

OPIOIDIKORVAUSHOIDON HOITOSUOSITUS



**Päihdelääketieteen
yhdistys ry**

Finnish Society of Addiction Medicine

OPIOIDIKORVAUSHOIDON HOITOSUOSITUS

Opioidikorvaushoidon hoitosuositus

Julkaisija: Päihdelääketieteen yhdistys ry.

Työryhmä 2020-2023:

Margareeta Häkkinen (toim., työryhmän pj), LKT, päihdelääketieteen ja liikennelääketieteen erityispätevyys, terveydenhuollon erikoislääkäri, ylilääkäri, A-klinikka Oy ja THL

Ari Baas, sosiaalityöntekijä, Sovatek

Sonja Eerola, sairaanhoitaja, Kymen hyvinvointialue

Irja Hemmilä, TtM, psykiatrinen sairaanhoitaja

Rea Keskinen, sairaanhoitaja, korvaushoidon koordinaattori, Helsingin kaupunki

Raili Korhonen, LL, VTM, psykiatrian erikoislääkäri, päihdelääketieteen erityispätevyys, ylilääkäri, Sovatek

Outi Kuikanmäki, LL, päihdelääketieteen erityispätevyys, kehittämisylilääkäri, Rinnekodit

Petri Kylmänen, sairaanhoitaja YAMK, päihdehoidon koordinaattori, Helsingin kaupunki

Pekka Laine, LT, psykiatrian erikoislääkäri, päihdelääketieteen erityispätevyys, ylilääkäri, Oulun kaupunki ja Oulun yliopisto

Hanna Putkonen, LT, dos, psykiatrian ja oikeuspsykiatrian erikoislääkäri, ylilääkäri, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, Riippuvuuspsykiatria

Johanna Romu, sairaanhoitaja, Forssan A-klinikka, Kanta-Hämeen hyvinvointialue Oma Häme

Harri Seppälä, LL, päihdelääketieteen erityispätevyys, psykoterapeutti, ylilääkäri, Terveystalo

Jeppe Snell, LL, psykiatrian erikoislääkäri, päihdelääketieteen erityispätevyys, ylilääkäri, Varsinais-Suomen hyvinvointialue, Riippuvuuspsykiatria

Oppaan teossa ovat auttaneet mm. seuraavat henkilöt:

Jonna Levola, LT, dos, psykiatrian erikoislääkäri, päihdelääketieteen erityispätevyys, kliininen opettaja, Helsingin yliopisto ja apulaisylilääkäri, HUS sekä Solja Niemelä, päihdelääketieteen apulaisprofessori Turun yliopisto ja TYKS Riippuvuuspsykiatria sekä

Tarja Heiskanen, LT, anesthesiologian erikoislääkäri, kivunhoidon ja palliatiivisen lääketieteen erityispätevyys, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri; Salla Magga, psykologi, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri; Pia Nylander, psykologi, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri; Maaret Pirttimäki, toimintaterapeutti, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri; Pekka Rapeli, neuropsykologian erikoispsykologi, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri; Kati Vesterinen, psykiatrian erikoislääkäri, päihdelääketieteen erityispätevyys, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri.

Opasta ovat kommentoineet mm. seuraavat henkilöt:

Ulla Alanen, yleislääketieteen erikoislääkäri, päihdelääketieteen erityispätevyys, Porvoo; Milja Heikkinen, oikeuspsykiatrian erikoislääkäri, päihdelääketieteen erityispätevyys, Valtion mielisairaalat; Janne Heimonen, kokemusasiatuntija; Elina Hietala, psykiatrian erikoislääkäri, päihdelääketieteen erityispätevyys, Vanhan Vaasan sairaala; Esti Laaksonen, yleislääketieteen ja geriatrian erikoislääkäri, päihdelääketieteen erityispätevyys, vankiterveydenhuolto; Kaisa Luoto, psykiatrian erikoislääkäri, päihdelääketieteen erityispätevyys, Pirkanmaan hyvinvointialue; Seppo Kaskinen, päihdelääketieteen erityispätevyys, A-klinikka Oy; Tuuli Kuisma, yleislääketieteen erikoislääkäri, päihdelääketieteen erityispätevyys, Varsinais-Suomen hyvinvointialue; Kaisa Kuurne, yleislääketieteen ja psykiatrian erikoislääkäri, päihdelääketieteen erityispätevyys, Helsingin kaupunki; Sari Leinonen, yleislääketieteen erikoislääkäri, päihdelääketieteen erityispätevyys, hallinnon pätevyys, psykoterapeutti, Addiktum; Markku Lähteenvuo, dosentti, oikeuspsykiatrian erikoislääkäri, päihdelääketieteen erityispätevyys, Niuvanniemen sairaala; Anna Mättö, työterveyshuollon erikoislääkäri, päihdelääketieteen pätevoityvä lääkäri, Vankiterveydenhuolto; Hannu Pentikäinen, yleislääketieteen erikoislääkäri, päihdelääketieteen erityispätevyys, Addiktum; Agnes Stenius-Ayoade, yleislääketieteen erikoislääkäri, päihdelääketieteen erityispätevyys, Vantaan ja Keravan hyvinvointialue; Amanda Vesterlund, sairaanhoitaja, HUS; Jukka Voutilainen, lääkäri, vankiterveydenhuolto; Helena Vormaa, psykiatrian erikoislääkäri, päihdelääketieteen erityispätevyys, STM.

Taitto: Mikko Ylinen

ISBN 978-952-99456-3-4 (pehmeäkantinen)

ISBN 978-952-99456-4-1 (PDF)

Painopaikka: Hansaprint Oy, Turenki, 2023

Sisällys

Lukijalle	9
1 Korvaushoidon tarpeen arviointi.....	10
Arvioinnin perusta.....	10
Missä ja millä tasolla arvioidaan	11
Eri ammattiryhmien työnjako arviointiprosessissa	11
Korvaushoidon tarpeen arvioinnin kirjaaminen.....	13
Opioidiriippuvuuden diagnostiikka	13
Huumetestit ja asiakirjat riippuvuusdiagnoosin tukena.....	15
Onko vieroittuminen mahdollista?.....	15
Opioidivieroituksen toteuttaminen.....	16
Korvaushoitolääkkeen valinta	17
Buprenorfiinivalmisteet.....	18
Metadoni.....	19
Levometaadoni.....	20
Metadonin ja buprenorfiinin erot.....	21
Aloituspaikan valinta: avo- vai laitoshoidossa.....	22
Psykiatrisen oireilun huomioiminen	22
Somaattisen tilan huomioiminen	22
Laboratoriotutkimukset arviointijaksolla.....	22
Muualla aloitettu korvaushoitoprosessi.....	23
2 Korvaushoidon aloitus	24
Hoitoon pääsyn määräajat ja lainsäädäntö.....	24
Hoidon kirjaaminen	25
Hoidon tavoitteet	25
Haittojen vähentäminen.....	26
Yksilöllinen hoitosuunnitelma.....	26
Hoitosopimus.....	27
Apteekkisopimus.....	28
Buprenorfiinihoidon aloitus	28
Kielenalusvalmisteiden aloitus avohoidossa	28
Injektiohoidon aloitus avohoidossa.....	30
Buprenorfiinihoidon aloitus laitoshoidossa.....	32
Kielenalusvalmisteiden aloitus laitoshoidossa	32
Injektiohoidon aloitus laitoshoidossa.....	32
Metadonihoidon aloitus	32
Metadonihoidon aloitus laitoshoidossa	32
Metadonihoidon aloitus avohoidossa	33
Levometaadonihoidon aloitus	33
Korvaushoitolääkkeen vaihtaminen	33
Buprenorfiinin kielenalusvalmiste → injektio tai implantaatti.....	34
Buprenorfiini-injektio → kielenalusvalmiste.....	36
Buprenorfiini-injektioista toiseen vaihtaminen	36
Buprenorfiinin kielenalusvalmiste → metadoni.....	37
Buprenorfiini-injektio → metadoni.....	37
Metadoni → buprenorfiinin kielenalusvalmisteet.....	37

Metadoni → buprenorfiini-injektio	37
Levometaadoni	39
Päihtymyksen vaikutus lääkityksen antamiseen	39
Korvaushoitolääkkeen lääkevasteen seuranta	39
Vieroitusoireiden ja yliannostusoireiden seuranta	39
Liian pieni annos?	40
Pitoisuusmittaukset	41
Vieroitus muista päihteistä korvaushoidon aloituksen yhteydessä	43
3 Korvaushoidon toteutus ja hoidon seuranta käytännössä	44
Hoitosuunnitelma	44
Lääkäri	45
Hoitaja	45
Sosiaalityön ammattilainen	46
Psykologi	46
Toimintaterapeutti	47
Farmaseutti	47
Omatyöntekijä	47
Omatyöntekijän vastaanottojen sisältö	48
Toimintakyvyn mittaaminen	49
Vastaanottojen määrä	50
Uusi korvaushoidon aloittaja	50
Muut hoidon vaiheet	50
Psykososiaalinen hoito	51
Huumeseulat korvaushoidossa	52
Päihtymyksen arviointi	55
Kotilääkkeet	56
Välipäivät	59
Vahingossa annettu liian iso annos	60
Lääkeannos oksentamisen jälkeen	61
Päihteiden käyttö	61
Alkoholi	63
Väärinkäyttöön soveltuvat lääkkeet	63
Bentsodiatsepiinit	63
Gabapentinoidit	67
Opioidit	67
Stimulantit	68
Kannabis	68
Korvaushoitoyksiköstä toiseen siirtyminen	68
4 Korvaushoidon lopettaminen	70
Potilaan aloitteesta	70
Hoitoyksikön aloitteesta	71
Korvaushoidon lopetuksen toteuttaminen	72
Korvaushoidon lopetuksen kirjaaminen	73
Naltreksoni vieroituksen jälkihoitona	73
Hoidon aloittaminen uudelleen lopetuksen jälkeen	73
5 Raskaana olevan korvaushoito	75
Opioidiriippuvaisen henkilön raskaudesta	75
Korvaushoidossa jo olevan potilaan raskaus	75
Raskaana olevan korvaushoidon aloitus	76
Opioideille altistunut vastasyntynyt	77

Opioidien sikiövaikutukset	77
Vastasyntyneen vieroitusoireet.....	77
Raskaana olevan opioidivieroitus ja vieroitusoireiden hoito.....	78
Muut päihdevieroitukset.....	79
Raskaana olevan tupakointi.....	79
Imetys.....	79
Jatkohoito synnytyksen jälkeen	80
Raskauden ehkäisy	80
Raskaana olevan palveluverkosto	81
6 Psykiatrinen oheissairastavuus	82
Mielenterveys osana hoitokokonaisuutta.....	82
Psykoottiset häiriöt	82
Persoonallisuushäiriöt.....	83
Antisosiaalinen persoonallisuus	83
Epävakaa persoonallisuus.....	84
Ahdistuneisuushäiriöt ja kuntoutuspsykoterapia.....	84
Psykoterapiat	84
Neuropsykiatriset häiriöt	85
7 Somaattinen oheissairastavuus.....	87
Kipu	87
C-hepatiitti	89
C-hepatiittihoidon kirjaaminen	90
HIV, muut hepatiitit, muut infektiot	91
Seksuaaliterveys	91
Hammasterveys	92
Tupakointi	92
8 Väkivaltaisen käytöksen ehkäisy.....	93
Mitä on väkivaltainen käytös?.....	93
Hyvä hoito ehkäisee väkivaltaa rakentamalla sopimisen kulttuuria	93
Väkivaltariskin arviointi.....	94
Käytännön malleja väkivallan ehkäisemiseksi	94
9 Korvaushoitopotilaan ajoterveys	96
Päihteiden käyttö ja ajoterveysvaatimukset.....	96
Ajoterveyden arviointi käytännössä	96
Korvaushoidon tarpeen arviointi ja hoidon aloitus	97
Korvaushoidossa oleva potilas.....	97
10 Ilmoitusvelvollisuudet.....	99
Lastensuojelu	99
Sosiaalihuollon tuen tarve.....	100
Ajokortti	100
Aseet	100
11 Erityistilanteita	101
Opioiditukihoido sairaalahoidon aikana.....	101
Somaattisista syistä aloitettava korvaushoido	102
Alaikäisten opioidiriippuvaisten hoito.....	103
Korvaushoido vankilassa ja valtion mielisairaalassa.....	103

Kirjallisuutta	105
Liite: Korvaushoidon hoitosuunnitelma.....	109

Lukijalle

Suomen opioiditilanne poikkeaa monista muista maista siinä, että päihdekäytössä yleisin opioidimme on ollut jo yli kaksikymmentä vuotta buprenorfiini (1,2). Valtaosa buprenorfiinista tulee laittomista lähteistä ulkomailta. Viime vuosina myös oksikodonin käyttäjien määrä, ostokerrat ja käyttömäärät sekä fentanyylin käyttö ovat Suomessakin lisääntyneet (3). Monella opioidiriippuvaisella on myös muiden pähteiden käyttöä tai muita riippuvuuksia.

Opioidiriippuvuus on krooninen sairaus, johon on olemassa tehokas hoito, opioidikorvaushoito (4). Korvaushoidon tavoitteena on estää tai merkittävästi vähentää opioidien käyttöä, rikollisuutta ja suonensisäiseen käyttöön ja yliannostuksiin liittyviä riskejä sekä mahdollistaa riippuvuuksien hoito ja psykososiaalinen kuntoutus (5). Korvaushoito vähentää merkittävästi opioidiriippuvaisen kuolleisuutta (6–8). Korvaushoito ei ole pelkkää lääkehoitoa, vaan lääkeavusteista psykososiaalista hoitoa. Korvaushoidossa opioidiriippuvaisen henkilön on mahdollista saada korvaushoitolääkityksen avulla opioidiriippuvuus hallintaan, jolloin hänelle mahdollistuu aiempaa paremmin myös muun elämänsä kuntoon saaminen.

Tämän oppaan tarkoituksena on auttaa yhtenäisten opioidikorvaushoidon käytäntöjen luomisessa ja ylläpitämisessä Suomessa. Vaikka muitakin korvaushoitoja on olemassa, tässä oppaassa korvaushoidolla tarkoitetaan aina opioidikorvaushoitoa. Tämä opas on yleiskatsaus siitä, millä perusteilla hyvää korvaushoitoa toteutetaan. Hoito suunnitellaan aina yksilöllisen tarpeen mukaan sillä perusteella, mikä hyödyttää juuri kyseistä potilasta parhaiten.

