistä	2
2.1.2. Opioidiriippuvuus ja opioidien väärinkäyttö	3
2.1.3. Buprenorfiini	4
2.2. Bentsodiatsepiinit.....	4
2.3. Huumeiden käytön historia ja suuntaus suomessa.....	5
2.4. Kaksoisdiagnoosit: päihdehäiriöt ja muut psykiatriset häiriöt.....	6
2.4.1. Kaksoisdiagnoosi	6
2.4.2. Integroitu hoitomalli	8
2.4.3. Persoonallisuushäiriöt	8
2.4.4. Kognitiivinen käyttäytymisterapia ja motivoiva haastattelu	9
3. OPIOIDIRIIPPUVAISTEN KORVAUSHOITO.....	10
3.1. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus	10
3.2. Opioidikorvaushoidon aloitus OYS:n osastolla 78.....	11
3.2.1. Yleistä	11
3.2.2. Opioidikorvaushoidon arviointi ja hoidon toteutus	12
3.2.3. Korvaushoidon lääkitys.....	12
3.2.4. Psykososiaalinen kuntoutus.....	13
4. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	13
5. TUTKIMUSAINEISTO JA TUTKIMUSMENETELMÄT	14
5.1. Tutkimusjoukko	14
5.2. Aineiston käsittely	14
5.3. Eettiset kysymykset	14
6. TULOKSET.....	15
6.1. Potilaiden taustatiedot.....	15
6.2. Huumeidenkäyttöhistoria.....	15
6.3. Komorbidit häiriöt	16
6.4. Lääkitykset.....	16

6.5. Hoidon vaikutus ja siinä pysyminen	17
6.6. Tilastollinen analyysi	17
7. POHDINTA	18
8. LÄHTEET	20

LIITTEET

Liite 1. Taulukoita

1. JOHDANTO

Korvaushoitoon tulevilla potilailla on aiemman tutkimuksen mukaan merkittävä osuus psykiatrista komorbiditeettia, erityisesti persoonallisuushäiriöitä. Osalla potilaista on mielialahäiriöitä tai psykoottisia häiriöitä. Hoitoon tullessa suurimmalla osalla potilaista on opioidiriippuvuutensa lisäksi bentsodiatsepiinien, muiden huumeiden (amfetamiinit, kannabis) ja alkoholin käyttöä sekä historiassa, että ajankohtaisena ongelmana (Vorma ym. 2005, Vorma ym. 2009). Myös pregabaliini, kauppanimeltään Lyrica, on tutkimusajankohtana noussut merkittäväksi osaksi päihdepotilaiden myrkytyskuolemia ja samalla tullut osaksi korvaushoitoonkin tulevien potilaiden lääkerepertuaaria (Joukanen 2011, Vuori ym. 2012).

Komorbideihin häiriöihin on käytössä vaihtelevasti masennuslääkkeitä, mielialan tasaajia ja psykoosilääkkeitä. Välille asettuu PKV-lääkkeitä, opiaatteja ja bentsodiatsepiineja, joiden käyttö on osittain päihdekäyttöä ja osittain yritystä hoitaa komorbidi psyykinen kärsimys. Lääkkeet on hankittu vaihtelevasti katukaupasta tai lääkäriltä omalla reseptillä.

Aikaisemmat tutkimukset osoittavat, että pelkkä lääkkeellinen korvaushoito ei ole tehokas keino opioideista vieroittautumiseen. Koska monilla korvaushoitopotilailla on myös jonkinlainen psyykinen häiriö, on pelkkä korvaushoito heille riittämätön (Vorma ym. 2009). Taus-talla olevia psyykkisiä häiriöitä tulisi hoitaa yksilö- ja/tai ryhmäterapiain keinoin varsinaisen lääkkeellisen korvaushoidon rinnalla (Aalto 2007).

Tässä tutkimuksessa tutkittiin OYS:n osastolle 78 välillä 8/2009-5/2011 korvaushoidon aloitukseen tulleita sekä tuona aikana hoidossa jo olleita potilaita takautuvasti potilasasiakirjojen tietojen perusteella. Tutkimuksessa pyrittiin selvittämään päihteidenkäytön yhteydessä ilme-neviä komorbideja häiriöitä, alkuvaiheen lääkitystä korvaushoidossa sekä hoidon tehoavuutta. Potilaiden tilannetta tarkasteltiin lisäksi 12kk hoidon aloituksesta sekä tutkimushetkellä (keskimäärin 2 vuotta hoidon aloituksesta), jolloin selvitettiin hoidon vaikuttavuutta.

2. TUTKIMUKSEN TEOREETTINEN TAUSTA

2.1. Opioidit

2.1.1. Yleistä

Opioidien vaikutukset välittyvät keskushermostossa kolmen reseptorin: myy-, delta- ja kappa-reseptorien kautta. Opioidireseptoreja on ympäri keskushermostoa, jossa ne vuorovaikuttavat myös muiden välittäjäainejärjestelmien kanssa muiden välittäjäaineiden vapautumista estäen. Myyreseptoriagonistit, kuten endorfiini ja morfiini, saavat aikaan euforiaa. Ne ovat keskeisessä osassa opioidien aiheuttamassa riippuvuudessa ja fyysisissä vieroitusoireissa. Kappa-agonistit taas aiheuttavat enemmänkin dysforiaa (Meririnne ja Seppälä 2004, Kuoppasalmi ym. 2013).

Kun opioidi sitoutuu myyreseptoriin, aktivoituu useita G-proteiinikytkentäisiä solunsisäisiä toimintoja. Hermosolujen viestinvälitys estyy, johtuen mm. solun pinnan kalium- ja kalsiumkanavien läpäisevyyden muutoksista. Myös muita solunsisäisiä järjestelmiä käynnistyy ja niillä onkin oletettu olevan merkitystä toleranssin, vieroitusoireiden sekä pitkäkestoisten synaptisten muutosten kannalta. Opioidit muun muassa estävät adenyylaattisyklaasia, jonka määrä kompensatorisesti lisääntyy toistuvassa käytössä. Tällä on vaikutusta toleranssin kehittymisessä. Käytön lopettaminen aiheuttaa adenyylaattisyklaasin toisiolähtelijärjestelmän yliaktivoitumisen, jonka uskotaan olevan tärkeänä välittävänä tekijänä opioideista johtuvissa vieroitusoireissa (Meririnne ja Seppälä 2004).

Opioidit voidaan jakaa luonnon opioideihin, puolisynteettisiin opioideihin, synteettisiin opioideihin sekä opioidipeptideihin. Joskus opioideiksi lasketaan myös opioidiantagonistit, jotka estävät varsinaisten opioidien vaikutusta sitoutumalla opioidireseptoreihin. Luonnon opioideja ovat morfiini sekä sitä muistuttavat luonnonaineet, kuten kodeiini. Puolisynteettiset opioidit valmistetaan luonnollisen opioidin molekyyliarakennetta muuttamalla. Synteettiset opioidit ovat synteettisiä lääkeaineita, jotka reseptorivaikutuksiltaan muistuttavat, mutta molekyyliarakenteeltaan poikkeavat morfiinista. Opioidipeptidit ovat elimistössä esiintyviä, keskushermoston opioidireseptoreidin vaikuttavia peptidejä, joista käytetään myös nimitystä endogeeniset opioidit (Lääketieteen termit, Duodecim 1999). Opioideja käytetään kivunlievitykseen ja anestesiaan sekä eräitä opioideja myös yskänlääkkeinä ja ripulin hoidossa (Kalso 2003). His-

toriallisesti opioideja on käytetty masennuksen, ahdistuksen ja psykoosien hoidossa (Brizer ym. 1985, Stoll ja Rueter 1999, Koran ym. 2005).

Analgeettisen tehon perustella opioidit voidaan jakaa kolmeen ryhmään. Heikoilla opioideilla annos-analgesia kuvaaja on annos-haittavaikutuskuvaajaan nähden loiva. Tällaisia ovat kodeiini, tramadoli ja dekstropropoksifeeni. Keskivahvalla opioidilla buprenorfiinilla on kattovaikeus, eli analgeettinen teho ei enää tietyn maksimiannoksen jälkeen lisääny. Vahvoiksi opioideiksi luokitellaan morfiini, metadoni, oksikodoni ja fentanyyli. Vahvoilla opioideilla ei periaatteessa ole maksimiannostusta, sillä analgeettinen teho lisääntyy annosta suurentamalla (Kalso 2002).

2.1.2. Opioidiriippuvuus ja opioidien väärinkäyttö

Opioidiriippuvuus on monimuotoinen sairaus, jonka kehittymiseen vaikuttavat biologiset, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät. Opioidiriippuvuuden diagnostiset kriteerit ovat samat, kuin muissakin päihderiippuvuuksissa. Opioidiriippuvaisille on kehittynyt merkittävä toleranssi, joka johtaa annoksen nostamiseen ja aineen vaikutuksen loputtua vieroitusoireisiin. Opioidien väärinkäytössä taas käyttö on harvempaa tai jaksottaista, eikä siihen liity toleranssia tai vieroitusoireita. Käyttäjälle voi kuitenkin olla haitaksi tai vaaraksi olla päihtyneenä. Huumeiden kohdalla käytetään myös termiä viihdekäyttö, jolloin vähäisen käytön ajatellaan olevan hallittua ja haitatonta sosiaalisen alkoholinkäytön tapaan. Tyypillisiä piirteitä opioidien aiheuttamalle päihtymykselle ovat käytöksen ja psyykkisten toimintojen muutokset. Alkuvaiheessa esiintyy euforiaa, myöhemmässä vaiheessa taas apatiaa, dysforiaa, psykomotorista kiihtyneisyyttä tai estyneisyyttä sekä heikentynyttä arviointikykyä. Oirekuvaan liittyy yleensä pupillien supistumista, uneliaisuutta, puheen sammallusta sekä muistihäiriöitä (Kuoppasalmi ym. 2013). Suomessa päihtymystarkoitukseen käytettäviä opioideja ovat mm. oopiumi, heroini, morfiini, kodeiini, metadoni, oksikodoni, fentanyyli, dekstropropoksifeeni, tramadoli ja buprenorfiini. Suurin myrkytysriski on lyhytvaikutteisilla opioideilla, kuten heroinilla, morfiinilla ja fentanyylillä. Suonensisäisellä käytöllä pyritään nopeampaan vaikutukseen sekä maksametabolian ohittamiseen (Huumeongelman hoito: Käypähoito –suositus, 2012). Suonensisäisesti käyttö on myös riittoisampaa ja sitä kautta halvempaa, joten katukapan armoilla olevat riippuvaiset voivat myös tästä syystä päätyä piikitykseen (Salaspuro 2003).

2.1.3. Buprenorfiini

Vielä vuonna 2000 heroini oli muutaman vuoden valtautumisjakson jälkeen eniten väärinkäytetty opioidi, mutta 2000-luvun aikana yleisimmäksi on noussut korvaushoitolääkkeeksi tarkoitettu buprenorfiini (Kuoppasalmi ym. 2013). Heroiinin yliannostuksesta johtuvat kuolemat ovat vähentyneet vuodesta 2001, jolloin tramadolimyrkytykset ja buprenorfiiniin liittyvät löydökset alkoivat lisääntyä (Partanen ym. 2004). Buprenorfiini on puolisynteettinen lääkeopioidi, jolla on agonistivaikutuksen lisäksi myös antagonistivaikutuksia myy- ja delta-reseptoreihin (Suominen ja Saarijärvi 2003). Sitä on käytetty kipulääkkeenä vuodesta 1978 lähtien, ja Ranskassa se hyväksyttiin opiaattiriippuvaisten korvaushoitolääkkeeksi 1996. Myöhemmin se hyväksyttiin korvaushoitolääkkeeksi myös muissa länsimaissa, kuten Suomessa vuonna 1998 (Partanen ym. 2004). Buprenorfiinilla on kattovaikutus, eli annosta suurennettaessa sen vaikutus aluksi lisääntyy, mutta pysyy sitten samana. Tämän takia pelkkä buprenorfiini aiheuttaa yksin tuskin koskaan myrkytyskuolemia. Alkoholin, pregabaliinin ja bentsodiatsepiinien kanssa yhdessä käytettynä yliannostukset ovat yleisiä (Huumeongelman hoito: Käypähoito –suositus, 2012, Vuori ym. 2012).

2.2. Bentsodiatsepiinit

Suomalaiselle huumeidenkäytölle ominaista on useiden aineiden sekakäyttö. Aikaisempien tutkimusten mukaan lähes kaikilla opioidikorvaushoitoon tulevilla potilailla on myös bentsodiatsepiiniriippuvuus tai bentsodiatsepiinien haitallista käyttöä (Vorma ym. 2009). Myös vuosina 2000-2002 toteutetun Riski- tutkimuksen mukaan suurimmalla osalla pistohuumeiden käyttäjistä oli myös bentsodiatsepiinien käyttöä (Partanen ym. 2004). Suomessa bentsodiatsepiinien käyttö on 1980-luvun puolivälistä lähtien jatkuvasti lisääntynyt. Päihdekäyttö on lisääntynyt erityisesti 1990-luvun lopulla (Vorma ja Kuoppasalmi 2005). Koska opioidikorvaushoitoon tulevilla on lähes kaikilla myös bentsodiatsepiiniriippuvuus, on bentsodiatsepiinivieroitus otettava osaksi korvaushoitoa (Laine 2012). Päihteiden sekakäyttäjät voivat bentsodiatsepiinien avulla yrittää lisätä muiden aineiden vaikutuksia tai lieventää vieroitusoireita (Rovasalo 2009). Bentsodiatsepiinien, buprenorfiinin ja alkoholin sekakäyttöön liittyy vakava yliannostusriski (Partanen ym. 2004).

Bentsodiatsepiinien vaikutus on antikonvulsiivinen, lihaksia rentouttava, anksiolyyttinen ja sedatiivis-hypnoottinen. Bentsodiatsepiinit vaikuttavat GABA-A -reseptorin kautta, jossa on sitoutumiskohtia myös mm. barbituraateille ja alkoholille. Bentsodiatsepiinit edistävät GABA:n läsnä ollessa ionikanavien avautumista, aiheuttaen ionien virtauksen neuronisiin, hyperpolarisaation ja solun sähköisen toiminnan inhibition. Bentsodiatsepiiniriippuvuuden ja vieroitusoireiden taustalla on esitetty olevan muutoksia reseptorien toiminnassa sekä aivojen metaboliassa ja muissa välittäjäainejärjestelmissä. Myös reseptorigeenien ilmentymisessä tapahtuu muutoksia, minkä ajatellaan aiheuttavan poikkeavan GABA-A -reseptorin synnyn ja sitä kautta toleranssin kehittymisen. Päihteiden ongelmakäyttö ja persoonallisuushäiriöt lisäävät bentsodiatsepiinien haittojen todennäköisyyttä (Vorma ja Kuoppasalmi 2005).

Bentsodiatsepiinivieroitus onnistuu helpoiten alenevin annoksin. Lähtöannoksen ollessa yli virallisen enimmäissuosituksen (40 mg diatsepaamia, 120 mg oksatsepaamia tai 6mg alpratsolaamia/vrk), pudotetaan vuorokausiannosta 10-25% 1-2 viikon välein. Kun annos on enimmäissuosituksen rajoissa, pudotetaan vuorokausiannosta 10-20% 2-3 viikon välein. Lyhytvaikutteisissa bentsodiatsepiineissa vieroitusoireet kehittyvät 1-2 vuorokaudessa, pitempivaikeutteisissa taas vasta 2-14 vuorokaudessa lopetuksen tai vähentämisen jälkeen (Rovasalo 2009). Lyhytvaikutteiset bentsodiatsepiinit kannattaa vaihtaa pitkävaikutteisiin (Ashton 2006).

2.3. Huumeiden käytön historia ja suuntaus suomessa

Amfetamiinin ja opiaattien ongelmakäyttäjiiä arvioitiin vuonna 2005 olevan Suomessa 14 500-19 100, mikä on 0,6-0,7 % maan 15-55-vuotiaista. Miesten osuus ongelmakäyttäjistä oli lähes 80 % ja esiintyminen suurinta 25-34-vuotiaiden ikäryhmässä. Opiaattien ongelmakäyttäjiiä oli arviolta 0,13-0,18 % väestöstä. Ongelmakäyttäjien määrä kasvoi selvästi vuosina 1999-2002, mutta on sen jälkeen pysynyt samalla tasolla. Terveys- ja hyvinvoinnin laitoksen huume-hoidon järjestelmän mukaan 55 prosentilla päihdehuollon huumeasiakkaista ensisijainen hoitoon hakeutumiseen johtanut päihde vuonna 2010 oli opioidi. Ensisijaisesti stimulanttien takia hoitoon hakeutui 14 %, kannabiksen 13 %, alkoholin 11% ja lääkkeiden 6 %. Kolmanneksella kaikista hoitoon hakeutuneista buprenorfiini oli ensisijainen hoitoon hakeutumiseen johtanut päihde (Tanhua ym. 2011). Kuolleisuus heroiniin on loppunut lähes kokonaan sen jälkeen,

kun buprenorfiinin katukauppa yleistyi. Buprenorfiinilöydökset huumeidenkäyttäjien sekakäyttömyrkytyksissä taas ovat samassa tahdissa lisääntyneet (Alho ym. 2007).