Opas perustuu tällä hetkellä voimassa olevaan lainsäädäntöön (9,10) ja Käypä hoito -suositukseen sekä kansainvälisiin hoitosuosituksiin (esim. 11,12). Opioidikorvaushoito on kehittyvä hoitomuoto, jonka käytännöt ja hoitosuositukset muuttuvat kokemusten, hoidon ja hoitomenetelmien kehittyessä. Lukijan vastuulla on selvittää, ovatko ohjeet muuttuneet esimerkiksi lainsäädännön ja muun ohjeistuksen muuttuessa.

Oppaan on tehnyt Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä v. 2020-2023. Opasta ovat kommentoineet useat korvaushoitoa toteuttavat tahot, korvaushoitopotilaiden edustajat ja muut korvaushoidon asiantuntijat. Työryhmän jäsenet ovat laatineet oppaan vapaaehtoisina, oman työnsä ohessa, eikä oppaan kirjoittamiseen ole saatu rahoitusta miltään ulkopuoliselta taholta. Oppaan päivitysvastuu on Päihdelääketieteen yhdistyksen hallituksella tai hallituksen asettamalla työryhmällä.

3. elokuuta 2023 Margareeta Häkkinen

1 Korvaushoidon tarpeen arviointi

Korvaushoidon tarpeen arviointi tehdään kaikille opioidiriippuvaisille. Korvaushoito voidaan aloittaa, mikäli henkilöllä todetaan opioidiriippuvuus ja joko hän ei ole vieroittunut opioideista tai hänellä ei riippuvuuden keston ja kokonaistilanteensa vuoksi arvioida olevan edellytyksiä vieroittua opioideista. Näiden korvaushoidon kriteerien arvioimiseksi kerätään tietoa potilasasiakirjoista sekä potilasta tutkimalla ja havainnoimalla. Samalla arvioidaan myös opioidiriippuvuuden vaikeutta ja kestoja ja muiden hoitovaihtoehtojen sopivuutta potilaalle. Korvaushoitolääkkeen valinnan perusteet, hoidon aloituspaikka ja muiden sairauksien huomioiminen ovat tärkeitä arvion osia. Sopiva korvaushoitolääke ja lääkemuoto pohditaan yhteistyössä potilaan kanssa. Muiden sairauksien osalta pohditaan, onko tarpeen tehdä jatkotutkimuksia korvaushoidon alettua. Arviointi tehdään moniammatillisesti lääkärin, sairaanhoitajan ja tarvittaessa muiden ammattiryhmien yhteistyönä. Arviointikäynnit kirjataan potilastietojärjestelmään THL-toimenpideluokituksen mukaisesti. Arviointiprosessi tulee tehdä ja korvaushoito aloittaa viipymättä. Kun korvaushoidon kriteerit täyttyvät, voidaan hoito tarvittaessa aloittaa välittömästi ja tehdä arviointiprosessiin kuuluvat lisäselvitykset korvaushoidon jo alettua. Opioidivieroitus toteutetaan tukilääkkeiden avulla tai tarvittaessa opioidiavusteisena vieroitushoitona, jos korvaushoito ei ole oikea hoitomuoto.

ARVIOINNIN PERUSTA

Korvaushoidon tarpeen arvioinnissa selvitetään henkilön edellytykset korvaushoitoon. Korvaushoitoarviossa tärkeintä on todeta korvaushoitoasetuksen (STM 642/2023) edellytysten täyttyminen:

- opioidiriippuvuus
- henkilö ei ole vieroittunut opioideista tai vieroittumisen ei arvioida olevan mahdollista.

Mikäli korvaushoidon kriteerit täyttyvät ja arvioidaan, että potilaan tilanteessa korvaushoito on paras vaihtoehto, tulisi korvaushoito aloittaa viiveettä. Arviointiprosessiin kuuluvat muut lisäselvitykset voidaan tehdä vasta korvaushoitolääkityksen aloituksen jälkeen. Tätä voidaan verrata esimerkiksi siihen, että kun potilas saa diabeteksen tai muun kroonisen sairauden diagnoosin, hoito aloitetaan heti ja samalla aloitetaan psykososiaalinen ohjaus ja sairauden hoitoon sitouttaminen. Arvioinnin kesto on yksilöllinen.

Opioidikorvaushoitoon pääsy joustavasti matalalla kynnyksellä, yksilöllinen hoidon suunnittelu ja lääkkityksen valinta sekä haittoja vähentävä ja hoidossa pysymistä vahvistava hoito-ote parantavat opioidikorvaushoidon hoitotuloksia (13).

Opioidiriippuvuuden rinnalla esiintyvä somaattinen ja psyykinen oheissairastavuus voidaan tutkia korvaushoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä, korvaushoidon aloitusta odottaessa, korvaushoidon käynnistyessä tai sen vakiinnuttua. Tilanne arvioidaan potilaan edun mukaan, lääketieteellisesti perustellen.

Tässä kuvattu korvaushoitotarpeen arviointiprosessi on monivaiheinen ja työläs. Osa korvaushoidon tarpeesta olevista potilaista saattaa tippua pois arviointiprosessista sen sitovuuden ja työläyden vuoksi. Nopeasti tapahtuvalla korvaushoidon aloituksella potilasta voidaan sitouttaa korvaushoitoon jatkamalla hoidon aikana arviointiprosessissa vähemmän huomiota saaneiden, potilaalle oleellisten asioiden kartoitusta. Korvaushoidon tarpeen arvioinnissa, samoin kuin korvaushoidossa muutenkin, on tärkeää arvioida, mistä juuri tämä potilas hyötyy. Etenkin silloin, kun hoito tehdään nopeasti, on tärkeää hoidon alkuvaiheessa jatkaa potilaan tilanteen yksilöllistä ja huolellista arviointia.

MISSÄ JA MILLÄ TASOLLA ARVIOIDAAN

Täysi-ikäisen potilaan korvaushoidon tarpeen arviointi voidaan toteuttaa ja hoito aloittaa perustason yksikössä, jossa on riittävä päihdehoidon osaaminen. Arviointi voidaan toteuttaa joko avo- tai laitoshoidossa. Arviointipaikan ratkaisee hoidon järjestäjätahon valmius arviointien toteuttamiseen sekä potilaan hoidon tarve.

Mikäli potilaalla on opioidiriippuvuuden lisäksi jokin **vakava mielenterveyden häiriö** tai epäily siitä, tarvittavat psykiatriset tutkimukset toteutetaan yksikössä, jossa on riittävät valmiudet psykiatriseen diagnostiikkaan. Psykiatrisia tutkimuksia ei tarvitse tällöinkään toteuttaa ennen korvaushoidon aloitusta. Psykiatrisen arvion tai hoidon tarve ei saa olla esteenä tai hidasteena korvaushoidon arvioinnille tai korvaushoidon aloitukselle. Mikäli mahdollista, samanaikaisesta mielenterveyden häiriöstä kärsivän potilaan korvaushoidon tarpeen arviointi, korvaushoidon aloitus ja psykiatrisen arviointi ja hoito toteutetaan samassa yksikössä.

Aiemmin korvaushoidossa olleen potilaan uusi arviointiprosessi voi olla nopea. Usein riittää yksi vastaanottokäynti, jolla päivitetään edellisen korvaushoidon jälkeinen tilanne. Huomioon otetaan aiemmasta korvaushoidosta kulunut aika, aiemman hoidon keskeytymisen syyt, ajankohdainen hoitomotivaatio ja päihteiden käyttö sekä mahdolliset muut psykiatriset ja somaattiset ongelmat.

Alaikäisten nuorten korvaushoidon tarpeen arviointi tehdään nuorisopsykiatrian ja päihdehoidon yhteistyönä. Psykiatrisen oheissairastavuuden ja riskikäyttäytymisen arviointi on nuorilla erityisen tärkeää.

Korvaushoito voidaan aloittaa myös **somaattisin syin** nopeutetusti, mikäli opioidiriippuvaisella potilaalla todetaan vakava terveyttä uhkaava somaattinen sairaus, esimerkiksi henkeä uhkaava infektio päihteiden käyttöön liittyen tai merkittävä yliannostuskuoleman vaara. Tästä kerrotaan lisää luvussa 11 kohdassa Opioiditukihoito sairaalahoidon aikana.

ERI AMMATTIRYHMIEN TYÖNJAKO ARVIOINTIPROSESSISSA

Korvaushoito on moniammatillista työskentelyä, jossa osapuolina on potilas, terveydenhuollon henkilöstö, sosiaalityö ja potilaan kulloistenkin tarpeiden mukaiset yhteistyökumppanit. On tärkeää luoda ja ylläpitää verkostoja oman korvaushoitoyksikön ulkopuolelle ja toteuttaa hoito yhteistyössä kaikkien osapuolten kanssa.

Lääkäri

Korvaushoidon tarpeen arvioinnissa lääkäri tekee lääketieteellisen arvion hoitajan ja mahdollisten muiden ammattihenkilöiden keräämien tietojen perusteella. Lääkäri tekee diagnoosit, arvioi korvaushoidon tarpeellisuuden ja vastaa hoitosuunnitelman laatimisesta. Lääkäri arvioi laboratoriotutkimusten sekä somaattisten ja psykiatristen selvittelyjen tarpeen ja tulkitsee tutkimusten tulokset.

Lääkäri arvioi myös potilaan ajoterveyttä ja muita ilmoitusvelvollisuuden piiriin kuuluvia asioita ja tekee näistä tarvittaessa ilmoitukset eteenpäin (ks. luvut 9 Korvaushoitopotilaan ajoterveys ja 10 Ilmoitusvelvollisuudet). On tärkeää, että esimerkiksi ajoterveyteen puututaan jo arviointiprosessin aikana Trafim ohjeistuksen mukaisesti. On helpompaa aloittaa korvaushoidon toteutus ja luottamuksen luominen korvaushoitoyksikössä, kun ilmoitusvelvollisuudet on hoidettu jo ennen hoidon alkua kuin jos vasta esimerkiksi korvaushoidon lääkärin ensikäynnillä jouduttaisiin puuttamaan ajoterveyteen.

Hoitaja

Sairaanhoitajan tai tarvittaessa muun terveydenhuollon ammattilaisen tehtävä on kartoittaa potilaan nykytilanne, esitiedot ja aiempi hoitohistoria. Arviointikäynneillä hoitaja antaa tietojen keräämisen lisäksi potilaalle yleistietoa korvaushoidosta, motivoi potilasta muutokseen ja edistää keskeneräisiä muita hoitoja (esim. hammashoito) ja muita asioita (esim. henkilöllisyydistodistuksen hankkiminen). Lisäksi hoitaja voi tarvittaessa ohjata potilasta laboratorioon verikokeisiin ja muu-

hun näytteiden ottoon. Hoitaja arvioi lisäksi osaltaan ilmoitusvelvollisuuksien ja -oikeuksien piirissä olevissa asioissa toimimista ja ilmoitusten tekemistä (ks. luvut 9 Korvaushoitopotilaan ajoterveys ja 10 Ilmoitusvelvollisuudet).

Sosiaalityön ammattilainen

Sosiaalityön ammattilainen selvittää potilaan sosiaalista tilannetta ja auttaa potilasta asioiden järjestämisessä. Tarvittaessa voidaan selvittää korvaushoidon aikana sosiaalinen akuuttitilanne nopeasti muiden selvitysten yhteydessä ja paneutua asiaan ja suunnitella korvaushoidon jo alettua. Arviointiprosessissa ensiselvityksen voi tehdä myös muu kuin sosiaalialan ammattilainen, esim. EuropASI-kartoituksessa, jonka jälkeen sosiaalityön ammattilainen jatkaa tilanteen tarkempaa kartoitusta ja potilaan ohjausta.

Sosiaalisen tilanteen selvittämiseen kuuluvia asioita on taulukossa 1. Näiden lisäksi kartoitetaan aina nykyiset ja tarvittavat palvelut ja tuki. Näin varmistetaan tukiverkoston riittävyys. Tarvittaessa tehdään ilmoituksia tai yhteydenotto tarvittaviin yhteistyötahoihin.

Taulukko 1. *Sosiaalisen tilanteen selvittämiseen kuuluvia asioita.*

Asuminen	<ul style="list-style-type: none"> • Asumismuoto, asumisen mahdolliset ongelmat. • Jos potilas on vailla vakinaista asuntoa tai asunnoton, mistä se johtuu? • Tarvittaessa yhteistyössä sosiaalitoimen kanssa suunnitellaan ja toteutetaan tukipalvelut potilaan tarpeen mukaan. • Esimerkiksi tuettu itsenäinen asuminen tai yhteisöllinen asuminen ovat usein hyviä tukimuotoja. Asunnottomuus ei ole este eikä hidaste korvaushoidon aloitukselle.
Perhe ja ihmissuhteet	<ul style="list-style-type: none"> • Perhetausta ja suhteet läheisiin, keitä perheessä asuu? • Onko potilaalla lapsia, missä he asuvat? • Onko lastensuojelun sosiaalityö mukana asiakkaan tilanteessa? • Asuuko perheessä muita päihkeitä käyttäviä henkilöitä ja mikä heidän hoitotilanteensa on?
Toimeentulo	<ul style="list-style-type: none"> • Mikä on potilaan toimeentulo, vastaako toimeentulon muoto asiakkaan todellista työ- ja toimintakykyä? • Onko potilaalla tarvetta sairauslomalle ja lääkärin A- tai B-todistukselle?
Talous ja velat	<ul style="list-style-type: none"> • Käytettävissä olevien varojen riittävyys arjen välttämättömiin tarpeisiin voi olla ongelma ja vaatia tukea ja neuvontaa. • Tarvittaessa ohjataan potilas velkaneuvontaan ja autetaan taloudellisen edunvalvonnan järjestämisessä.
Koulutus- ja työhistoria sekä nykytila	<ul style="list-style-type: none"> • Mikä on potilaan koulutus, onko hän aiemmin ollut työelämässä? • Mikä on työtilanne ja potilaan tavoite nyt? • Potilaan auttaminen mielekkääseen toipumista tukevaan toimintaan.
Oikeudelliset asiat	<ul style="list-style-type: none"> • Tulossa olevat tuomiot ja oikeudenkäynnit: millaisia tuomioita on ollut aiemmin ja milloin? • Tarvittaessa hoidon ja tuomion yhteensovittaminen, korvaushoidon ja tarvittavien palveluiden toteuttaminen ja aloittaminen ennen vankilaan lähtöä, sen aikana ja vapautumisen jälkeen. • Yhteistyö Rikosseuraamuslaitoksen ja vankiterveydenhuollon kanssa.