Suomalaiselle huumeidenkäytölle tyypillistä on sekakäyttö, jossa keskeisessä osassa ovat opioidipohjaiset lääkkeet, bentsodiatsepiinit, alkoholi ja kannabis. Sekakäytön profiilit ovat pysyneet melko samankaltaisina 2000 -luvun ajan. Pääasiallinen ongelmapäihde Suomessa on tutkimusten mukaan alkoholi, ja huumeiden käyttö on varsin uusi yhteiskunnallinen ongelma. Tyypillinen piirre suomalaisessa ongelmakäytössä on myös ongelmakäyttäjien nuori ikä ja sen myötä lyhyt käyttöhistoria, sekä buprenorfiinin suonensisäisen käytön merkittävä asema. Huumeidenkäyttäjät ovat monesti syrjäytyneitä ja päihdeongelmien lisäksi löytyy monia muita sosiaalisia sekä terveydellisiä ongelmia. Päihdehuollon huumeasiakkaista suurin osa on käyttänyt ruiskuhuumeita (Tanhua ym. 2011).

Suomen markkinoille vuonna 2004 tulleen, alun perin epilepsialääkkeenä käytetyn pregabaliinin (Lyrica), väärinkäyttö on myös lisääntynyt. Ensimmäiset tiedot väärinkäytöstä tulivat esiin viitisen vuotta sitten ja nykyään väärinkäyttö on päihdeongelmaisten keskuudessa yleistä. Myös oikeuskemiallisesti todetuissa myrkytyskuolemissa on pregabaliinin esiintyminen yleistynyt. Sekakäyttäjät voivat käyttää pregabaliinia korvatakseen muita aineita tai pidentäkseen tai tehostaakseen toisen aineen vaikutusta. Myös vieroitusoireiden tai ahdistuksen lievittäminen voivat olla väärinkäytön syynä. Päivittäin käytettynä toleranssi pregabaliiniin kehittyy nopeasti (Joukanen 2011).

Uusi kansainvälinenkin ilmiö päihteiden käytössä on siirtyminen laittomista huumeista lääkkeiden väärinkäyttöön. Lääkkeet ovat turvallisempia, paremmin saatavissa, tasalaatuisempia ja rikosseuraamukset lievempiä (Joukanen 2011). Vuonna 2010 myrkytyskuolemien kolme tärkeintä löydöstä olivat järjestyksessä opioidit buprenorfiini, tramadoli ja kodeiini. Buprenorfiini- ja tramadolilöydösten määrä on noussut vuodesta 2006. Pregabaliinilöydösten määrä on myös noussut; vuonna 2006 niitä oli 1, kun vuonna 2010 niitä oli jo 15 (Vuori ym. 2012).

2.4. Kaksoisdiagnoosit: päihdehäiriöt ja muut psykiatriset häiriöt

2.4.1. Kaksoisdiagnoosi

Kaksoisdiagnoosipotilailla on vähintään yksi muu mielenterveyden häiriö päihdehäiriön lisäksi, ja tällaisten potilaiden osuus näyttää olevan kasvussa Suomessa (Aalto 2007). Tutkimukset osoittavat, että psyykkisillä häiriöillä on merkittävä yhteys alkoholin- ja huumeidenkäytön häiriöihin. Suurin osa kaksoisdiagnoosipotilaista ilmoittaa psyykkisen häiriön ilmenneen ennen päihdeidenkäytön häiriötä. Komorbidit häiriöt ovat kroonisempia, vakavampia ja hoitoresistentimpiä kuin yksittäiset häiriöt. Aineidenkäytön häiriöt liittyvät useammin eksternalisoiviin häiriöihin kuten aggressiivisuuteen, antisosiaalisuuteen tai impulsiivisuuteen, kuin internalisoiviin häiriöihin, esimerkiksi masentuneisuuteen. Tutkimukset osoittavat, että kaksoisdiagnoosipotilaiden ennuste on huonompi kuin vain yhden häiriön omaavilla (Kessler 2004, Latvala 2012).

Tutkimusten mukaan huumeriippuvaisilla esiintyy muuta väestöä enemmän muita mielenterveyden häiriöitä. Tavallisimpia ovat mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöt, psykoottiset häiriöt ja persoonallisuushäiriöt. Toisaalta muista mielenterveydenhäiriöistä kärsivillä taas esiintyy tavallista enemmän aineiden ongelmakäyttöä ja riippuvuutta (Pirkola ja Wahlbeck 2004). Useat tutkimukset osoittavat, että mielenterveyden häiriöt liittyvät lisääntyneeseen aineiden väärinkäyttöriskiin (Mueser ja Drake 2007). Komorbiditeetin syistä ja taustatekijöistä ei vallitse täyttä yksimielisyyttä, vaan häiriöiden ajatellaan selittyvän monien, osittain päällekkäisten mekanismien kautta (Pirkola ja Wahlbeck 2004).

Päihdehäiriöillä ja muilla mielenterveyden häiriöillä on siis sirkulaarinen yhteys, jossa toinen häiriö suurentaa toisen todennäköisyyttä. Sekundaarisessa psykopatologian mallissa päihdeidenkäyttö johtaa pitkäaikaiseen mielenterveydenhäiriöön tai laukaisee sen. Sekundaarisen päihdehäiriön mallissa taas ajatellaan, että mielenterveyshäiriöt aiheuttavat päihdehäiriöitä. Tähän liittyy myös itselääkintä päihdeillä, ja kaksoisdiagnoosipotilaat kertovatkin usein käyttävänsä päihdeitä lievittääkseen oireita. Mielenterveyden häiriö voi myös aiheuttaa sekundaarista päihdeidenkäyttöä psykososiaalisia riskitekijöitä, kuten työttömyyttä, lisäämällä. Häiriöillä voi myös olla yhteisiä etiologisia tekijöitä, mikä selittää häiriöiden samanaikaisuutta. Yhteisiä tekijöitä voisivat olla erilaiset neurobiologiset ja psykososiaaliset ominaisuudet. Todennäköisesti kuitenkin monet tekijät yhdessä selittävät päihdehäiriöiden ja muiden mielenterveyshäiriöiden samanaikaista esiintymistä (Aalto 2007).

Psyykkisistä sairauksista kärsivillä potilailla voi olla monia syitä päihdeiden käyttöön. Syitä voivat olla esimerkiksi masennuksen, levottomuuden ja tylsyyden lievittäminen, rentoutumi-

nen ja sosiaalinen kanssakäyminen. Psykososiaaliset hoitomallit voivat siten olla avuksi aineiden käytön vähentämisessä. Psykososiaalisia hoitokeinoja ovat esimerkiksi kognitiivinen käyttäytymisterapia ja motivoiva haastattelu (Cleary ym. 2009).

2.4.2. Integroitu hoitomalli

Päihdeongelmaiset, joilla on myös mielenterveyden ongelmia ovat helposti väliinpuotoajia päihde- ja mielenterveyspalvelujen välillä (Kampman ja Lassila 2007). Kaksoisdiagnoosipotilailla sekä ennuste, että tavanomaisten hoitomallien soveltuvuus ovat huonompia verrattuna vain yhden häiriön omaaviin (Aalto 2007). Jaksottaisessa hoitomallissa hoidetaan ensin toista häiriötä ja toisen häiriön hoito aloitetaan vasta sen ollessa riittävän tuloksellista. Rinnakkaisessa hoidossa taas molempia hoidetaan samanaikaisesti siten, että kummallekin on oma hoitotaho. Ongelmia voi kuitenkin liittyä hoitotahojen väliseen yhteydenpitoon sekä yhteisten toimintatapojen löytämiseen. Näiden haasteiden poistamiseksi on kehitetty integroitu hoitomalli, jossa sama hoitotaho hoitaa molempia häiriöitä (Aalto 2007, Aalto 2010).

2.4.3. Persoonallisuushäiriöt

Aikaisempien tutkimusten perusteella suurimmalla osalla korvaushoitopotilaista yleisin muu häiriö on persoonallisuushäiriö. Vorman ym. (2005) julkaistussa tutkimuksessa opioidikorvaushoitopotilasta 86 prosentilla ja 2009 julkaistussa tutkimuksessa 51 prosentilla esiintyi jokin persoonallisuushäiriö (Vorma ym. 2009).

Persoonallisuushäiriöissä emootioiden ja impulssikontrollin säätely on aivojen toimintahäiriön seurauksena häiriintynyt, mikä heikentää kykyä vastavuoroisiin ihmissuhteisiin (Melartin ja Koivisto 2010). Persoonallisuushäiriöt jaetaan DSM-IV luokituksen mukaan kolmeen pääryhmään. A-ryhmän häiriöihin kuuluvat epäluuloinen, eristäytyvä ja psykoosipiirteinen persoonallisuus, ja ryhmää kuvaa outous ja erilaisuus. B-ryhmän häiriöihin taas kuuluvat epäsosiaalinen, epävakaa, huomionhakuinen ja narsistinen persoonallisuus. Ryhmää kuvaa draamaattisuus, huomionhakuisuus ja tunteiden epävakaus. Ryhmään C kuuluvat estynyt, riippuvainen ja pakko-oireinen persoonallisuus. Tähän ryhmään kuuluvat ovat alttiita ahdistuneisuuteen ja pelokkuuteen (Taiminen 2011). Erityisesti ryhmän B persoonallisuushäiriöihin liittyy

vahva yhteys päihteiden käytön häiriöihin, joka selittyy ryhmälle tyypillisellä heikolla impulssikontrollilla (Huang ym. 2009).

Epävakaasta persoonallisuudesta kärsivillä on herkistynyt kyky havaita tunnetiloja kasvojen ilmeiden perusteella, mutta myös taipumus tulkita neutraali ilme vihamieliseksi (Melartin ja Koivisto 2010). Epävakaan persoonallisuuden keskeisimmät oireet ovat tunne-elämän epävakaus, käyttäytymisen säätelyn häiriö sekä alttius vuorovaikutussuhteiden ongelmiin. Perinnölliset tekijät altistavat häiriön synnylle, mutta riskitekijöinä ovat lapsuuden traumakokemukset ja huono sosioekonominen asema. Esiintyvyys väestössä on keskimäärin 0,6 %, mutta psykiatrisen avohoidon potilaista 10 % ja sairaalapotilaista 20 % saattaa olla epävakaasta persoonallisuudesta kärsiviä (Epävakaa persoonallisuus: Käypähoito –suositus, 2008). Tunne-elämältään epävakaa ja narsistinen persoonallisuus ovat kliinisen työn kannalta haastavimpia. Koska persoonallisuushäiriöisen ongelmat liittyvät juuri vastavuoroisiin ihmissuhteisiin, näkyy se myös potilaan ja lääkärin välisessä vuorovaikutuksessa. Persoonallisuushäiriöinen potilas saattaa käyttäytyä epäjohtomukaisesti, uhkailla, kontrolloida, pakottaa tai olla pitämättä kiinni sovutusta (Melartin ja Koivisto 2010).

Persoonallisuushäiriöitä hoidetaan erilaisilla psykoterapeuttisilla menetelmillä. Persoonallisuushäiriöistä hoitavan on turvallisesti asetettava potilaalle rajoja, sekä toimittava rauhallisena ja vakaana samaistumiskohteena. Psykoterapia voi psykodynaamisen näkemyksen mukaan mahdollistaa häiriintyneen separaatio-individuaatiokehityksen korjaantumisen. Epävakaan persoonallisuushäiriön hoidossa on saatu hyviä tuloksia sekä kognitiivis-behavioraalisella, että psykodynaamisella psykoterapialla. Dialektisen käyttäytymisterapian avulla on saatu vähennettyä päihteiden käyttöä, itsemurhayrityksiä, itsensä vahingoittamista sekä psykiatrisia sairaalahoitoja epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivillä (Marttunen ym. 2013). Vaikuttavissa epävakaan persoonallisuuden hoidossa käytetyissä psykoterapioissa terapeutin asennoituminen on aito ja lämmin (Melartin ja Koivisto 2010).

2.4.4. Kognitiivinen käyttäytymisterapia ja motivoiva haastattelu

Vertailevan katsausartikkelin mukaan (NIDA 2010) päihdepotilaiden hoidossa on käytetty erilaisia terapeuttisia menetelmiä, joiden vaikuttavuus vaihtelee. Tutkimukset on tehty luonnollisesti erilaisissa konteksteissa, jolloin keskinäinen vertailu on hankalaa. Muun muassa motivoiva haastattelu ja kognitiivinen psykoterapia ovat osoittautuneet tehokkaiksi. Persoo-

nallisuushäiriöiden suuren osuuden vuoksi on PPSHP:ssä käytetty korvaushoidon tukena myös skeematerapian ja dialektisen käyttäytymisterapian menetelmiä. Terapeutteina ovat toimineet kuntakohtaisesti vaihdellen eri mielenterveystyöntekijät perushoitajista psykologeihin. Koska vain osalla on ollut varsinaisia terapiakoulutuksia, ovat terapeutit keskustelu ja työnohjaus tapahtuneet avoimesti verkostokokousten yhteydessä. Lähtökohtana on ollut ajatus syyllisyyden, häpeän ja pelkojen suuresta osuudesta riippuvuuteen ja niiden hoidosta motivoivan haastattelun, kognitiivisen käsitteellistämisen ja reformulaation avulla. Yksilökohtaisesti on puututtu myös traumojen seurauksiin. Voimavarakeskeinen ajattelu on kietoutunut sosiaalisen hoidon pyrkimyksiin vapautua käyttäjäyhteisöstä, itsenäistyä taloudellisesti ja asumisen kannalta sekä työllistyä. Behavioraalista käyttäytymisterapiaa on käytetty vahvistussuhteiden hallintaohjelman mukaisesti, jolloin päihteettömyys ja työllistyminen ovat johtaneet vapauksiin lääkkeenjakeleissa ja vastaavasti hoitosopimusrikkomukset lähinnä oheiskäytön muodossa vapauksien menettämiseen (Turtiainen Saija, suullinen tiedonanto).

3. OPIOIDIRIIPPUVAISTEN KORVAUSHOITO

3.1. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus

Opioidikorvaushoitoa on vuodesta 1997 lähtien säädelty sosiaali- ja terveysministeriön normeilla. Viimeisin asetus on vuonna 2008 voimaan tullut *Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeillä*. Sen mukaan vieroituksella tarkoitetaan päihteettömyyteen tähtäävää opioidiriippuvaisen hoitoa, jossa lääkkeellisenä apuna käytetään buprenorfiinia tai metadonia sisältäviä valmisteita. Korvaushoidossa taas tavoitteena on joko kuntouttaminen ja päihteettömyys tai haittojen vähentäminen ja elämänlaadun parantaminen.

Asetuksen mukaan korvaushoito voidaan aloittaa opioidiriippuvaiselle potilaalle, joka ei ole opioideista vieroittunut. Hoidon alussa selvitetään hoidon tavoite, jota on tarvittaessa tarkastettava hoidon kuluessa. Korvaushoidon tulee perustua hoitosuunnitelmaan, jossa on tavoitteen lisäksi määritelty lääkehoito, muu lääketieteellinen ja psykososiaalinen hoito, kuntoutus ja seuranta. Henkilöillä, joita ei todennäköisesti saada kokonaan lopettamaan aineiden käyttöä, on tavoitteena oltava haittojen vähentäminen. Siten saadaan todennäköisesti ehkäistyä tartuntatautien leviämistä ja muita terveyshaittoja ja näin parannettua elämänlaatua.

Opioidiriippuvaisen hoidontarve arvioidaan ja toteutetaan terveyskeskuksessa, päihdehuollon yksikössä tai vankeudenhoitolaitoksen terveydenhuollon yksikössä, jossa on hoitoon perehtynyt henkilökunta sekä muut edellytyksen hoidon toteuttamiseksi. Pitkäkestoisuuden vuoksi korvaushoito on pyrittävä toteuttamaan mahdollisimman lähellä potilaan asuinpaikkaa. Opioidiriippuvaisten hoidossa käytettäviä lääkevalmisteita voivat määrätä vain asianmukaisen toimintayksikön palveluksessa oleva lääkäri tai hänen tähän tehtävään osoittamansa lääkäri. Lääke luovutetaan potilaalle vain toimintayksikön valvonnassa. Potilaan osoittaessa hyvää sitoutumista hoitoon, voidaan toimintayksiköstä luovuttaa enintään kahdeksan päivän lääkkeet etukäteen. Buprenorfiinia ja naloksonia sisältäviä lääkevalmisteita voidaan myös määrätä apteekista toimitettavaksi lääkemääräyksellä potilaan allekirjoittaman apteekkisopimuksen perusteella. Apteekkisopimuksessa potilas sitoutuu hakemaan lääkkeensä vain yhdestä apteekista ja sitoutuu myös siihen, että apteekki voi lähettää häntä koskevaa tietoa hoitavalle lääkärille sekä tiedon apteekkisopimuksesta muille apteekkeille (STM 2008).