Vertaiset ja kokemusasiiantuntijat

Vertaiset ja kokemusasiiantuntijat voivat kannustaa potilasta korvaushoitoon tai korvaushoitoarviointiin hakeutumiseen ja antaa tietoa korvaushoidosta. He voivat myös tarvittaessa esimerkiksi saattaa arviointiin tulevan oikeaan paikkaan tai toimia potilaan tukena arvioinnin aikana. Päätöksentekoon ja arviointiprosessiin he eivät kuitenkaan osallistu, vaan siitä ovat vastuussa yksikön terveydenhoidon ja sosiaalihuollon ammattilaiset.

KORVAUSHOIDON TARPEEN ARVIOINNIN KIRJAAMINEN

Tietoa korvaushoitopotilaiden määrästä ja hoidon toteutuksesta on kerätty vuosina 2011, 2015 ja 2019 erillistiedonkeruina (14–16). Jatkossa korvaushoitoa koskevat rekisteritiedot pyritään saamaan valtakunnallisista terveydenhuollon rekistereistä, joihin tiedot kerätään terveydenhuollon potilasrekistereistä (17). Näin ollen on tärkeää, että jokaisen potilaan tiedot kirjataan jokaisessa korvaushoitoyksikössä THL-toimenpideluokituksen mukaisesti.

Toimenpidekoodien kirjaamisella voidaan tehdä näkyväksi korvaushoidon sisältö. Jokaisella korvaushoito- tai arviointikäynnillä toteutetaan yksi tai useampia toimenpiteeksi luokiteltavia toimia, joista kaikki kirjataan. Tietoa voidaan hyödyntää valtakunnallisen tiedonkeruun lisäksi organisaation sisällä, kun saadaan tietoa hoidon elementeistä, niiden lukumääristä ja ajankohdista. Mikäli yksikössä on aiemmin käytetty diagnoositietojen lisäksi SPAT- ja ICPC2-koodeja, näiden käytön sijasta suositellaan käyttämään THL-toimenpideluokituksen koodeja.

Korvaushoitoarvioinnin kaikki käynnit kirjataan toimenpidekoodilla **IBZ04** ”opioidiriippuvaisen korvaushoitoarvio”. Arvioinnin yhteydessä voi käyttää myös sopivaa diagnoosikoodia, kuten F11.24, F11.25 tai F11.9, jota tarkennetaan ja päivitetään arvioinnin aikana.

Korvaushoitoon sopivat koodit ja niiden käytön opastus on Tiedä ja toimi -kortissa (18) <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2022020217404>.

Kaikki toimenpidekoodit ovat THL:n sivulla <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyspalvelut/toimenpidekoodit-mielenterveys-ja-paihdepalveluissa> ja sieltä päihde- ja mielenterveyshoidossa käytettävät koodit ovat erillisessä xls-tiedostossa kohdassa I-ryhmän toimenpideluokitus.

Rakenteisesta kirjaamisesta ja THL-toimenpideluokituksesta on laajemmin tietoa THL:n sivuilla <https://thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/paihdehoito/paihdehoidon-rakenteinen-kirjaaminen-potilas-ja-asiakastietojarjestelmaan>.

Korvaushoidon laaturekisteri

Korvaushoidon laadullista tietoa voidaan kerätä myös opioidikorvaushoidon laaturekisteriin, jonka kehittämisen HUS on aloittanut 2020. Laaturekisteriin on sisällytetty korvaushoidon toteuttamisen ja hoidon arvioinnin kannalta tarkoituksenmukaista tietoa, mutta sitä ei ole vielä laajasti otettu käyttöön. Haasteena käyttöönotossa on ollut se, että vain pieni osa tiedoista saadaan laaturekisteriin suoraan potilastietojärjestelmistä. Haasteena laaturekisterissä on myös sen maksullisuus ja se, että korvaushoidon laaturekisterin kehittäminen ei ole mukana THL:n tukemien kansallisten laaturekistereiden joukossa. Laaturekisterin kehittämistyö ja laajempi käyttöönotto vaatii erillistä rahoitusta.

OPIOIDIRIIPPUVUUDEN DIAGNOSTIIKKA

Opioidiriippuvuus todetaan, jos vähintään kolme kuudesta diagnostisesta kriteeristä (taulukko 2) on todettu yhtäaikaaisesti vähintään kuukauden ajan tai toistuvasti, mikäli jaksot ovat lyhyempiä. Tarkastelujakso on viimeksi kuluneen 12 kk ajanjakso. Kriteerien täyttymistä arvioidaan haastatelmalla ja havainnoimalla potilasta sekä asiakirjoista.

Taulukko 2. Opioidiriippuvuuden diagnostiset kriteerit ICD-10 mukaan.

Riippuvuusriteeri	Kuinka kriteeri ilmenee
1. Voimakas halu tai pakonomainen tarve käyttää ainetta	
2. Heikentynyt kyky kontrolloida opioidien käytön aloittamista ja lopettamista tai käytettävän aineen määrää	<ul style="list-style-type: none"> • Opioidien käyttö suurempia määriä tai pidemmän ajan kuin oli tarkoitus. • Jatkuva halu opioidien käyttöön. • Yritykset vähentää tai kontrolloida opioidien käyttöä epäonnistuvat.
3. Fysiologinen vieroitusoireisto opioidin käyttöä vähentäessä tai lopettaessa	<ul style="list-style-type: none"> • Saman tai samaa sukua olevan aineen käyttäminen vieroitusoireiston välttämiseksi • Vähintään kolme seuraavasta vieroitusoireesta: opioidin himo, nenäeritteet ja aivastelu, kyynele vuoto, lihassäryt tai -kouristukset, suoliston kouristukset, pahoinvointi tai oksentelu, ripuli, pupillien laajentuminen, ihokarvojen nouseminen pystyyn tai toistuvat vilunväristykset, kylmän ja kuuman tuntemusten vuorottelu, sydämen tykyttely tai kohonnut verenpaine, haukottelu, levoton nukkuminen.
4. Osoitus sietokyvyn (toleranssi) kasvusta	<ul style="list-style-type: none"> • Henkilö tarvitsee esim. selvästi aikaisempaa suurempia annoksia päihtymystilan tai toivotun vaikutuksen saavuttamiseksi. • Opioidien käyttöä seuraa selvästi aiempaa heikompi vaikutus, kun henkilö käyttää opioideja jatkuvasti samalla annoksella. Esim. opioidiriippuvaiset henkilöt voivat käyttää niin suuria päiväannoksia, että ne voisivat lamaannuttaa tai tappaa sietokyvyltään normaalin henkilön.
5. Keskittyminen opioidien käyttöön	<ul style="list-style-type: none"> • Muiden henkilölle tärkeiden mielihyvän lähteiden tai kiinnostuksen kohteiden laiminlyönti. • Aikaa kuluu runsaasti opioidin hankkimiseen, käyttämiseen tai sen vaikutuksista toipumiseen.
6. Opioidien jatkuva käyttö huolimatta sen selvästi haitallisista seurauksista	<ul style="list-style-type: none"> • Käyttö jatkuu, vaikka henkilö on tietoinen haitan luonteesta ja suuruudesta. Esim. henkilö on tietoinen siitä, että opioidien suonensisäiseen käyttöön liittyy lisääntynyt infektio- ja yliannoskuoleman riski. • On syytä varmistaa, että henkilöllä on todella tietoa haitan luonteesta ja laajuudesta.

HUUMETESTIT JA ASIAKIRJAT RIIPPUVUUSDIAGNOOSINTUKENA

Diagnoosin tueksi käytetään potilaan kertoman lisäksi asiakirjatietoja ja tehdään tarvittaessa huumetestejä, jotka varmistetaan asianmukaisesti. Kanta-arkiston tiedot tarkistetaan. Mikäli potilaasta on otettu huumeeseuloja, joissa on todettu säännöllisesti opioideja, ne tukevat diagnostiikkaa. Huumeeseulojen puuttuminen tai negatiivisetkaan huumeeseulat eivät kuitenkaan poissulje opioidiriippuvuuden mahdollisuutta. Joskus potilas on saattanut antaa muista syistä manipuloituja negatiivisia seuloja, vaikka olisi käyttänyt opioideja koko ajan. Seulonnessa ei välttämättä ole myöskään seulottu juuri henkilön käyttämää opioidia, sillä esimerkiksi buprenorfiini ei ole kaikissa seuloissa mukana. Tällöin potilaan kertomaa täytyy verrata muihin hänestä saataviin tietoihin, kuten hänen vointinsa havainnointiin, sekä muihin asiakirjamerkintöihin, kuten kirjattuihin vieroitusoireisiin. Vaikka positiiviset huumeeseulatulokset tulee aina varmistaa, riippuvuusdiagnostiikassa voidaan tarvittaessa hyödyntää myös aikaisemmin otettuja varmistamattomia seuloja kokonaisarvioinnin tukena.

Jos diagnoosin tekoon ei ole muuten käytettävissä riittävästi tietoa, tilataan potilasasiakirjat potilaan luvalla kaikista häntä hoitaneista paikoista, esimerkiksi päihdehoitoyksiköistä, perustasolta ja erityistasolta julkiselta ja yksityiseltä puolelta sekä vankiterveydenhuollosta. On hyvä huomioda, että Kanta-arkistossa on usein vain osa päihdehuollon merkinnöistä. Potilasasiakirjoista etsitään tietoa, joka viittaa opioidien käyttöön: huumeeseulatulosten lisäksi tietoja opioidien käyttöön liittyvistä komplikaatioista, esimerkiksi päiivystyskäynneistä opioidiyliannostusten tai opioidien pistämiseen liittyvien komplikaatioiden takia. Pelkästään tieto suonensisäisestä päihteiden käytöstä ei varmenna opioidiriippuvuutta, sillä potilas saattaa pistää muita päihteitä kuin opioideja. Lisäksi muut asiakirjamerkinnät voivat auttaa sen arvioimisessa, kuinka kiireellisesti potilas tarvitsee korvaushoitoa, esimerkiksi onko hänellä ollut usein yliannostuksia tai muita somaattisia vaaratilanteita. Tarvittaessa apuna voidaan käyttää myös poliisin asiakirjojen tietoja, mikäli terveyden- tai päihdehuollon asiakirjojen tiedot eivät riitä varmistamaan potilaan kertomaa.

Mikäli diagnoosi perustuisi vain potilaan kertomaan, mutta mistään asiakirjoista ei voida kertoa varmista, potilasta voidaan seurata avohoidossa kuukauden ajan, jotta voidaan varmistua opioidiriippuvuuden diagnostisten kriteerien täyttymisestä. Korvaushoitoarviointiin liittyvä muu arviointi ja tiedonkeruu voidaan tehdä tänä seuranta-aikana, jottei potilaan hoitoon pääsy viivästy kohtuuttomasti.

ONKO VIEROITTUMINEN MAHDOLLISTA?

Korvaushoidon tarpeen arvioinnissa on olennaista todeta, että henkilöllä on opioidiriippuvuus ja ettei vieroittuminen ole onnistunut tai vieroittuminen ole potilaan kokonaistilanne huomioden hänen etunsa mukaista. Korvaushoitoon pääsyn vaatimuksena ei voi olla mitään tiettyä vieroitusjaksojen määrää tai pituutta eikä loppuunviety vieroittautumisjakso ole korvaushoidon edellytys. Potilas voi olla vieroittunut esimerkiksi päihdehoidossa laitoksessa tai avohoidossa, somaattisen sairaalahoidon osastojaksolla tai vankilan päihteettömällä osastolla. Vieroittautumisen mahdollisuuksia arvioidaan yksilöllisesti.

Vieroittautumiseen korvaushoidon sijasta voi kannustaa sellaisia henkilöitä, joiden opioidien käyttö ei ole ollut pitkään jatkuvaa, jokapäiväistä tai elämänhallintaan vaikuttavaa. Oleellista on pohtia yhdessä potilaan kanssa korvaushoidon haittoja ja hyötyjä ja muita hoitovaihtoehtoja ja niiden onnistumisen mahdollisuuksia. On tärkeää selvittää, mitä potilas tietää korvaushoidosta, minkälaiset odotukset hoidolle hänellä on ja ovatko odotukset realistisia. Arvioinnin aikana on syytä antaa rehellistä ja avointa tietoa korvaushoidosta ja sen käytännön toteutuksesta.

Mikäli korvaushoitoa ei päädytäkään aloittamaan, se ei sulje pois korvaushoidon aloitusta myöhemmin, jos suunniteltu vieroittautuminen ei onnistukaan. Vieroituksen jälkeen opioiditoleranssin lasku voi lisätä yliannoskuoleman vaaraa. Hoidon katkeamista tulee välttää ja mikäli vieroitus hoito ei onnistu, tulisi opioidikorvaushoitoon päästä joustavasti ilman hoitoviiveitä.

OPIOIDIVIEROITUKSEN TOTEUTTAMINEN

Mikäli todetaan, että korvaushoito ei ole tarkoituksenmukaista, laaditaan hoitosuunnitelma muuta hoitoa varten ja ohjataan potilas asianmukaiseen hoitoyksikköön. Tämän luvun vieroitusohjetta voidaan soveltaa silloin, kun tilanteessa ei päädytä korvaushoidon aloitukseen, vaan vieroitukseen.

Opioidien fyysiset vieroitusoireet alkavat muutamassa päivässä käytön loputtua ja jatkuvat voimakkaana viikosta kuukauteen, aineesta riippuen (taulukko 3). Pidempiaikaiset vieroitusoireet, kuten ahdistuneisuus, epämiellyttävä mieliala, kyvyttömyys tuntea mielihyvää, unettomuus ja opioidin himo, voivat jatkua vielä viikkoja tai kuukausia opioidien käytön lopettamisen jälkeen.

Opioidiavusteinen vieroitus

Buprenorfiinia tai metadonia voidaan käyttää asetuksen mukaan myös opioidiriippuvaisen vieroitushoitona. Käytännössä yleensä kannattaa käyttää buprenorfiinia, joko injektiona tai buprenorfiini-naloksonin kielenalusvalmisteena, sillä se on helpompi ja nopeampi aloittaa eikä siihen liity esimerkiksi EKG-seurannan tarvetta tai merkittäviä yksilöllisiä metaboliaeroja. Opioidiavusteisen vieroituksen aikana voidaan käyttää tarvittaessa myös oireenmukaisia vieroituslääkkeitä, mukaan lukien alfa-2-agonistit.

Kielenalusvalmisteilla opioidiavusteinen nopea vieroitus voidaan toteuttaa esimerkiksi antamalla ensimmäisenä päivänä vieroitusoireiden alettua buprenorfiini-naloksonia 8 mg joko kerta-annoksena tai 2-4 mg erissä. Tarvittaessa voidaan antaa lisäannoksia enintään 8 mg/vrk. Annosta vähennetään 2-4 mg kerrallaan 1-2 päivän välein.

Vieroitus voidaan toteuttaa myös avohoidossa pitempänä, esim. 1-6 kk kestävä vieroituksena.

Injektiovalmisteilla vieroitus on mahdollisuus, jonka käytännön kokemukset ovat vielä vähäisiä. Injektiovalmisteella vieroitus voidaan toteuttaa esimerkiksi sairaalahoitoon tai vankilaan tulevalle opioidiriippuvaiselle potilaalle. Se voidaan toteuttaa esimerkiksi kuukausi-injektioilla. Ensin tulee varmistaa, että potilaalla on ollut opioidien ajankohtaista, säännöllistä ja riippuvuustasoista käyttöä ja hänellä on todettavissa opioidien vieroitusoireet. Ensimmäisinä päivinä annostellaan buprenorfiini kielenalusvalmisteena, jotta voidaan varmistua, että henkilö sietää buprenorfiinin. Mikäli buprenorfiiniriippuvaisen henkilön buprenorfiinin aiempi käyttöannos on ollut yli 4 mg/vrk suonensisäisesti tai yli 12 mg/vrk kielen alle annosteltuna, suositellaan Buidalin kerta-annokseksi 96 mg tai Subutex depot 300 mg. Tänä aikana voidaan tarvittaessa myös aloittaa korvaushoidon tarpeen arviointi tai potilaan motivointi korvaushoidon jatkamiseen.

Opioidiavusteinen vieroitus metadonilla on mahdollinen, jos potilas on esim. aiemmin ollut metadonihoidossa ja on tiedossa, että hän sietää metadonia. Ensimmäinen annos on 10 mg, jota nostetaan ensimmäisenä vuorokautena 10 mg 6-8 h välein ad 40 mg. Seuraavasta päivästä alkaen annoslaskut tehdään 5 mg/vrk.

Taulukko 3. *Vieroitusoireiden alku, oireiden maksimijankoha eli huippu sekä fyysisten oireiden kesto eri opioideilla.*

Opioidi	Vieroitusoireiden alku	Oireiden huippu	Oireiden kesto
Heroiini	6-12 h	30-72 h	7-10 vrk
Buprenorfiini	1-3 vrk	3-4 vrk	3-4 vko
Metadoni	36-48 h	3-4 vrk	3-4 vko
Tramadoli, kodeiini, oksikodoni ja muut nopeavaikutteiset opioidit	8-24 h	3-4 vrk	4-14 vrk

Oireenmukainen vieroitus

Alfa-2-adrenergiset agonistit klonidiini ja lofeksidiini auttavat ns. noradrenergisesta myrskystä johtuviin vieroitusoireisiin, kuten lisääntyneeseen kyynelvuotoon, nuhaan, hikoiluun, kylmänväreisiin ja ripuliin. Niiden kohde on noradrenerginen hyperaktiivisuus locus coeruleuksen neuronissa, jotka aiheuttavat vieroitusoireet (19). Ne eivät auta lihaskipuihin, levottomuuteen, ärtyneisyyteen tai univaikeuksiin, joiden hoitoon käytetään muuta oireenmukaista lääkitystä. On tärkeää muistaa aina arvioida lääkkeiden yhteisvaikutukset (mm. vaikutus QTc-aikaan) ja muut huomioon otavat asiat, esimerkiksi klonidiinin verenpainetta laskeva vaikutus.

Tarvittavan lääkityksen jakaminen toteutetaan yhteisymmärryksessä potilaan kanssa (taulukko 4). Lääkityksen peruste on tärkeä pohtia ja kirjata. On tärkeä tiedostaa, että potilaan kokemia subjektiivisia vieroitusoireita ei voi toinen tunnistaa. Jos lääkityksen toteuttaja ei pidä potilaan pyytämää tarvittavaa lääkitystä perusteltuna, lääkkeen jakamatta jättämisen perusteet kerrotaan potilaalle ja kirjataan hoitokertomukseen.

Taulukko 4. *Opioidivieroitusoireiden lääkehoidon kokonaisuus.*

Opioidivieroitusoireiden lääkehoito
• Klondiini tai lofeksidiini noradrenergisiin oireisiin
• NSAID ja/tai parasetamoli kipuihin
• unettomuuden lääkehoito
• pahoinvoinnin ja ripulin hoito
• ahdistusoireiden lääkehoito.

KORVAUSHOITOLÄÄKKEEN VALINTA

Korvaushoitolääkkeen valinnan tulee perustua yksilölliseen arvioon. Laaja tutkimusnäyttö osoittaa sekä metadonin että buprenorfiinin olevan turvallisia ja tehokkaita opioidiriippuvuuden hoidossa. Korvaushoitovalmisteen valinta tehdään lääketieteellisin perustein yhteistyössä potilaan kanssa tämän näkemykset ja tavoitteet huomioiden. Mitään ennalta määrättyjä valintaehdoja tai -sääntöjä ei ole.

Potilaalle on annettava tietoa kaikista lääkkeistä ja lääkemuodoista, jotta hän ymmärtää hänelle suositellun valmisteen perustelut. On verrattain yleistä, että potilailla on lääkkeitä sellaisia käsityksiä, jotka eivät pidä paikkaansa. On kerrottava myös, että lääke tai lääkemuoto voidaan tarvittaessa vaihtaa.

Lääkevaihtoehtoihin voi liittyä haittavaikutuksia, mutta haittavaikutusten kokemisessa on suuria yksilöllisiä eroja. Tavallisia opioidien käytön haittoja ovat väsymys, ummetus, päänsärky, huimaus, pahoinvointi ja hikoilu. Lisäksi on kuvattu mm. seksuaalisia toimintahäiriöitä. Eräät pitkäaikaishaitat, kuten vaikutukset sukupuolihormoneihin, uniapnea ja QTc-ajan piteneminen ovat tavallisempia metadonikorvaushoidossa. Lääkevalinnassa tulee ottaa huomioon mahdolliset interaktiot potilaan muun lääkehoidon kanssa.

Jos potilas kieltäytyy tietystä lääkevalinnasta, potilaslaki edellyttää, että häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla (20, 6 §), kuten jollakin muulla lääkevalmisteella, mikäli se ei ole potilaalle vasta-aiheinen.

Buprenorfiinivalmisteet

Kielenalusvalmisteet

Valinta buprenorfiinin valmistemuotojen välillä tehdään aina yksilöllisesti ja potilaan kanssa yhteistyössä. Kielenalusvalmisteilla on mahdollista harventaa potilaiden asiointia yksikössä antamalla kotiannoksia tai tuplasulatuksilla. Valmisteen valinnassa tulee arvioida kotiannosten mahdollisuuden ja riskien lisäksi myös sitä, miten paljon potilas hyötyy korvaushoitoyksikössä asiointista tilanteessaan, sillä lähtökohtaisesti injektiohoidossa olevat potilaat asioivat yksikössä kielenalusvalmisteella hoidettavia harvemmin. Kielenalusvalmisteillakin hoidettavilla potilailla tulee kuitenkin olla kotiannosten mahdollisuus, mikäli kotiannoskriteerit täyttyvät.

Sublinguaalisesti käytetään tavallisesti buprenorfiinia ja naloksonia sisältävää yhdistelmävalmistetta. Buprenorfiini-naloksonivalmisteesta on käytettävissä sekä suussa liukeneva kalvo, ”filmi”, että suussa liukeneva resoribletti. Kalvon ja nopeasti liukenevan resoribletin etuna tavanomaiseen resoriblettiin verrattuna on se, että sen liuottaminen, ”sulattaminen”, suussa on nopeampaa. Näin lääkkeenjakotilanne nopeutuu ja lääkevilpin mahdollisuus, esimerkiksi osittain liunneen tabletin kuljettaminen pois yksiköstä, on pienempi.

Yhdistelmävalmisteen naloksonin on tarkoitus vähentää valmisteen suonensisäistä käyttöä. Yhdistelmän väärinkäyttö pistämällä on kuitenkin mahdollista. Pelkkää buprenorfiinia sisältävää kielenalusvalmistetta voidaan käyttää viimesijaisena vaihtoehtona ja vain tarkkaa harkintaa käyttäen, jos mikään muu korvaushoitovalmiste ei tule kyseeseen.

Injektiovalmisteet ja implantaatit

Injektiohoidosta on tehty kattava käytännön opas (12), joka on saatavissa myös suomeksi käännettynä A-klinikka Oy:ltä maksutta (<https://www.a-klinikka.fi/lataa-julkaisu>). Pitkävaikutteinen buprenorfiini-injektio annostellaan yleensä joko noin yhden tai neljän viikon välein. Lääke annetaan injektiona ihonalaiskudokseen ja annostelu tapahtuu aina korvaushoitoyksikössä. Implantaatti asetetaan ihon alle kuudeksi kuukaudeksi.

Buprenorfiinin injektio- ja implantaattihoidon etu on, että buprenorfiinipitoisuus säilyy tasaisempana kuin kerran päivässä annosteltuna. Kotilääkkeiden kuljetus ja säilytys ei ole tarpeen, ja lääkkeen väärinkäytön ja muualle kulkeutumisen mahdollisuudet poistuvat. Injektio- ja implantaattivalmisteet ovat potilaalle vaivattomampia kuin päivittäin annosteltavat valmisteet. Työssäkäynti ja matkustelu voivat helpottaa. Osa potilaista hyötyy siitä, että korvaushoidon lääkekeskeisyys vähenee, kun joka päivä ei tarvitse ottaa lääkettä. Osa potilaista kokee vapauttavana sen, että päihteiden käyttöä ei tarvitse seurata ja piilotella kotilääkkeitä saadakseen. Injektio annetaan aina hoitoyksikössä. Injektiovalmisteeseen vaihtamalla voidaan yleensä korvata kielenalusvalmisteen apteekkijakelu.

Mikäli potilas ei tarvitse päivittäisiä käyntejä tai niitä on hankala järjestää, on injektioimuotoinen lääke tai implantaatti yleensä kielenalusvalmistetta parempi. Tuolloin otetaan huomioon mahdollinen päihteiden käyttö ja sen aiheuttamat riskit sekä potilaan tuen tarve ja kyky sitoutua hoitoon silloinkin, kun korvaushoitoyksikköön ei tarvitse hakeutua lääkkeenhakuun useita kertoja viikossa. Mikäli päihteiden käyttö on runsasta, viikkoinjektio voi olla kuukausi-injektiota turvallisempi valinta, sillä viikoittaiset käynnit yksikössä voivat helpottaa potilaan voinnin seuranta ja motiivintia hoidon tehostamiseen.

Mikäli potilaalla on päihteiden käyttöä, harkitaan injektiohoidon mahdollisuutta aina yksilöllisesti. Toistaiseksi ei ole tutkimusnäyttöä injektio-buprenorfiinin turvallisuudesta esimerkiksi päihdekäyttötilanteissa verrattuna kielenvalmisteisiin tai metadoniiniin. Ei ole varmuutta esimerkiksi siitä, kuinka turvallista tai turvallisuutta vaarantavaa on injektiohoito sellaiselle potilaalle, jolla on keskushermostoa lamaavien aineiden käyttöä. Stimulanttien tai kannabiksen käyttö eivät lisää buprenorfiinin kanssa merkittävää keskushermostolaman riskiä, joten niiden käyttö ei yksin ole kontraindikaatio injektioille. Tuolloin arvioidaan kokonaistilannetta mm. siltä osin, lisääkö niiden käyttö riskiä lamaavien päihteiden käytölle tai jollekin muulle riskitekijälle. Myös näissä tilanteissa potilas voi hyötyä avohoitokäynneistä injektioiden välillä.

Injektio-lääkkeiden buprenorfiinipitoisuus on tasainen, mikä voi olla päihteiden käytön kannalta joko riski tai etu, kun buprenorfiinipitoisuudessa ei tule päivittäisiä huippuja. Päivittäin annet-

tavalla lääkkeellä on mahdollista tarkkailla vointia ja sen muutoksia päivittäin, mutta injektiohoidossa olevaa potilasta tavataan yleensä korvaushoitoyksikössä harvemmin. On suositeltavaa, että mikäli potilaalla on runsasta päihteiden käyttöä, häntä tavataan korvaushoitoyksikössä myös injektioiden välillä, jotta voidaan arvioida myös hoidon ja hoitoon kiinnittymisen keinojen tehostamista. Jos tulee huoli potilaan turvallisuudesta, voidaan väliaikaisesti vaihtaa potilas kielenalusvalmisteelle, kunnes tilanne on tasaantunut. On yksilöllistä, kuka potilas hyötyy ja kuka ei hyödy tiiviistä yksikössä käynnistä ja seurannasta.

Implantaattihoidossa on tällä hetkellä tarjolla valmiste, joka vastaa 2-8 mg/vrk kielenalusvalmisteen annoksia, joten se soveltuu vain sellaisille potilaille, jotka pärjäävät matalammalla buprenorfiiniannoksella. Saavutettava pitoisuus on pienempi (1 ng/ml) kuin pitkävaikutteisilla injektioilla (yli 2 ng/ml). Tutkimusten mukaan pienempi pitoisuus pitää vieroitussymptomit pois ja suurempi myös aineenhimon. Tämä vaikuttaa potilaiden valintaan. Toisaalta heillä, joilla annos ja buprenorfiinipitoisuus on muutenkin matala esimerkiksi hitaan vieroittautumisen vuoksi, matalan pitoisuuden tuottava implantaatti voi olla teholtaan riittävä. Implantaatista tarvitaan lisää käytännön tietoa ennen kuin sen käytöstä voidaan antaa tarkempia suosituksia tai arvioinnin ohjeita.

Metadoni

Metadoni on opioidireseptorien täysagonisti. Metadoni kertyy elimistöön ja annosnoston täysi vaikutus tulee noin 4-7 vuorokaudessa. Metadoni indusoi omaa metaboliaansa, joten annosnostot tulee tehdä maltillisesti. Liian nopeat annosnostot voivat johtaa turhan korkeisiin tai jopa vaarallisen korkeisiin vuorokausiannoksiin. Metadonikorvaushoito on tutkitusti tehokasta ≥ 60 mg/vrk annoksella (esim. 21). Yleisimmin käytetty annos on 60–120 mg/vrk.