3.2. Opioidikorvaushoidon aloitus OYS:n osastolla 78

3.2.1. Yleistä

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin (PPSHP) korvaushoito perustuu Helsingin korvaushoitopoliklinikoiden malliin, jossa edellytyksenä on potilaan korkea motivaatio ja hoitoon sitoutuminen. Korvaushoidon ensisijaisena tavoitteena on joko kuntouttaminen ja päihitteettömyys, tai haittojen vähentäminen ja elämän laadun parantaminen. Kriteereinä korvaushoitoon pääsyyn ovat ICD-10:n mukainen opioidiriippuvuus, säännöllinen 2-4 vuoden dokumentoitu opiaattien käyttö, yli 18- vuoden ikä sekä kyky pitkäaikaiseen monipuoliseen hoitoon sitoutumiseen. Raskaana oleva nainen voi päästä korvaushoitoon nopeutetusti ohi jonon sikiön terveydentilan turvaamiseksi.

Hoitosuunnitelman pohjaksi tehdään kokonaisvaltainen tilannearvio, joka sisältää seuraavat tiedot: tarkka päihdeanamneesi, aiemmat hoitoyritykset ja nykyiset hoitosuhteet, komorbidit psyykkiset häiriöt, komorbidit somaattiset sairaudet, elämäntilanne, toimintakyky, elämänhistoria olennaisin osin, hoitomotivaatio sekä asianmukaisin hoitopaikka ja –tapa. Kliinisten tutkimisten lisäksi suositellaan myös strukturoituja haastatteluja (esim. EuropASI, SCID) päih-

deriippuvuuden sekä mahdollisen muun psykopatologian toteamiseen ja vaikeusasteen arvioimiseen. Asetuksen mukaan opioidikorvaushoitoon pääsee, kun päihderiippuvuus on elinkykyä rajoittavaa, eikä potilas ole muilla keinoin kyennyt lopettamaan päihteiden käyttöä (Laatukäsikirja 2011).

Asetuksenmukaisia lääkkeitä ovat buprenorfiinin ja naloksonin yhdistelmävalmiste sekä metadoni (STM 2008). Turvallisuutensa vuoksi buprenorfiinia on pidetty ensisijaisena lääkkeenä. Potilaiden oma toive on myös useimmiten kohdistunut tähän. Toisaalta potilaslain 6 § mukaan potilaalla on oikeus kieltäytyä tarjotusta hoidosta ja saada tilalle toista indikoitua hoitoa (STM 1992). Lääketieteellisenä perusteluna esimerkiksi metadonin käytölle potilaan toiveiden vastaisesti voidaan käyttää esimerkiksi epäonnistumista aiemmin kokeilluilla lääkkeillä (Laatukäsikirja 2011).

3.2.2. Opioidikorvaushoidon arviointi ja hoidon toteutus

Polikliinisessä arvioinnissa sovitaan osastolla tapahtuvan selvittelyjakson ajankohta ja tehdään hoitosopimus. Osastojakso kestää yleensä viikon, jonka aikana määritetään sopiva lääkeannos ja tehdään jatkohoitosuunnitelma. Avohoitoa varten allekirjoitetaan avohoidon suunnitelma ja sovitaan yhteistyötahot, työnjako, tapaamistiheys, huumeeseulat sekä yhteistyöpala-
verien toteutuminen. Lääkkeet haetaan päivittäin hoitopaikasta, jossa myös varmistetaan lääkkeen ottaminen. Huumeepitoisuuksia seurataan virtsanäyttein koko hoidon ajan. Päihtymystila tai merkittävä myöhästyminen lääkkeenjaolta aiheuttaa kyseisen päivän lääkeannoksen menettämiseen (Laatukäsikirja 2011).

3.2.3. Korvaushoidon lääkitys

Oulun psykiatrian osastolla 78 opioidikorvaushoitolääkkeenä on pääsääntöisesti Suboxone (buprenorfini + naloksoni). Lääkitys aloitetaan mieluiten potilaan ollessa vieroitusoireinen osastolle tullessa. Mikäli potilas on päihtynyt, odotetaan, kunnes vieroitusoireet ilmaantuvat.

Annostus on yleisimmin ensimmäisenä päivänä 4 mg, seuraavana 4 + 4 mg, sitten 8 mg ja tämän jälkeen tarvittaessa 2 mg korotus kahden päivän välein. Yleisimmin annos kasvaa 16 mg:aan. Avohoidossa voidaan annosta nostaa, mikäli potilaalla on aamuisin vieroitusoireita ja

pohjapitoisuus on alle 1,4 ng/ml. Raskaana olevilla naisilla käytetään korvaushoitolääkkeenä Subutexia. Vaikeissa riippuvuuksissa käytetään metadonia jos hoidolla on ylläpitävä tarkoitus, Suboxonella ei saada riittävää vastetta tai jos buprenorfiini ei ole käyttöön soveltuva.

Koska suurimmalla osalla opioidiriippuvaisista on myös bentsodiatsepiiniriippuvuus, on sekin arvioitava hoidon alussa. Vaikean riippuvuuden ollessa kyseessä on bentsodiatsepiineja pidettävä osana korvaushoitoa opiaattien rinnalla, jolloin käytetään mieluiten pitkävaikutteista valmistemuotoa pieneen tasaiseen annokseen pyrkien ja apteekkisopimukseen sidottuna. Myös pregabaliiniriippuvuus on nykyään yleisestä opioidiriippuvaisilla ja edellyttää hidasta vieroitusta bentsodiatsepiinivieroituksen tapaan. Avohoidon aikana korvaushoitolääkkeet haetaan päivittäin hoitopaikassa, jossa myös varmistetaan niiden ottaminen. Kotiannoksiin voidaan siirtyä korvaushoitotyöryhmän päätöksellä yhteistyön ja luottamuksen synnyttyä, yleensä puoli vuotta hoitoon tulon jälkeen.

3.2.4. Psykososiaalinen kuntoutus

Psykososiaalista kuntoutusta pidetään jokaisen korvaushoitopotilaan kohdalla välttämättömänä, mutta potilaskohtaiset erityispiirteet määräävät niiden sisällön. Motivoiva haastattelu on ensisijaisen tärkeää. Osa potilaista tarvitsee kontrolloivaa struktuuria, jotta haittoja vähentävä ideologia toteutuisi hoidossa. Osa taas tarvitsee tukevaa rakennetta persoonallisuuden eheyttämiseksi ja sosiaalisen ja ammatillisen kehityksen tukemiseksi. Osalla potilailla psyykkiset ja sosiaaliset rakenteet voivat olla eheämpiä, jolloin tuki voi olla kevyttä. Vaikeimpia persoonallisuushäiriöitä, kuten epäsosiaalista, epävakaata ja narsistista persoonallisuutta, sairastavilla potilailla rakenteellinen ohjaus on tarpeellista. On myös varottava, ettei itse tule manipuloitua (Laatukäsikirja 2011).

4. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksessa selvitettiin opioidikorvaushoitoon tulevien potilaiden taustoja, komorbideja häiriöitä sekä hoidon tehoavuutta. Yhtäläisyyksiä pyrittiin löytämään eri tekijöiden välille SPSS- ohjelman avulla. Aiempien tutkimusten mukaan monilla korvaushoitoon tulevilla potilailla esiintyy komorbideja psyykkisiä häiriöitä. Tutkimuksessa tarkasteltiin välillä 8/2009-

5/2011 korvaushoidon osastolla 78 aloittaneita sekä korvaushoidossa jo olleita potilaita potilasasiakirjojen tietojen perusteella. Potilaiden tilannetta tarkasteltiin lisäksi 12kk hoidon aloituksesta hoidon vaikuttavuuden selvittämiseksi.