Metadonilla on useita kliinisesti merkittäviä lääkeaineinteraktioita, jotka vaikuttavat metadonipitoisuuteen (taulukko 5). Erityisesti lääkeaineen metabolian induktioon tai inhibitioon ja lääkeainepitoisuuden muutoksiin johtavat CYP450-interaktiot ovat yleisempiä metadonia käytettäessä ja vaativat lääkeainepitoisuuden seurantaa ja mahdollisesti annostuksen muuttamista. Esimerkiksi interaktiot HIV- ja tuberkuloosilääkkeiden kanssa voivat olla ongelmallisia.

Metadoni saattaa pidentää QT-aikaa, minkä vuoksi EKG tutkitaan ennen metadonialoitusta arviointivaiheen aikana ja aloitusjaksolla 2 viikon kuluttua ensimmäisestä metadoniansannoksesta. Aloitusvaiheen jälkeen EKG tutkitaan vuosittain sekä aina annosnostojen yhteydessä. Kardiologin konsultaatiota suositellaan, jos QTc-aika ylittää 450 ms miehillä ja 470 ms naisilla tai QTc-aika nousee huomattavasti perustasosta lääkityksen aloituksen jälkeen. Lisäksi tulee arvioida yhteisvaikutukset muiden QT-aikaa pidentävien lääkkeiden kanssa ja tarvittaessa vaihtaa soveltuvampaan valmisteeseen.

Metadonihoidon aloitusvaiheeseen liittyy kansainvälisissä tutkimuksissa havaittu kohonnut kuolleisuusriski (8). Tähän voi olla useita syitä. Metadonihoidon alussa toleranssi on vasta kehittyneessä. Metadonin metaboliassa on myös farmakogeneettistä yksilöllistä vaihtelua, jolloin vaste metadonille voi olla poikkeuksellinen, vaikka henkilö olisi käyttänyt pitkään muita opioideja, esimerkiksi buprenorfiinia. Metadonin aloitusvaiheeseen voi liittyä harvinainen hengitysvajausoireyhtymä (22), joka ei riipu opioiditoleranssista. Näiden syiden vuoksi ainakin potilaan ensimmäinen metadonihoidon aloitus tulee aloittaa laitoshoidossa. Suomessa metadonihoidon aloitukseen liittyvät kuolemat ovat hyvin harvinaisia muihin maihin verrattuna. Tähän vaikuttanevat varovaisemmat metadonihoidon aloituskäytännöt, joita tulee jatkaa.

Taulukko 5. *Buprenorfiinin ja metadonian farmakologiaa.*

	CYP-metabolia	Metaboliitit	Huippupitoisuus	Puoliintumisaika	Muuta huomioitavaa
Buprenorfiini	CYP3A4	Norbuprenorfiini, aktiivinen	1-2 h (kielenalusvalmisteet) 6-10 h (Buvidal kk-injektio) 24 h (muut injektiot)	2-4 h (iv) 18-49, keskim. 32 h (kielenalusvalmisteet) 3-5 vrk (viikkonjektiot) 19-25 vrk (kk-injektio Buvidal) 43-60 vrk (Subutex depot)	Maksan vajaatoiminta nostaa buprenorfiinipitoisuuksia, vaikeassa vajaatoiminnassa 3-kertaiseksi.
Metadoni	CYP3A4, CYP2D6, CYP2B6, CYP2A19, CYP2C9	EDDP ja EMDP*, inaktiivisia	4 h	Kerta-annos 10-25 h. Toistuvassa annostelussa 13-55 h	Maksakirroosissa ja vaikeassa munuaisten vajaatoiminnassa metadonipitoisuudet suurenevat.
* EDDP (2-etyyliidiini-1,5-dimetyyli-3,3-difenylylpyrrolidiini), EMDP (2-etyyli-5-metyyli-3,3-difenylyli-1-pyrrolidiini).					

Levometadoni

Levometadonia käytettäessä on tärkeää huomioida, että levometadoni on noin kaksi kertaa voimakkaampi kuin raseeminen metadoni. Levometadonin annos on siis puolet vastaavasta metadoniannoksesta.

Potilas voi hyötyä levometadonista, jos hänelle ei sydänvaikutusten (QT-aika) tai muiden merkittävien haittojen vuoksi ole voitu aloittaa metadonia tai nostaa sen annosta tarpeeksi. Levometadoni pidentää myös QT-aikaa, joten sitä on edelleen seurattava. QT-aikaa pidentävä vaikutus on suurin piirtein sama kuin samansuuruisella metadoniannoksella. Näin ollen, jos potilas sietää metadonista annosta 40 mg, myös levometadonin siedetty maksimiannos on usein 40 mg (jonka opioidivaikutus vastaa metadoniannosta 80 mg).

Tavanomainen levometadoniannos on 30–60 mg päivässä, mutta jotkut voivat tarvita suurempia annoksia. Yli 60 mg:n annosta saa käyttää vain poikkeustapauksissa.

Levometadoniannosta voi olla tarpeen suurentaa muiden lääkevalmisteiden aiheuttamien yhteisvaikutusten ja/tai entsyymi-induktion vuoksi. Tästä syystä myös vakiintunutta annosta käytäviä potilaita on seurattava muiden lääkitysten muutosten yhteydessä vieroitusoireiden varalta ja annosta on tarvittaessa säädettävä edelleen. Samaten annosta on muistettava pienentää, kun interaktiota aiheuttava lääkeaine lopetetaan.

Metadonihoidosta voidaan vaihtaa suoraan levometadoniin siten, että levometadoniannos on puolet metadoniannoksesta.

Metadonin ja buprenorfiinin erot

Suomessa buprenorfiini on ensisijainen päihdekäytössä oleva katuopioidi. Kansainvälinen tutkimuskirjallisuus perustuu enimmäkseen heroiiniriippuvuuden hoitoon, minkä takia aiemman tutkimuskirjallisuuden vertailu metadonin ja buprenorfiinin tehoeroista ensisijaisesti buprenorfiiniriippuvuuden hoidossa on hankalaa. Buprenorfiinin oheiskäyttö buprenorfiinikorvaushoidon aikana on huomattavan yleistä (23,24) ja buprenorfiinin oheiskäyttöä voi olla vaikea buprenorfiinikorvaushoidon aikana todentaa. Mäkelän ym. (24) tutkimuksessa 39 % potilaista raportoi buprenorfiinin oheiskäyttöä edeltäneen vuoden aikana.

Laajassa systemaattisessa katsauksessa ja meta-analyysissä todettiin, että hoidossa pysymisen (retention) oli metadonihoidossa parempaa kuin buprenorfiinin kielenalusvalmisteilla, mutta hoitoon sitoutumisessa/kiinnittymisessä (adherence) ei ollut eroa buprenorfiinin ja metadonin välillä (25). Muutenkin erot buprenorfiinin ja metadonin välillä olivat olemattomia tai niitä oli havaittu vain muutamissa tutkimuksissa. Alustavia viitteitä oli siitä, että hoidossa pysyminen voisi olla parempaa buprenorfiini-injektioilla kuin kielenalusvalmisteilla, mutta tästä ei ole vielä riittävä näyttöä (25). Molemmilla lääkkeillä hoidoissa pysyminen pitkäaikaisesti on riittämätöntä, joten hoidossa pysymiseen tulee panostaa ja huomioida potilaan mielipide lääkevalinnassa (25).

Metadoni vähentää opioidihimoa mahdollisesti buprenorfiinia paremmin (26). Täysagonistiopioidina metadoni saattaakin olla osittaisagonisti buprenorfiinia soveltuvampi potilaille, joilla on korkea opioiditoleranssi. Ei ole kuitenkaan selkeää tutkimusnäyttöä siitä, että metadoni olisi buprenorfiinia tehokkaampi tai tehottomampi suonensisäisen käytön vähentämisessä tai psykiatrisesti oireilevan potilaan oireiden hallinnassa. Kliinisten kokemusten perusteella metadoni saattaa olla buprenorfiinia tehokkaampi vakavista mielenterveyden häiriöistä kärsivillä opioidiriippuvaisilla.

Korvaushoidon aloittaminen buprenorfiinilla on helpompaa ja turvallisempaa ja ylläpitoannos saavutetaan nopeammin kuin metadonia käytettäessä. Buprenorfiinilla on myös metadonia vähemmän interaktioita muiden lääkkeiden kanssa (taulukko 5).

Buprenorfiini on metadonia turvallisempi opioidi. Sillä on ns. kattovaikutus eli annosta suurennettaessa sen vaikutus aluksi lisääntyy, mutta pysyy sitten samana. Esimerkiksi hengityslama on harvinainen pelkällä buprenorfiinilla ilman samanaikaisesti käytettyä alkoholia tai muita lääkkeitä.

Buprenorfiini on metadonia paremmin siedetty potilailla, joilla on krooninen, hankala keuhkosairaus tai uniapnea. Buprenorfiinilla saattaa olla vähemmän hormonaalisia tai aineenvaihdunnallisia haittavaikutuksia kuin metadonilla.

Buprenorfiinilla saattaa olla metadonia vähemmän kognitiivisia haittavaikutuksia (27). Kliiniset kokemukset tukevat alustavaa tutkimusnäyttöä ja buprenorfiini voi olla parempi lääkevalinta, kun tarvitaan mahdollisimman hyvää kognitiivista toimintakykyä esimerkiksi opiskelun, työn tai kuluneuvon ajamisen vuoksi tai muun sairauden tai muiden lääkitysten heikentäessä kognitiivista suoriutumista (11). Metadonin käyttöön liittyvät lääkeinteraktiot voivat myös heikentää suoriutumista reaktioaika- ja työmuistitehtävissä (27).

WHO:n vuonna 2009 julkaiseman suosituksen mukaan metadonia tulisi suosia silloin, kun potilas on käyttänyt buprenorfiinia suonensisäisesti tai aiempi buprenorfiinihoito ei ole onnistunut (28). Suosituksen julkaisun jälkeen on otettu käyttöön uusia buprenorfiinivalmisteita ja kliinisiä kokemuksia buprenorfiinia pääpäähteenä käytävien buprenorfiinikorvaushoidosta on tullut lisää, mutta tutkimustietoa aihepiiristä on edelleen erittäin vähän. Vaikka Suomessa suurin osa opioidiriippuvaisista on ollut ennen hoitoa buprenorfiiniriippuvaisia ja korvaushoidossakin buprenorfiini on metadonia yleisempi lääke, on korvaushoidossa olevien kuolleisuus Suomessa selvästi matalampaa kuin niiden opioidiriippuvaisten kuolleisuus, jotka ovat muussa päihdehoidossa kuin korvaushoidossa (6).

ALOITUSPAIKAN VALINTA: AVO- VAI LAITOSHOIDOSSA

Hoidon tarve ja hoito tulee arvioida ja aloittaa avohoidossa, ellei laitoshoidossa tapahtuvaan hoidon aloitukseen ole erityistä syytä (taulukko 6). Ensimmäistä kertaa aloitettava metadonihoito aloitetaan aina laitoshoidossa, sillä siihen voi liittyä harvinaisena haittavaikutuksena äkillinen hengitysvajaus, joka ei riipu opioiditoleranssista (22).

Taulukko 6. *Opioidikorvaushoidon laitoshoidoa vaativat tilanteet.*

Korvaushoito on syytä aloittaa laitoshoidossa seuraavissa tilanteissa
• potilaalla on erityisen runsasta muiden päihteiden käyttöä
• potilaalla on muuten poikkeuksellisen epävakaata elämäntilannetta
• potilaalla on hankalaa psykiatrista oireistoa
• kyseessä on ensimmäistä kertaa aloitettava metadonihoito
• korvaushoidon aloitus ei ole onnistunut avohoidossa.

PSYKIATRISEN OIREILUN HUOMIOIMINEN

Psykiatrista tilaa arvioidaan siltä osin, tarvitseeko potilas tarkempaa psykiatrista diagnostiikkaa tai hoitoa. Varsinaiset tutkimukset suoritetaan paikallisen työnjaon mukaisesti yksikössä, jossa on riittävästi riippuvuuspsykiatrista erityistason osaamista ja resursseja tämän toteuttamiseen. Kiireellinen psykiatrista hoidon tarve tulee arvioida jo korvaushoitoarvioinnin yhteydessä, mutta tarkemmat psykiatriset tutkimukset voi tehdä tarvittaessa vasta hoidon aloituksen jälkeen. Tutkimusten saamisen vaikeus tai viive tutkimuksiin pääsyssä ei saa johtaa siihen, että korvaushoidon aloitus sen takia viivästyy.

Erikoissairaanhoidossa psykiatrista diagnostiikan tueksi on hyvä käyttää (semi)strukturoitua haastattelua, esim. SCID I tai M.I.N.I. yhdistettynä PRISM-pohjaiseen elämänaikaiseen päihdekartoitukseen oireiden etiologian arvioimisen mahdollistamiseksi. Persoonallisuushäiriöistä on syytä kartoittaa erikoissairaanhoidossa ainakin epäsosiaalinen ja epävakaata persoonallisuushäiriö tutkimuksilla PRISM 18 ja 19 ja tarvittaessa SCID II. Neuropsykiatrisia ongelmia, kuten ADHD, arvioidaan esim. DIVA:n avulla. Haastattelua täydennetään asiakirjatiedoilla ja asioita selvitetään tarkemmin myöhemmin tilanteen salliessa. Katso lisää luvusta 6 Psykiatrista oheissairastavuus.

SOMAATTISEN TILAN HUOMIOIMINEN

Opioidiriippuvuuteen voi liittyä useita somaattisia ongelmia, joita ei välttämättä ole selvitetty tai hoidettu. Korvaushoidon arviointivaiheessa tehdään somaattisen tilan arviointi korvaushoidon kannalta oleellisten asioiden osalta (ks. luku 7 Somaattinen oheissairastavuus). Potilas ohjataan tarvittaessa jatkotutkimuksiin ja hoitoon terveyskeskukseen tai tehdään lähete erikoissairaanhoidon.

LABORATORIOTUTKIMUKSET ARVIINTIJAKSOLLA

Arviointijakson yhteydessä suositellaan tutkittavaksi laboratoriotutkimuksia potilaan terveydentilan yleistilanteen arvioimiseksi (taulukko 7). Laboratoriokokeet voidaan ottaa paikallisten käytäntöjen mukaisesti joko arvioinnin tekevässä paikassa tai esimerkiksi terveyskeskuksessa. Mikäli potilas ei halua tai kykene menemään laboratorioon tai se ei muuten ole mahdollista, arviointia

ei tule viivyttaa puuttuvien laboratoriovastausten vuoksi. Esimerkiksi verikokeet voidaan ottaa myös vasta korvaushoidon aloituksen jälkeen.

Taulukko 7. Potilaalle tehtävät laboratoriotutkimukset arviointijaksoa ennen tai sen aikana.

	Virtsan huumeseulat:
Miksi ja milloin	Yleensä vähintään arviointiprosessin alussa, tarvittaessa myös seurantaajakson aikana ja erityisesti silloin, kun lisätukea tarvitaan <ul style="list-style-type: none"> • opioidiriippuvuusdiagnoosin varmistamiseksi • päihteiden käytön kartoittamiseksi • potilaan motivoimiseksi päihteiden käytön vähentämiseen.
Pikaseulat ja niiden varmistukset	Mikäli käytetään pikaseuloja tai muita immunologisia seuloja, positiiviset seulatulokset varmistetaan vähintään silloin, kun <ul style="list-style-type: none"> • positiivinen löydös on uusi aine tai ristiriidassa potilaan kertoman kanssa • seulatulos kirjataan esimerkiksi lausuntoon • aina silloin, kun seulalla on valvonnallinen tarkoitus.
Laajat huumeseulat	Koska immunologisilla seuloilla ei saada kaikkia mahdollisia päih-teitä selville, kokonaistilanteen selvittämisen tarpeen niin vaatiessa suositellaan tekemään ainakin kertaalleen laaja huume- ja lääkeaine-seulonta asianmukaisine varmistuksineen.
	Muut laboratoriotutkimukset:
Yleistilan kartoittaminen, tarpeen mukaan esim.	<ul style="list-style-type: none"> • PVK+trombosyytit • Na, K, Krea/eGFR • verensokeri • kilpirauhasarvot • virtsan kemiallinen seula • tarvittaessa seksitautitestit
Maksa-arvot	<ul style="list-style-type: none"> • GT, ALAT, Bil • APRI, jos potilaalla on hoitamaton C-hepatiitti
Alkoholin käyttö	<ul style="list-style-type: none"> • PEth
Virusanalytiikka	<ul style="list-style-type: none"> • C- ja B-hepatiitit • HIV
EKG	Metadonihoitoa harkittaessa EKG <ul style="list-style-type: none"> • erityisesti tarkistetaan QTc-aika

MUUALLA ALOITETTU KORVAUSHOITOPROSESSI

Muualla Suomessa tai ulkomailla aloitettua korvaushoitoarviointia jatketaan potilaan uudella paikkakunnalla, mikäli arviota ei ole saatu aiemmassa asuinpaikassa loppuun. Jo tehtyjä tutkimuksia ei ole tarpeen uusida, mikäli voidaan esimerkiksi potilasasiakirjoista, hoidon yhteenvedosta tai lähetteestä varmistua aiemman arvioinnin asianmukaisesta toteuttamisesta. On tärkeää, että potilas on ajoissa yhteydessä tulevaan hoito- ja arviointipaikkaan, jotta ehditään järjestää siirto-/verkostoneuvottelu yksiköiden ja potilaan kanssa.

2 Korvaushoidon aloitus

Hoidon alussa tehdään potilaan tavoitteiden mukainen hoitosuunnitelma, joka on potilaan yksilöllisen hoidon perusta. Apteekkisopimusta suositellaan kaikille korvaushoitopotilaille. Korvaushoito voidaan aloittaa avo- tai laitoshoidossa erilaisilla buprenorfiini- tai metadonivalmisteilla useilla eri tavoilla, joita esitellään tässä yksityiskohtaisesti. Korvaushoitolääkkeen oikean annoksen arviointi on keskeinen osa korvaushoitoa, sillä liian matalaan annokseen liittyy kohonnut päihteiden käytön riski ja liian suureen annokseen myrkytysriski. Korvaushoitolääkkeen annos on sopiva, kun potilaalla ei ole ylimääräisten opioidien käyttöä, opioidihimoa eikä opioidien vieroitusoireita. Mikäli potilaalla on muita päihderiippuvuuksia, niistä vieroitus suunnitellaan ja yleensä toteutetaan korvaushoitolääkkeen aloituksen yhteydessä.

HOITON PÄÄSYN MÄÄRÄAJAT JA LAINSÄÄDÄNTÖ

Korvaushoitoon sovelletaan hoitotakuun lainsäädäntöä (terveydenhuoltolaki 6 luku 51 §). Opasta kirjoitettaessa voimassa olevan hoitotakuun pykälän 51 mukaan hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä lääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmessa kuukaudessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu. Opioidikorvaushoidon osalta voidaan pitää vähimmäistulkintana sitä, että potilaan yhteydenotosta korvaushoidon tarpeen arvioimiseksi ei saa kulua yli 3 kk siihen, kun korvaushoito aloitetaan.

Hoitotakuun lakiuudistus

Hoitotakuuta tiukennetaan vaiheittain (29). Siirtymäkautena 1.9.2023-31.10.2024 perusterveydenhuollon avosairaanhoidon tulee päästä 14 vrk kuluessa hoidon tarpeen arvioinnista. Seitsemän vuorokauden hoitoon pääsyn määräaika perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa tulee voimaan 1.11.2024.

Uusitun hoitotakuun pykälän 51 mukaan lääketieteellisesti tarpeelliseksi todetun perusterveydenhuollon kiireettömän sairaanhoidon ensimmäinen hoitotapahtuma on järjestettävä arviointia seuraavien seitsemän vuorokauden aikana, jos potilaan hoitoon hakeutumisen syynä on sairastuminen, vamma, pitkäaikaissairauden vaikeutuminen, uusien oireiden esilletulo tai toimintakyvyn aleneminen, ja hoito kuuluu yleislääketieteen alaan (29).

Perustelujen mukaan ”Momentissa tarkoitettulla hoitotapahtumalla tarkoitettaisiin hoitoon liittyviä erilaisia tapahtumia, esimerkiksi tutkimustoimenpiteitä, taudinmäärittystä, hoitoa taikka tutkimus-, hoito- tai kuntoutussuunnitelman laatimista. Hoito koostuu terveysongelmasta riippuen yhdestä tai useammasta hoitotapahtumasta. Jos 51 §:n mukaisen arvion yhteydessä potilas on lähetetty laboratoriotutkimuksiin, riittävää ei olisi, että näytteenotto toteutuu seitsemässä vuorokaudessa. Potilasta tulee alkaa hoitaa hänen oirekuvansa mukaan ja suunnitella hoitoa määräajassa, vaikka joissain tilanteissa tutkimukset jatkuvat hoidon toteuttamisen rinnalla. Samoin hoidon tulee alkaa määräajassa oireiden tai työdiagnoosin perusteella, vaikka nimenomaista taudinmäärittystä ei ole vielä tehty.” (30)

Myös opioidikorvaushoidossa toimitaan potilaan tutkimus- ja hoitotarpeen mukaan. Näin ollen laki edellyttää, että arviointijakson on käynnistyttävä ja sen rinnalla potilaan on saatava tarpeellista muuta hoitoa 7 vuorokaudessa. Muu hoito voi olla oireenmukaista opioidiriippuvuuden hoitoa tai muiden terveys- ja sosiaalisten ongelmien hoitoa, mikäli sellaisia havaitaan. Korvaushoito aloitetaan, kun korvaushoidon kriteerien täytyminen varmistuu.

Diagnostiikan ja psykososiaalisen hoidon tarpeen varmentaminen ja muiden taustatietojen kerääminen vievät joskus aikaa jopa viikkoja. Tilanteen selvittely ja hoitoon motivoiminen voivat jatkua hoitoarvion jälkeen ja korvaushoidon aikanakin, eikä se saa viivästyttää lääkkeellisen kor-

vaushoidon alkamista, kun on varmistettu, että korvaushoitokriteerit täyttyvät. Päihteiden runsas käyttö tai puutteellinen elämänhallinta voi vaikeuttaa tutkimusajoilla käyntiä, mutta lääkityksen aloittaminen vähentää todennäköisesti päihteiden hankintaan liittyvää kaaosta.

Korvaushoito on aloitettava, kun kriteerien täyttymisestä on varmistettu. Tätä ei saa estää esimerkiksi resurssivaje. Palvelun järjestäjän on osoitettava korvaushoidon toteuttamiseen riittävät voimavarat (Terveydenhuoltolaki 4 §). Hoitoon jonottamiselle on osoitettava selkeä syy hoito-resurssien satureitumisesta, ellei potilasta oteta hoitoon välittömästi. Potilaalle on ilmoitettava hoitoon pääsyn ajankohta. Jos ilmoitettu ajankohta muuttuu, on uusi ajankohta ja muutoksen syy ilmoitettava potilaalle välittömästi (Potilaslaki 4 §).

Arviointi ei johda korvaushoidon aloitukseen, jos kriteerit eivät täyty. Jos kriteerit täyttyvät, mutta potilas ei itse halua korvaushoitoon, voidaan häntä hänen halutessaan auttaa opioideista ja muista päihteistä vieroittautumisessa muilla keinoilla, kuten opioidiavusteisella tai oireenmukaisella vieroituslääkityksellä ja/tai psykososiaalista hoitoa tarjoamalla (Potilaslaki 6 §). Potilaalla on myös oikeus kieltäytyä hoidosta tai siirtää sen aloitus tai arviointi tuonnetmas. Henkilökunnan oikeus rajata lakisääteistä hoitoa oman hoitoideologiansa mukaisesti on vähäisempi.

Nykyisen lain ja hoitotakuuta koskevan lakimuutoksen mukaan hoitotakuun mukaisesti perusterveydenhuollossa toteutettavassa erikoissairaanhoidossa hoidon aloittamisen määräaika voidaan lykätä kolmella kuukaudella (Terveydenhuoltolaki 6. luku 51 §). Tätä ei pidä soveltaa perusmuotoiseen opioidikorvaushoitoon, koska korvaushoito ei edellytä erikoislääkärin arviointia, eikä päihdelääketiede ole terveydenhuoltolain 3 § mukainen erikoissairaanhoidon erikoisala. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon yksiköissä hoidon tarve on arvioitava kolmessa viikossa ja hoitoon päästävä viimeistään 6 kuukaudessa (Terveydenhuoltolaki 6. luku 52 §).

HOIDON KIRJAAMINEN

Kaikki korvaushoitokäynnit kirjataan ainakin toimenpidekoodilla **IFC01** ”Opioidiriippuvaisen korvaushoito”. Lisäksi kirjataan hoidon muu sisältö toimenpideluokituksen mukaisesti. Yhteen hoitotapahtumaan voi siis liittyä monta toimenpidekoodia. Avohoidossa jokainen toimenpide kirjataan erikseen, mutta laitoshoitajaksolle kirjataan sen jakson kattava koodi (esim. vieroitus tai päihdekuntoutus).

Korvaushoitoon sopivat koodit ja niiden käytön opastus on Tiedä ja toimi -kortissa (18) <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2022020217404>.

Kaikki toimenpidekoodit ovat THL:n sivulla <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyspalvelut/toimenpidekoodit-mielenterveys-ja-paihdepalveluissa> ja sieltä päihde- ja mielenterveyshoidossa käytettävät koodit ovat erillisessä xls-tiedostossa kohdassa I-ryhmän toimenpideluokitus.

Rakenteisesta kirjaamisesta ja THL-toimenpideluokituksesta on laajemmin tietoa THL:n sivuilla <https://thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/paihdehoito/paihdehoidon-rakenteinen-kirjaaminen-potilas-ja-asiakastietojarjestelmaan>.

HOIDON TAVOITTEET

Korvaushoidon yleisenä tavoitteena on korvaushoitoasetuksen (642/2023) 2 §:n mukaan kuntoutumisen edellytysten parantaminen ja kuntoutuminen sekä joko päihdeettömyys tai haittojen vähentäminen ja potilaan elämän laadun parantaminen.

Jokaisen potilaan hoidon tarkemmat tavoitteet asetetaan yksilöllisesti hänen tarpeensa ja tilanteensa mukaan yhdessä hänen kanssaan. Korvaushoidon kesto tai tavoitteiden kesto ei määritellä etukäteen. Hoidon tavoitteiden toteutumista arvioidaan säännöllisesti. Jokaisen potilaan kohdalla tulee miettiä, mistä juuri tämä ihminen hyötyy, ja toteuttaa hoito sen mukaisesti.

Potilas määrittelee, tavoitteleeko hän päihdeettömyyttä opioidien käytön lisäksi joidenkin tai kaikkien käyttämiensä päihteiden osalta. Hoito koostuu moniammatillisesta ja tarpeenmukaisesta psy-

kososiaalisesta hoidosta ja kuntoutuksesta, jossa jokaiselle potilaalle asetetaan yksilölliset tavoitteet. Myös laitoshoidon tulee päästä aina tarpeen tullessa esiin.

Hoidon tavoitteena voi olla päihteiden käyttöön liittyvien tavoitteiden lisäksi esim. oma asunto, työn tai opintojen aloittaminen tai jatkaminen, parempi fyysinen ja psyykinen terveys, itsenäinen selviytyminen, toimintakyvyn paraneminen, hyvinvoinnin ja toimeentulon paraneminen tai osallisuuden paraneminen.

Haittojen vähentäminen

Haittojen vähentämisellä pyritään parantamaan potilaan elämänlaatua vähentämällä päihteiden käytöstä hänelle tulevia erilaisia haittoja. Haittojen vähentämiseen pyrkiviä tavoitteita voivat olla esim. suonensisäisen huumeiden käytön väheneminen tai loppuminen, muiden päihderiippuvuuksien parempi hallinta, rikollisuuden väheneminen tai somaattisesti hengenvaarallisten tilanteiden somaattisen hoidon turvaaminen (kuten endokardiitti, sepsis ja muut vaikeat infektiot, yliannostukset). Haittoja vähentävillä tavoitteilla hoidettaessa päihdeongelma on usein vakava, joten varsinaista päihdehoitoa ja tukea voidaan tarvita jopa enemmän kuin päihdeettömyyteen tähtäävässä hoidossa.