5. TUTKIMUSAINEISTO JA TUTKIMUSMENETELMÄT

5.1. Tutkimusjoukko

Pohjois-Pohjanmaalla opioidikorvaushoito on keskitetty kolmeen pisteeseen. Oulun kaupungin päihdehuolto hoitaa oululaiset, Raahen järjestelmä Raahen-Siikalatvan alueen asukkaat ja OYS:n psykiatrian klinikka muut kunnat. Hoidon induktio osastolla kesti 2 viikkoa. Lääkkeenä käytettiin Suboxonea (buprenorfiini + naloksoni), tai raskaana olevilla naisilla Subutexia (buprenorfiini). Tutkimukseen kuuluvat potilaat olivat Haukiputaalta (18), Pudasjärveltä (9), Kempeleestä (7), Taivalkoskelta (3), Oulunsalosta (2), Iistä (2), Kuusamosta (2), Kiimingistä (1), Torniossa (1), Kemistä (1) ja Muhokselta (1).

Tutkimukseen otettiin 47 korvaushoitopotilasta, joista 38 (80,9 %) oli miehiä ja 9 (19,1 %) naisia. Naisista 4 (44,4% naisista) oli raskaana. Potilaiden tutkimushetken keski-ikä oli 29,51. Nuorin oli 22 ja vanhin 44.

5.2. Aineiston käsittely

Tietoa kerättiin (taulukko1) sairauskertomuksista sekä kyselykaavakkeista, kuten AUDIT ja EuroPASI. Tutkimustiedon keräämistä varten tehtiin lomake. Tiedot syötettiin SPSS-ohjelmaan ja käsiteltiin tilastollisesti hakien yhteyksiä mm. komorbidien häiriöiden ja päihteiden välille. Lääkitys, hoidossa pysyminen, päihteettömyys ja työllisyystilanne tarkistettiin 12 kk aloituksen jälkeen sekä tutkimushetkellä.

5.3. Eettiset kysymykset

Tutkimusta varten haettiin klinikan johtajalta tutkimuslupa sekä lupa potilasasiakirjojen käyttämiseen. Tutkimuksessa hyödynnettiin vain potilasasiakirjoista löytyviä tietoja. Potilaiden henkilöllisyys salattiin ja koodattiin tiedon käsittelyä varten.

6. TULOKSET

6.1. Potilaiden taustatiedot

Tutkimukseen otettiin 47 korvaushoitopotilasta, joista 38 (81%) oli miehiä ja 9 (19 %) naisia. Naisista 4 (44 %) oli raskaana. Potilaiden keski-ikä oli tutkimushetkellä 30. Nuorin oli 22 ja vanhin 44. Miesten keski-ikä oli 30 ja naisten 29. Korvaushoidon aloitushetken keski-ikä oli 28, miehillä 28 ja naisilla 27.

Potilaiden taustietoja on esitetty taulukossa 2. Yleisimpiä rikoksia olivat huumausaine- ja omaisuusrikokset, rattijuopumus, liikenteenvaarantaminen sekä väkivaltarikokset. Potilaista 69,2 prosentilla (27/39) oli 1. asteen sukulaisilla päihteiden haitallista käyttöä ja 68 prosentilla (15/22) 2. asteen sukulaisilla. 16/18 potilaasta puolisolllakin esiintyi haitallista päihteidenkäyttöä. Tietoa ei kuitenkaan löytynyt läheskään kaikilta potilailta.

Suurimmalla osalla, 64 prosentilla, korkein suoritettu koulutus oli peruskoulu. Ammattikoulun oli käynyt 30 % ja lukion 6 prosenttia. Kesken jääneitä tai olevia opintoja oli 64 prosentilla. Ammattikoulu oli kesken 40 prosentilla, lukio 15 prosentilla, ammattikorkeakoulu 6 prosentilla (3/47) ja yliopisto 2 prosentilla (1/47).

Iatrogeeninen lääkkeiden aloitus oli kahdella potilaalla (4 %). Potilaista 28 % oli perheensä vanhin lapsi, 36 % nuorin ja 21 % keskimäinen. Ainoita lapsia oli 15 %.

6.2. Huumeidenkäyttöhistoria

Aineidenkäytön alkamisiät on esitetty taulukossa 3. Yleisin tupakoinnin aloitusikä oli 13 vuotta (13 %:lla potilaista). Alkoholinkäytön yleisin aloitusikä oli myös 13 vuotta (23 %:lla).

Pregabaliinin käytöstä ja sen alkamisesta ei kunnollisia tietoja löytynyt, mutta neljän potilaan otoksella käytön keskimääräiseksi aloitusiäksi tuli 27 vuotta.

Suurin osa potilaista oli siis aloittanut tupakan- ja alkoholinkäytön melko nuorena. Potilaista 66 prosenttia oli aloittanut alkoholinkäytön viimeistään 13 vuotiaana. Alkoholien ja tupakan käytöstä seuraavaa päihde oli monesti kannabis, ja myös liuottimien imppaamista oli joillakin ollut teini-iässä. Tämän jälkeen tulevat amfetamiini ja bentsodiatsepiinit lähes samoihin aikoihin. Opioidit ja pregabaliini ovat usein viimeisimmät aineet päihteiden käytön jatkumossa.

Alkoholien runsasta käyttöä jossakin elämänvaiheessa oli ollut 75 prosentilla, kannabiksen 49 prosentilla ja amfetamiinin 83 prosentilla. Bentsodiatsepiinien runsasta käyttöä oli ollut 94 prosentilla ja pregabaliinin 15 prosentilla. Taulukko 4 kuvaa aineiden käyttöä hoitoon tullessa. Lähes kaikki opioidikorvaushoitoon tulevat potilaat ovat siis sekakäyttäjiä. Suurimmalla osalla oli aiempiakin hoitoyrityksiä joko päihteistä tai muista psykiatrisista häiriöistä (taulukko 5).

6.3. Komorbidit häiriöt

Suurimmalla osalla potilaista oli myös psyykkisiä häiriöitä (taulukko 6). Persoonallisuushäiriöistä yleisimpiä olivat ryhmän B persoonallisuushäiriöt (epäsosiaalinen, epävakaa, huomionhakuinen ja narstisinen persoonallisuus), joita oli 56 prosentilla persoonallisuushäiriöisistä. Epävakaa persoonallisuus oli 36 prosentilla ja epäsosiaalinen 21 prosentilla persoonallisuushäiriöisistä. Sekamuotoinen persoonallisuushäiriö oli 33 prosentilla persoonallisuushäiriöisistä. Itsetuhoisuutta oli ollut 34 prosentilla. Traumaperäinen stressireaktio oli kolmella potilaista (6 %). Yksi sairasti skitsofreniaa.

6.4. Lääkitykset

Keskimääräinen Suboxoneannos kotiutuessa oli 16 mg. Yleisin annos oli 16 mg (83 prosentilla) ja toiseksi yleisin 18 mg (10 prosentilla). Yhdellä potilaista annos oli 20 mg, yhdellä 10 mg ja yhdellä 14 mg. Raskaana olevilla naisilla keskimääräinen Subutex -annos oli kotiutuessa 7,5 mg. Kahdella potilaista annos oli 10 mg, yhdellä 6 mg ja yhdellä 4 mg.

Kotiutuessa Suboxonen lisäksi muita lääkkeitä oli 96 prosentilla. Vain yhdellä potilaista oli lääkkeenä pelkkä Suboxone, ja yhden potilaan muista lääkityksistä ei ollut tietoa. Keskimäärin Suboxonen/Subutexin lisäksi oli 2,8 muuta lääkettä. Yksi muu lääke oli 15 prosentilla, kaksi lääkettä 33 prosentilla ja kolme lääkettä 28 prosentilla.

Bentosdiatsepiinilääkitys oli kotiutuessa 70 prosentilla. Keskimääräinen ekvivalenttiansos oli 4,2 mg. Yleisin annos oli 3 mg (28 %) ja toiseksi yleisin 2 mg (25%). Unilääkkeitä oli 28 prosentilla ja psykoosilääkkeitä 57 prosentilla. Psykykenlääkkeitä oli 28 prosentilla ja pregabaliini tai gabapentiini 26 prosentilla. Muita kuin edellä mainittuja lääkkeitä oli 36 prosentilla.

Puolen vuoden jälkeen keskimääräinen Suboxoneannos oli 18,6 mg. Yleisin annos oli 16 mg (39 %), toiseksi yleisin 18 mg (22 %) ja sen jälkeen 20 mg (19 %). Suurin annos puolen vuoden jälkeen oli 30 mg, joka oli yhdellä potilaalla.

6.5. Hoidon vaikutus ja siinä pysyminen

Hoidossa pysyi 77 prosenttia (36/47) aloittaneista. Potilaista 13 % (6/47) lopetti hoidon, mutta aloitti sen uudelleen. Hoidon lopetti kokonaan 9 prosenttia (4/47).