Haittoja vähennettäessä korvaushoito ei ole koskaan pelkkää lääkehoitoa. Myös haittojen vähentämisessä tavoitteena on potilaan kuntoutuminen omassa elämässään. Yksilöllisenä kuntoutumisen tavoitteena voi olla esim. asumiseen ja toimentuloon liittyvä eteneminen elämässä, parempi terveys ja hyvinvointi, itsenäinen selviytyminen, toimintakyvyn paraneminen tai osallisuuden paraneminen. Haittoja vähentävä hoito voi olla myös ajankohtaisen tilanteen stabilointia ja ennallaan pitämistä, jolloin tavoite voi olla esimerkiksi sen varmistaminen, että potilas säilyttää asumistilanteensa tai muita asioita, jotka estävät tilanteen edelleen vaikeutumisen ja kuilun syvenemisen. Aina ei mennä edes askelta eteenpäin, vaan riittävä tavoite voi olla nykytilanteen vakauttaminen.

Tavoitteet voivat olla haittoja vähentäviä esimerkiksi seuraavissa tilanteissa:

- Päihteiden käyttö on huomattavan pitkäaikaista ja tilanne on monin tavoin komplisoitunut tai potilas ei ole kyennyt lopettamaan/vähentämään päihteiden käyttöään.
- Potilaalla on vakava-asteisia muita psykiatrisia ja/tai somaattisia sairauksia tai häiriöitä, jotka huomattavasti vaikeuttavat kuntoutumista (esim. kognitiivisen tason lasku, vaikea persoonallisuushäiriö, vaikea säännöllistä hoitoa vaativa somaattinen sairaus) tai jotka voisivat vaikeutua korvaushoidon lopettamisen jälkeen.
- Tilanteet, jolloin potilaalla on opioidien käyttöön liittyvä henkeä uhkaava somaattinen tilanne (esim. endokardiitti). Näissä tilanteissa korvaushoidon tarpeen arviointi ja aloitus pyritään tekemään nopeasti. Jos opioidiriippuvuus on johtanut vakavaan sairastumiseen, on lääketieteellisesti perusteltua pyrkiä aloittamaan adekvaatti hoito mahdollisimman nopeasti, koska se saattaa olla potilaan hengen pelastava. Myös näissä tilanteissa korvaushoidon tavoite arvioidaan yksilöllisesti, joten tietenkin myös kuntouttava hoito on mahdollinen.

YKSILÖLLINEN HOITOSUUNNITELMA

Korvaushoidon hoitosuunnitelma voidaan tehdä, kun siihen tarvittavat tiedot on saatu kerättyä (vähintään todettu opioidiriippuvuus ja vieroittumisen edellytysten puuttuminen).

Korvaushoidon hoitosuunnitelma laaditaan arviointijakson perusteella yhteistyössä potilaan kanssa häntä jatkuvasti motivoiden. Suunnitelmaan kirjataan perusteluineen hoidon tavoitteet, potilaan muu lääketieteellinen ja psykososiaalinen hoito, kuntoutus ja seuranta (taulukko 8). Tarkka kuvaus hoitosuunnitelmasta ja sen mahdollisista osa-alueista on liitteessä 1.

Taulukko 8. Korvaushoidon aloitusvaiheen hoitosuunnitelman sisältö.

Korvaushoidon aloituksen hoitosuunnitelmassa pohditaan ja kirjataan
• korvaushoidon tavoite (esim. päihdeettömyys/haittoja vähentävät tavoitteet)
• suositeltava lääke ja lääkemuoto perusteluineen
• hoidon aloituspaikka ja -tapa sekä suunnitelma korvaushoidon toteuttajaksi (perus- vai erityistaso)
• päihdehäiriöiden diagnoosit
• suunnitelma muiden päihderiippuvuuksien hoidoksi
• muut psykiatriset ja somaattiset diagnoosit siltä osin, kun ne ovat tiedossa
• tarvittavat somaattiset ja psykiatriset jatkotutkimukset
• sosiaalinen tilanne: asuminen, mahdolliset tulossa olevat tuomiot, muu tuen tarve.

Jos potilaalla on muita päihderiippuvuuksia kuin opioidiriippuvuus, hänelle annetaan tietoa näiden päihdeiden vaikutuksista, kerrotaan vieroittautumismahdollisuuksista ja motivoidaan vieroittautumaan. Potilaan kanssa määritetään myös muiden riippuvuuksien hoitotavoitteet ja laaditaan alustava vieroitus suunnitelma.

Mikäli esimerkiksi psykiatriset tutkimukset jatkuvat vielä korvaushoitopäätöksen jälkeen, arviointi- ja tutkimusjakson päätteeksi laaditaan näiden osalta tutkimus- ja hoitosuunnitelma yhdessä potilaan kanssa.

Mikäli korvaushoidon tarpeen arvioinnin tekee eri taho kuin missä korvaushoito jatkuu, esimerkiksi erillinen korvaushoidon arviointipoliklinikka tai kokonaan muu hoitoyksikkö, on erityisen tärkeää, että tieto kulkee arvioinnin tehneeltä taholta potilaan tulevaan korvaushoitoyksikköön. Yhteydenpidossa arvioinnin tekijän ja korvaushoidon toteuttajan välillä on keskeistä pitää potilas mukana.

Liitteessä 1 on esimerkki fyysisen terveydentilan selvittämisen osa-alueista hoitosuunnitelman teon yhteydessä. Mikäli kaikkia listan asioita ei pystytä arviovaiheessa selvittämään, tilanteen korjaus jatkuu hoidon alkaessa.

HOITOSOPIMUS

Korvaushoidon tukena on aiemmin laajasti käytetty hoitosopimusta hoidon sääntöjen tarkentamiseen. Allekirjoitettavista hoitosopimuksista on kuitenkin jo monin paikoin luovuttu. Hoitosopimusta oleellisempaa on tehdä kaikille potilaille yksilöllinen hoitosuunnitelma, jossa on määritelty potilaskohtaiset asiat ja jota päivitetään.

Hoitopaikan järjestyssäännöt ovat samat kaikille potilaille riippumatta korvaushoidosta olemisesta. Hoitosopimukseen kirjattavat asiat voivat hoitosopimuksen sijasta olla esimerkiksi yksikön potilasesitteessä, joka annetaan potilaalle hoidon alkaessa ja jota potilaan ei tarvitse allekirjoittaa. Yksilöllisen harkinnan pohjalta voidaan arvioida, paraneeko yksilön hoitoon sitoutuminen ja hoitotulos, jos hänelle laaditaan hoitosopimus.

Hoitosopimuksella voidaan huumeongelmien Käypä hoito -suosituksenkin mukaan pyrkiä parantamaan potilaan kiinnittymistä hoitoon ja hoitotulosta. Hoitosopimus on siis hoidossa käytettävä apuväline. Hoitosopimuksella tai sen rikkomisella ei ole välittömiä oikeudellisia vaikutuksia. Hoitosopimuksessa voidaan ilmaista, millaisin edellytyksin hoitava taho pitää hoitoa lääketieteellisesti perusteltuna. Tämä voi sisältää esimerkiksi korvaushoitoyksikön säännöt ja yksikössä noudatettavat korvaushoidon arjen käytännöt. Hoitosopimus tulee kirjoittaa selkeällä kielellä ja sopimuksen sisältö selostaa potilaalle niin, että potilas on tietoinen siitä, minkälaiseen hoitoon on tulossa. Monissa hoitopaikoissa potilas on allekirjoittanut hoitosopimuksen korvaushoitoa aloittaessaan. Potilasta ei voi pakottaa allekirjoittamaan hoitosopimusta osana korvaushoitoa. Esimerkki hoitosopimuksen merkityksestä ja sen pohdinnasta päihdehoidossa on eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisussa 2686/2021 (31).

Terveydenhuollon lainsäädäntöön kuuluu yleisenä periaatteena, että potilaan hoitoa ei voi lopettaa rangaistuksena hänen käyttäytymisestään. Esimerkiksi potilaan hoidon lopettamista vastoin hänen tahtoaan ei voi perustella hoitosopimuksen rikkomisella. Hoitosopimuksen tai yksikön järjestyssääntöjen rikkominen voi kuitenkin antaa hoitavalle taholle aihetta harkita, voidaanko hoitoa jatkaa yhteisymmärryksessä potilaan kanssa lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. Päätöksenteossa on noudatettava voimassa olevaa lainsäädäntöä, kuten potilaslain säännöksiä. Lisäksi on huomioitava hallinnon yleisiin oikeusperiaatteisiin kuuluva suhteellisuusperiaate, jonka mukaan viranomaisten toimien on oltava oikeassa suhteessa tavoiteltavaan päämäärään. (31)

APTEEKKISOPIMUS

Apteekkisopimus on lääkelain 55 b §:ään perustuva potilaan ja hoitavan lääkärin välinen kirjallinen sopimus, jossa potilas suostuu siihen, että sopimuksessa määriteltyjen lääkkeiden määrääminen rajataan yhdelle lääkärille tai yhden yksikön lääkäreille ja lääkkeiden toimittaminen rajataan yhteisen apteekkiin. Apteekki tiedottaa apteekkisopimuksesta tietoturvallisen verkkoratkaisun avulla kaikkia muita Suomen apteekkeja, jotka pidättäytyvät toimittamasta potilaalle pkv-, huumausaine- tai muita sopimukseen kuuluvia lääkkeitä. Lääkelain mukaan lääkkeiden määräämisen ja toimittamisen rajaamisen lisäksi potilas suostuu apteekkisopimuksessa siihen, että hänen valitsemansa sopimusapteekki voi välittää salassapitosäännösten estämättä hoidon toteutumisen arvioimiseksi välttämättömät potilasta koskevat tiedot hoitavalle lääkärille. Lääkärin on kerrottava potilaalle ennen apteekkisopimukseen sitoutumista apteekin oikeudesta luovuttaa kyseiset tiedot. (32)

Apteekkisopimusta edellytetään korvaushoitoasetuksen mukaisesti niiltä potilailta, joille on määrätty reseptillä apteekista toimitettavaksi buprenorfiini-naloksonikorvaushoitolääkettä. Apteekkisopimus on erittäin suositeltava myös kaikille muille korvaushoitopotilaille, joille määrätään väärinkäyttöön sopivia lääkkeitä tai joilla on hoidollisesta syystä tarpeen rajata väärinkäyttöön soveltuvien lääkkeiden saantia. Apteekkisopimus on näille potilaille tarpeen riippumatta siitä, määrätäänkö heille korvaushoitoyksiköstä sopimuksen piiriin kuuluvia lääkkeitä.

Apteekkariliitto on tehnyt ohjeen apteekkisopimuksista (33). Apteekkisopimusjärjestelmää ollaan päivittämässä ja se on siirtymässä Kanta-järjestelmään arviolta 2026.

BUPRENORFIINIHOIDON ALOITUS

Kielenalusvalmisteiden aloitus avohoidossa

Hoidon aloitusvaiheessa tulee huolehtia siitä, että potilas tapaa työntekijää riittävän usein ja saa tarpeitaan vastaavaa tukea heti hoidon alkaessa.

Avohoitoaloituksessa sovitaan edeltävästi potilaan kanssa, ettei hän käytä buprenorfiinia tai muita opioideja 24 tuntiin ennen korvaushoidon sovittua aloitusta. Korvaushoitolääkitys aloitetaan, kun opioidivieroitusoireita on havaittavissa.

Buprenorfiinin annos arvioidaan potilaan aiemman käytön, oletetun toleranssin ja potilaan voinnin havainnoinnin perusteella. Kielenalusvalmisteiden biologinen hyötyosuus on noin 30 %, joten tarvittavaa annosta voi karkeasti arvioida kertomalla vieroitusoireet poissa pitävä parenteraalinen buprenorfiiniannos kolmella. Tässä tulee huomioida, että potilaan käyttämä ja vieroitusoireet poissa pitävä annos eivät aina ole sama asia.

Aloituserä ja annosnostot arvioidaan yksilöllisesti potilaan vieroitusoireiden ja voinnin mukaan, esimerkki on taulukossa 9. Ensimmäisten päivien jälkeen voidaan potilaan voinnin ja arvioidun tavoitetason mukaan jäädä tasolle 12–16 mg seuraamaan annoksen sopivuutta. Tavoiteannostukseen kannattaa kuitenkin pyrkiä nopeasti, koska liian alhainen korvaushoitolääkkeen annos voi lisätä päihteiden käyttöä.

Taulukko 9. *Buprenorfiini-naloksonihoidon aloitus.*

Hoitovuorokausi	Buprenorfiini-naloksonin annos
1.	4-8 mg
2.	8-12 mg
3.	12-16 mg

Mikäli opioidien käyttömäärät ovat pienehköjä (buprenorfiini \leq 4 mg/vrk) tai käyttö ei ole ollut suonensisäistä, annosnostoissa on usein syytä edetä hitaammin, vointia ja vastetta seuraten.

Joskus voi olla tarpeen nostaa buprenorfiinin annosta 20-24 mg:aan erityisen huolellisen tilanteen kokonaisarvioinnin perusteella. Muu lääkitys tulee tarkistaa interaktioiden varalta. Suurten kielenalusvalmisteiden annosten vaihtoehtona usein on myös injektiovalmiste tai metadoni, jos esteitä niille ei ole ja potilas on suostuvainen.

Yliannostus- ja vieroitusoireita voidaan arvioida COWS ja SOWS-mittarein kahdesti: 1-3 tuntia lääkkeen ottamisesta, jolloin seerumin lääkepitoisuus ja lääkkeen vaikutus on keskimäärin korkeimmillaan, sekä ennen seuraavaa lääkennosta. Näiden ajankohtien välillä pisteissä on yleensä selkeä ero. Huippupitoisuuden aikaan vieroitusoireita ei juuri pitäisi olla, kun taas ennen lääkettä vieroitusoireet ovat voimakkaimpia.

Nopeasti liukenevat resoribletit

Kun tässä oppaassa käsitellään buprenorfiini-naloksonivalmisteita, yleisesti niillä viitataan Suboxoneen, Bunalictiin ja vastaaviin valmisteisiin, joissa buprenorfiinimäärä on esim. 2 mg, 8 mg, 12 mg tai 16 mg. Nopeasti liukenevan buprenorfiinia ja naloksonia sisältävän kielenalustabletin (tällä hetkellä kauppanimellä Zubsolv) annokset poikkeavat muiden kielenalusvalmisteiden annoksista taulukon 10 mukaisesti. Suomessa on saatavilla toistaiseksi vahvuudet 1,4, 5,7 ja 11,4 mg, joita voi myös yhdistellä, vaikka valmistajan suositus on, että pyritään vain yhden kielenalustabletin annokseen.