Potilaat työllistyivät nopeasti hoidon aikana (taulukko7). Yksi potilas oli eläkkeellä.

Positiivisia opioidiseuloja antoi hoidon aikana 49% potilaista. Vähintään yhden positiivisen amfetamiiniseulan antoi 55 % ja kannabisseulan 57 prosenttia. Positiivisen bentsodiatsepiiniseulan antoi 55 prosenttia korvaushoidossa olevista potilaista. Monilla potilailla motivoituminen hoitoon selvästi kasvoi hoidon aikana. 19 prosenttia pysyi täysin retkahduksitta hoidon aloittamisen jälkeen.

Keskimääräinen kotilääkepäivien määrä puolen vuoden jälkeen aloituksesta oli 3,1. 19 prosentilla kotilääkepäiviä ei ollut ollenkaan ja 17 prosentilla niitä oli 7. Tieto kotilääkepäivistä puuttui 38 prosentilta.

6.6. Tilastollinen analyysi

Tilastollisessa analyysissä löytyi merkittäviä yhteyksiä taustatekijöiden välille, mutta hoidon tuloksiin ne eivät juuri vaikuttaneet. Vankilatuomioihin korreloi persoonallisuushäiriöt ($p=0,048$). Ahdistuneisuus ehkäisi rikoksia ($p=0,018$) ja lapsia ($p=0,003$). Raskaus ($n=4$) hoitoon tullessa todennäköisesti selittää sen, että vanhemmat eivät olleet töissä vuoden kuluttua hoitoon tulosta ($p=0,015$). Lapsiperheiden vanhemmilla riippuvuus oli herkemmin iatrogeeninen ($p=0,045$). Tilastollisesti merkittävien yhteyksien puuttuminen saattaa selittyä myös sillä, että alaryhmien koko oli pieni.

7. POHDINTA

Joillakin potilaista PKV -lääkkeiden käyttö oli alkanut kipuun määräytyistä kipulääkkeistä ja osa potilaista hakee lääkeresepitejä useilta yksityislääkäreiltä. Potilaista lähes kaikilla (89,4%:lla) oli jokin psyykinen häiriö ja myös ihmissuhteissa oli monilla ongelmia. Suurimmalla osalla käyttö oli aloitettu lievemmistä huumeista, ja opioideihin päädytty viimeisenä. Alkoholin ja tupakan käytön olivat monet aloittaneet jo alle 13 -vuotiaana.

Aiempiin tutkimuksiin (Vorma ym. 2005, Vorma ym. 2009) verrattuna potilaiden työllistyminen oli huomattavasti parempaa. Vorman ym. (2005, 2009) tutkimuksissa työllistyminen tai opiskelun aloittaminen toteutui 1,5 vuoden aikana vain 4-10%:lla. Todennäköisesti kotilääkeoikeuden varhainen, mutta vähittäinen ja ehdollinen saanti toimi houkuttimena työnhauille. Selkeillä sopimuksilla potilaat pystyivät vaikuttamaan hoitoonsa konkreettisesti. Työkykyiseksi pyrkiminen edellytti myös oman elämän järjestämistä ja potilaat olivat yllättävänkin aktiivisia, vaikka useat elivät toimeentulotuella ja velkaantuneina. Työnteko paransi monella elämänlaatua. Persoonallisuushäiriöitä oli vähemmän, kuin Vorman ym (2005, 2009) tutkimuksissa. Tässä tutkimuksessa jokin persoonallisuushäiriö oli 48,9%:lla, kun Vorman ym. (2005, 2009) tutkimuksissa niitä oli 51-86%.

Psykoterapiaa on totuttu pitämään vasta-aiheisena, jos potilaalla on akuutti päihdeongelma. Onkin totta, että varsinkin analyttiseen psykoterapiaan sitoutuminen on vaikeaa, jos ahdistuksen sietokyky on niin matala, ettei potilas kykene hallitsemaan päihteiden vierotusoireisiin liittyvää ahdistuksen lisääntymistä. Kun päihdehoitoon oikealla tavalla integroidaan terapeuttisia elementtejä, ovat tulokset parempia. Motivoivan haastattelun menetelmä auttaa potilasta hyväksymään hoidon ja mieltämään hoitojärjestelmän auttajaksi eikä kontrolloivaksi viholliseksi.

si. Etenkin menetelmän syyllistämättömyys ja jopa aktiivinen syyllisyyden purkaminen ovat tärkeitä empaattisen yhteistyön eli terapeutin allianssin luomiselle. Alkuvaiheen ehdollistavat, behavioraaliset menetelmät antavat kaottiseen käyttäytymiseen tuntemuksia syyseuraussuhteista. Tämä on eduksi niin häiriökäyttäytymisen kuin kehitystä edistävänkin toiminnan suhteen. Pelkojen, häpeän ja syyllisyyden kognitiivinen käsitteellistäminen onnistuu alustavasti jo alkuvaiheessa. Kuitenkin tähän liittyvät persoonallisuushäiriöiden kaltoin kohdelluksi tulemisen ja oikeutuksen skeemat ovat usein niin vaikean suojauksen takana, että ne edellyttävät pidempää hoitoa purkautuakseen.

Potilaan sitoutuminen korvaushoitoon riippuvuutensa vuoksi antaa mahdollisuuden käsitellä joustavasti näitä arkojakin aiheita ilman, että potilaan vastarinta katkaisisi hoitoa. Hoidon aikana on havaittu, että ensimmäisen vuoden aikana toteutuva bentsodiatsepiinien hidaskäyttö ja sitä kautta ahdistuksen hallittu lisääntyminen antavat erityisen hedelmällisen pohjan ahdistuksen kognitiiviselle käsittelylle. Ahdistuksen pakeneminen lääkkeisiin ja unohdukseen eivät enää onnistu, ja hoitosuhde on valmis antamaan tarpeenmukaisia keinoja sen hallintaan. Monilla potilailla motivoituminen hoitoon tuntui parantuvan hoidon edetessä, mikä voisi osittain selittyä hoidon psykoterapeuttisella puolella.

8. LÄHTEET

Aalto M. Päihdehäiriö ja samanaikainen muu mielenterveyden häiriö – kaksoisdiagnoosin hoidollinen haaste. *Duodecim* 2007;123(11):1293-8.

Aalto M. Psykiatrisen hoitojärjestelmän tulisi tarjota päihdehoitoa kaksoisdiagnoosipotilaille. *Duodecim* 2010;126:1760-1.

Alho H, Vuori E, Holopainen A. Laittomasta opiaattikorvaushoidosta päästävä laillisen hoidon piiriin. *Duodecim* 2007;123:757-9.

Ashton H. Bentsodiatsepiinit - Vaikutukset - Vieroitus. Järvenpään sosiaalisairaalan tutkimusyksikkö 2006. 27-29.

Brizer DA, Hartman N, Sweeney J, Millman RB. Effect of methadone plus neuroleptics on treatmentresistant chronic paranoid schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 1985;142:1106-7.

Cleary M, Hunt G, Matheson S, Walter G. Psychosocial treatments for people with co-occurring severe mental illness and substance misuse: systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 2009;65(2):238-258.

Epävaka persoonallisuus. Käypähoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2008;124(7):820-36. www.kaypahoito.fi.

Huang Y, Kotov R, de Girolamo G, Preti A, Angermeyer M, Benjet C, Demyttenaere K, de Graaf R, Gurejee O, Karam AN, Lee S, Lépine JP, Matschinger H, Posada-Villa J, Suliman S, Vilagut G, Kessler RC. DSM-IV personality disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry* 2009;195:46-53.

Huumeongelman hoito. Käypähoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2006;122(5):596-614 [päivitetty 5.9.2012]. www.kaypahoito.fi.

Joukanen S. Pregabaliinin väärinkäyttö on lisääntynyt. *Suomen Lääkärilehti* 2011;66(9):756-759.

Kalso E. Keskushermoston kautta vaikuttavat kipulääkkeet. Kirjassa: Pelkonen, Ruskoaho toim. Farmakologia ja toksikologia. Helsinki: Duodecim 2003, s.642-661.

Kalso E. Kivun lääkehoito. Kirjassa: Kalso E, Vainio A. Kipu. Duodecim 2002, s. 137-150.

Kampman O, Lassila A. Samanaikaisen mielenterveys- ja päihdeongelman hoitoon kehitetty integroitu arviointimalli. *Suomen Lääkärilehti* 2007;62(47):4447-4451.

Kessler R. The epidemiology of dual diagnosis. *Biological Psychiatry* 2004;56:730-737.

Koran LM, Aboujaoude E, Bullock KD, Franz B, Gamel N, Elliott M. Double-blind treatment

with oral morphine in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 2005;66:353-9.

Kuoppasalmi K, Heinälä P, Lönnqvist J. Päihdehäiriöt. Kirjassa: Lönnqvist J, Henriksson M, Marttunen M, Partonen P toim. *Psykiatria*. Helsinki: Duodecim 2013, s.405-469.

Laatukäsikirja. Opioideilla tapahtuva vieroitus- ja korvaushoito. Oulun Yliopistollinen sairaala, Psykiatrian tulosalue 2011.
www.ppshp.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/27549_opioidiohje1.pdf

Laine P. Hyvät, pahat bentsot – ja pregabaliini. *Duodecim* 2012;128:908-9.

Latvala A. Kognitiiviset toiminnot nuorten aikuisten päihdehäiriöissä. *Duodecim* 2012;128(16):1670-7.

Lääketieteen termit. *Duodecim* 1999, s. 410.

Marttunen M, Eronen M, Henriksson M. Persoonallisuushäiriöt. Kirjassa: Lönnqvist J, Henriksson M, Marttunen M, Partonen P toim. *Psykiatria*. Helsinki: Duodecim 2013, s.491-494.

Melartin M, Koivisto M. Persoonallisuushäiriöinen potilas vastaanotolla. *Duodecim* 2010;126:2389-98.

Meririnne A, Seppälä T. Opiaattiriippuvuuden neurobiologiaa. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 2004;120(8):951-9.

Mikkonen A, Niemelä S, Koivumäki V, Heinisuo A-M, Salokangas R. Joustava opioidikorvaushoito vastaa lisääntyvään hoidontarpeeseen. *Suomen Lääkärilehti* 2008;63(23):2161-2165.

Mueser K, Drake R. Comorbidity: What have we learned and where are we going? *Clinical Psychology: Science and Practice* 2007;14(1):64-69.

NIDA. Comorbidity: Addiction and Other Mental Illnesses, 2010.
www.drugabuse.gov/publications/research-reports/comorbidity-addiction-other-mental-illnesses/how-should-comorbid-conditions-be-treated

Partanen A, Holmström P, Holopainen A, Perälä R. Piikkihuumeiden käyttäjät Riskitutkimuksessa – Buprenorfiinin pistäminen yleistynyt huumeiden sekakäytössä. *Suomen Lääkärilehti* 2004;59(39):3605-3611.

Pirkola S, Wahlbeck K. Huumausaineisiin liittyvien ja samanaikaisten muiden mielenterveyshäiriöiden takia toteutuneet sairaalahoidot 1987-2002. *Suomen lääkäri-lehti* 2004;59(15-16):1673-1677.

Rovasalo A. Bentsodiatsepiinien pitkäaikainen käyttö. Lääkärin käsikirja. Kustannus Oy Duodecim, 2012. Haettu internetistä. www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti.

Salaspuro M. Kuntavankila voi olla myös kuritushuone. *Suomen Lääkärilehti* 2003;58(6):683.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus 2008: Opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeillä.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista STM 17.8.1992/785.

Stoll AL, Rueter S. Treatment augmentation with opiates in severe and refractory major depression. *American Journal of Psychiatry* 1999;156:2017.

Suominen J, Saarijärvi S. Miksi opioidiriippuvuuden buprenorfiinihoito ei toteudu kunnolla Suomessa? *Suomen Lääkärilehti* 2003;58(41):4149-4152.

Taiminen T. Persoonallisuushäiriöt ja työkyky. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 2011;127(10):987-93.

Tanhua H, Virtanen A, Knuuti U, Leppo A, Kotovirta E. Huumetilanne Suomessa 2011. THL ja EMCDDA, raportti 62/2011.

Veide N, Alaja R, Seppä K. Millaisia ovat potilaat opioidiriippuvuuden hoito-ohjelmassa. *Suomen Lääkärilehti* 2007;62(19):1964-1965.

Vorma H, Sokero P, Turtiainen S, Katila H. Opioidikorvaushoito tehoa: Korvaushoito Hyksin päihdepsykiatrian yksikössä 2000-2002. *Suomen Lääkärilehti* 2005;60(9):1013-1016.

Vorma H, Kuoppasalmi K. Bentsodiatsepiiniriippuvuus ja sen hoito. *Suomen Lääkärilehti* 2005;60(11):1279-1282.

Vorma H, Sokero P, Turtiainen S, Katila H. Opioidiriippuvuuden korvaushoito HYKS:n päihdepsykiatrian yksikössä 2003-2005. *Suomen Lääkärilehti* 2009;64(20):1853-1857.

Vuori E, Ojanperä I, Launiainen T, Nokua J, Ojansivu R-L. Myrkytyskuolemien määrä kääntynyt laskuun. *Suomen Lääkärilehti* 2012;67(22):1735-1741.

Taulukko 1. Potilaista kerätyt tiedot.

Elinaikainen päihteidenkäyttö: aineet ja alkamisikä
Tulovaiheen lääkkeiden ja päihteiden käyttö
Psyykinen komorbiditeetti: persoonallisuushäiriöt, masennus, muut psyykkiset häiriöt
Korvaushoidon (alkuvaiheen) lääkitys
Rikollisuustausta
Sosiaalinen tilanne
Hoidossa pysyminen
Työ- ja koulutushistoria
Aikaisemmat hoitoyritykset
Sukulaisten päihteiden käyttö
Hoidon myötä työelämään siirtyminen

Taulukko 2. Taustatietoja.

Naimisissa	7/47	15 %
Seurustelee	16/47	34 %
Ei seurustelee	24/47	51 %
Lapsia	16/47	34 %
Asuu yksin	19/47	40 %
Avoliitossa	14/47	30 %
Asuu vanhempien kanssa	9/47	19 %
Asunnoton	5/47	11 %
Työtön	41/47	87 %
Eläkkeellä	3/47	6 %
Lomautettu	1/47	2 %
Töissä	1/47	2 %
Sairauslomalla	1/47	2 %
Tuettu toimeentulo	44/47	94 %
Velkaa	36/47	77 %
Rikoksia	40/47	85 %
Vankilatuomioita	21/47	45 %
Itsemurhayrityksiä	16/47	34 %
Traumaattinen lapsuus	15/44	34 %
Vanhempien avioero	19/45	42 %

Taulukko 3. Aineidenkäytön alkamisikä.

Aineiden käytön alkamisikä	keski-ikä	nuorin	vanhin
Tupakka (n=29)	13,7	7	21
Alkoholi (n=46)	12,9	9	18
Kannabis	16,2	12	28
Amfetamiini	18,7	13	29
Bentsodiatsepiinit (n=46)	18,4	13	28
Opioidit	19,9	13	31
Pregabaliini (n=4)	27	23	37

Taulukko 4. Aineiden käyttö hoitoon tullessa.

Alkoholi	20/46	44 %
Kannabis	34/46	74 %
Amfetamiini	37/46	80 %
Bentsodiatsepiinit	44/46	96 %
Pregabaliini	11/45	24 %

Taulukko 5. Aikaisemmat hoitoyritykset.

Aikaisempia hoitoyrityksiä: opioidit	36/47	77 %
Aikaisempia hoitoyrityksiä: muut päihteet	34/47	72 %
Aikaisempia hoitoyrityksiä: muu psykiatrinen	18/47	38 %

Taulukko 6. Komorbidit häiriöt.

Jokin psyykinen häiriö	42/47	89 %
Masennus	37/46	80 %
Persoonallisuushäiriö	22/45	49 %
Sosiaalisten tilanteiden pelko	15/45	33 %
Paniikkihäiriö	18/45	40 %
Ahdistuneisuus	27/45	60 %
Kaksisuuntainen mielialahäiriö	1/47	2 %
Unihäiriöt	22/45	49 %
Oppimis/keskittymishäiriöt	19/47	40 %
Hepatiiti C	35/41	85 %
Iatrogeeninen aloitus	2/45	4 %
Muu kuin psyykinen sairaus	17/47	36 %

Taulukko 7. Hoidon myötä työelämään siirtyminen

Kuntouttava työtoiminta	15/38	39 %
Aktiivisesti hakeutumassa	6/38	16 %
Palkkatyö	8/38	21 %
Opiskelu	1/38	3 %
Eläke	1/38	3 %
Ei työllistymistä	7/38	20 %
Työssä jossain vaiheessa hoidon aikana	23/38	60 %
Työssä vuoden kuluttua hoidon aloituksesta	12/32	38 %
Työssä tutkimushetkellä	23/41	56 %