Taulukko 10. *Zubsolv-resoriblettien annosten vastaavuus muihin buprenorfiini-naloksoni-valmisteisiin verrattuna.*

Zubsolv (mg)	Suboxone ja muut kielenalusvalmisteet (mg)
1,4	2
2,8 (2 × 1,4)	4
5,7	8
8,5 (5,7 + 2,8)	12
11,4	16
12,8 (11,4+1,4)	18
17,2 (11,4+5,7)	24

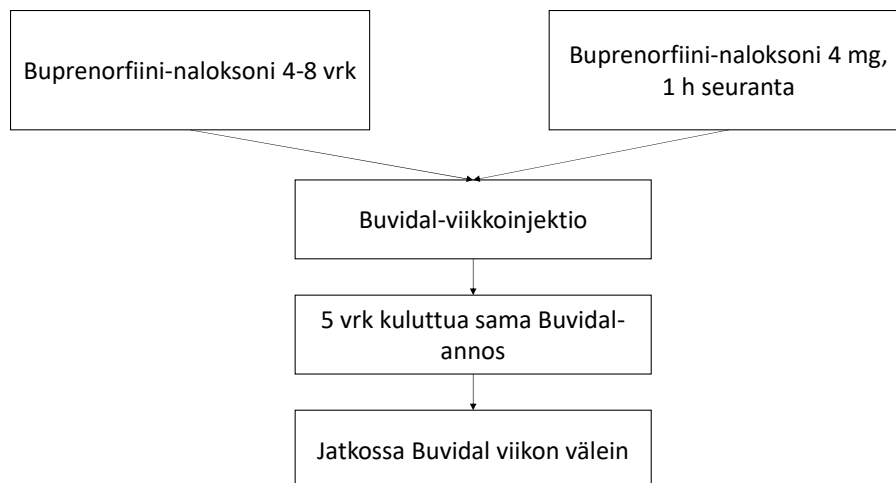
Zubsolv voidaan aloittaa antamalla 2,8 mg tai 5,7 mg aloitusannos ja nostamalla seuraavana vuorokautena voinnin ja potilaan havainnoinnin mukaan tarvittavalla määrällä verraten annosta taulukkoon 9. Potilaan voinnin ja arvioidun tavoitetason mukaan voidaan jäädä seuraamaan lääkettä esimerkiksi annokselle 11,4 mg. Maksimiannos on 17,2 mg/vrk.

Injektiohoidon aloitus avohoidossa

Buvidal

Buvidal voidaan aloittaa joko suoraan injektiohoitona tai aloittamalla hoito ensin kielen alle annosteltavalla buprenorfiini-naloksonilla ja siirtymällä Buvidaliin noin viikon kuluttua (Kuva 1). Mikäli korvaushoito aloitetaan suoraan injektioilla, tulee huolehtia potilaan seurannasta ja kiinnittymisestä hoitoon siten, että potilas käy tarpeensa mukaisesti riittävän usein korvaushoitoyksikössä myös injektioiden välissä.

Jos injektiohoito aloitetaan suoraan ja potilas ei ole aiemmin käyttänyt buprenorfiinia, hänelle annetaan 4 mg buprenorfiinia resoriblettina tai kalvona ja häntä tarkkaillaan vähintään tunnin ajan ennen ensimmäisen viikkoannoksen antamista. Näin varmistetaan, että potilas sietää buprenorfiinia. Viikoittaisen injektiohoidon aloituksessa hyväksi käytännöksi on muodostunut antaa toinen annos jo 5 vrk kuluttua ensimmäisestä ja tämän jälkeen injektiot viikon välein.



Kuva 1. Buvidal-viikkoinjektioiden aloitusesimerkki.

Jos potilas raportoi vieroitusoireita 1-3 vrk kuluessa ensimmäisestä injektioista, kyseessä on todennäköisesti liian suuri annos. Tällöin kehoitetaan potilasta rauhassa odottamaan lääkkeen vaikutuksen tasaantumista ja seuraava injektio annetaan seitsemän vuorokauden kuluttua edellisestä injektioista. Annos voi olla sama, sillä todennäköisesti lääkkeen vaikutus tasaantuu. Jos sama toistuu toisen viikon injektion jälkeen, tulee harkita annoksen laskua.

Mikäli potilas raportoi vieroitusoireita neljän tai useamman vuorokauden kuluttua ensimmäisestä injektioista, voidaan antaa 8 mg lisäannos injektiona. Seuraavan viikon annos on edellisviikon aikana annettu kokonaisannos eli ensimmäinen injektio + mahdollinen lisäinjektio.

Laitoshoidon aikana voidaan tarvittaessa lisäinjektion vaihtoehtona antaa ylimääräinen kielenalusvalmistein annos esim. 2 mg/vrk seuraavaan injektioon asti.

Buvidal-injektioiden yhdisteleminen

Lääkevalmistajalta saadun kokemusperäisen tiedon ja alustavien farmakokineettisten kokeiden perusteella poikkeustilanteessa on mahdollista yhdistellä Buvidal-injektiovalmisteita tarvittavan korvaushoitolääkeannoksen saamiseksi.

Esimerkki 1: potilaan korvaushoitoannos on Buvidal 32 mg/viikko, mutta yksikössä ei ole tuota annoskokoa, jolloin tarvittava annos voidaan koostaa kahdesta samalla antokerralla annettavista Buvidal 16 mg injektioista.

On huomioitava, että samannimisyydestään huolimatta Buvidal-viikkoinjektio ja Buvidal-kuukausi-injektiot ovat eri lääkevalmisteita.

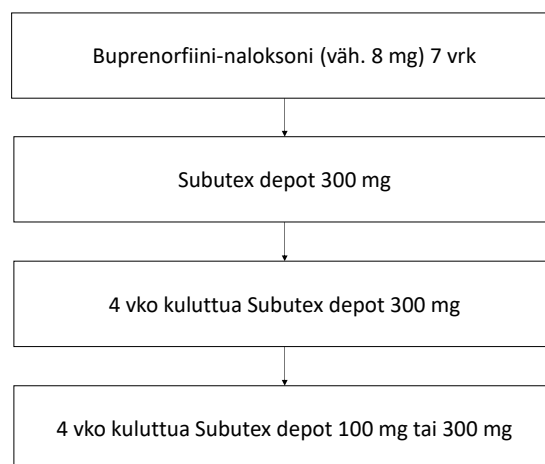
Esimerkki 2: Potilaan lääkitys on Buvidal 64 mg/kuukaudessa, jota EI voi poikkeustilanteessa korvata kahdella samalla antokerralla annettavalla Buvidal 32 mg viikkoinjektioilla.

Subutex depot

Injektiohoito aloitetaan antamalla kielenalusvalmistetta (vähintään 8 mg) vähintään 7 vrk ajan. Tämän jälkeen annetaan Subutex depot 300 mg ja 4 viikon kuluttua uusi 300 mg annos. Kolmannen injektion kohdalla (8 viikon jälkeen aloituksesta) arvioidaan, tarvitaanko jatkossa 100 mg vai 300 mg annos. Aloituskaavio on kuvassa 2.

Yleensä 100 mg 4 viikon välein on riittävä annos ylläpito-hoidossa. Jotkut saattavat tarvita 4-6 kuukauden kohdalla 300 mg annoksen 1-2 kertaa, jonka jälkeen voidaan yleensä palata 100 mg annokseen. Jos opioidiriippuvuus on vaikea tai esimerkiksi opioidihimo jatkuu 100 mg annoksella, saatetaan tarvita 300 mg ylläpitoannos.

Mikäli sublinguaalinen buprenorfiiniannos on alle 8 mg/vrk, suositellaan Buvidalia tai muita antotapoja.



Kuva 2. *Subutex depot -injektioiden aloituskaavio.*

BUPRENORFIINIHOIDON ALOITUS LAITOSHOIDOSSA

Kielenalusvalmisteiden aloitus laitoshoidossa

Laitoshoitoon tullessa seurataan potilasta siten, että voidaan varmistua, ettei hän ole käyttänyt runsaasti opioideja tai muita sedatiivisesti vaikuttavia aineita juuri ennen opioidikorvaushoidon aloitusta. Korvaushoito voidaan aloittaa, kun vahvojen opioidien käytöstä on vähintään 24 h ja opioidien vieroitusoireet ovat havaittavissa. Ylimääräisen lääkkeettömän päivän tarvetta on syytä arvioida joidenkin erityisten potilasryhmien kohdalla (iäkkäät tai potilaat, joiden maksan tai munuaisten toiminta on merkittävästi heikentynyt).

Buprenorfiinin aloitusannos arvioidaan potilaan aiemman käytön ja potilaan voinnin arvion perusteella. Kielenalusvalmisteiden biologinen hyötyosuus on noin 30 %, joten tarvittavaa annosta voi karkeasti arvioida kertomalla vieroitusoireet poissa pitävä parenteraalinen buprenorfiinians annos kolmella. Tässä tulee huomioida, että potilaan käyttämä ja vieroitusoireet poissa pitävä annos eivät aina ole sama asia.

Lääkeannoksen nosto voidaan tehdä samoin kuin avohoidossa: aloitusannos 4-8 mg/vrk, josta nosto vieroitusoireiden voimakkuuden ja potilaan toleranssin mukaan seuraavana päivänä 8-12 mg:aan ja kolmantena päivänä 12-16 mg:aan.

Vähäisessä tai tuntemattomassa toleranssissa aloitusannos voi olla pienempi. Jos potilas ei ole käyttänyt buprenorfiinia suonensisäisesti tai käyttömäärät ovat olleet pieniä (buprenorfiini \leq 4 mg/vrk), saattaa nosto tasolle 8-12 mg riittää. Arvio on siis aina yksilöllinen.

Zubsolv aloitetaan ja annosta nostetaan, kuten avohoidossa.

Yliannostus- ja vieroitusoireita voidaan arvioida COWS ja SOWS-mittarein kahdesti: 1-3 tuntia lääkkeen ottamisesta, jolloin seerumin lääkepitoisuus on keskimäärin korkeimmillaan, sekä juuri ennen seuraavaa lääkeannosta. Akuuttien vieroitusoireiden väistyttyä tilannetta ja voinnin vakiintumista on hyvä seurata laitoshoidossa ainakin muutamien päivien ajan. Mikäli laitosaloituksen aikana tehdään vieroitus päihteistä, korvaushoitolääkkeen kantavuutta voi olla vaikea arvioida ennen muiden aineiden vieroitusoireiden väistymistä.

Injektiohoidon aloitus laitoshoidossa

Mikäli potilas ei ole aiemmin ollut buprenorfiinikorvaushoidossa tai buprenorfiinitoleranssi on muuten vaikeasti arvioitavissa, laitoksessa hoito aloitetaan kielenalusvalmisteella. Kun potilaan tarvitsema annos on seurannan perusteella tiedossa, voidaan siirtyä injektioihin.

Laitoshoidossa injektiohoito voidaan aloittaa samalla tavalla kuin avohoidossa. Muut tarvittavat vieroitukset voidaan tehdä tavanomaisesti, injektiohoidon aloituksesta riippumatta.

Aloitustapaan vaikuttaa myös potilaan laitosisjakson pituus ja avohoidon seurannan mahdollisuudet. Injektion oikeaa annosta voi olla vaikea saada määritettyä lyhyen vieroitusjakson aikana, joten jos potilas kotiutuu aloitusjaksolta suoraan korvaushoitoyksikköön, siellä on järjestettävä riittävä voinnin seuranta sopivan annostason arvioimiseksi.

METADONIHOIDON ALOITUS

Metadonihoidon aloitus laitoshoidossa

Äkillisen metadonin aiheuttaman hengitysvajausoireyhtymän riskin (22) ja yleisesti metadonihoidon aloitukseen liittyvän kohonneen kuoleman riskin (8) takia metadonihoidon tulisi pääsääntöisesti aloittaa laitoshoidossa. Metadonihoidon aloitetaan aina laitoshoidossa, mikäli potilaan elämäntilanne on epävakaa tai hänellä on opioidien käytön lisäksi merkittävästi muuta päihdekäyttöä.

Metadonihoidon aloitetaan, kun opioidien vieroitusoireet ovat objektiivisesti havaittavissa eikä potilas ole päihtynyt mistään aineista. Ylimääräisen lääkkeettömän päivän tarvetta on syytä arvioida

erityisesti, mikäli kyseessä on iäkäs potilas, tai potilaan maksan tai munuaisten toiminta on heikentynyt.

Mikäli kyseessä on ensimmäistä kertaa aloitettava metadonihoito, tulopäivän jälkeisenä päivänä metadoni aloitetaan yleensä annoksella 20 mg. Annosta nostetaan 5 mg joka toinen päivä, yhteensä noin 20 mg/viikko huomioiden vaste (vieroitusoireet, aineenhimo, yliannostusoireet). Maksimiannos ensimmäisen viikon lopussa on yleensä 40 mg/vrk. Hoitoaika on yleensä 2–3 viikkoa. Aloitusjakson jälkeen metadoniannos on usein tasolla 60 mg. Jatkossa tulee arvioida metadoninannoksen riittävyttä ja jatkaa tarvittaessa annosten nostamista riittävälle tasolle.

Mikäli potilas on ollut metadonihoidossa aiemmin ja aloitus on sujunut ongelmitta, voidaan tarvittaessa harkita esimerkiksi aloitusannosta 20–40 mg ja 5–10 mg annosnostoja 2–5 päivän välein, yksilöllisen arvion mukaisesti.

Yliannostus- ja vieroitusoireita voidaan arvioida COWS ja SOWS-mittarein kahdesti päivässä: 3–5 tuntia lääkkeen ottamisesta, jolloin seerumin lääkepitoisuus ja lääkkeen vaikutus on keskimäärin korkeimmillaan, sekä ennen seuraavaa lääkeannosta.

Korvaushoidon aloitusjakson jälkeen metadoniannoksen riittävyttä ja annosnoston tarvetta arvioidaan systemaattisesti. Annosta nostetaan edelleen esim. 5–7 vrk välein, kunnes potilaalla ei ole vieroitusoireita. Annos 60–120 mg on yleensä riittävä, mutta metadonin farmakokinetiikassa on yksilöllistä vaihtelua, ja jotkut saattavat tarvita isompia annoksia. Mikäli potilaalle on korvaushoidon aloituksen yhteydessä tehty samanaikainen bentsodiatsepiinivieroitus tai muu vieroitus, josta tulee vieroitusoireita, luotettavaa arviointia voi olla vaikea tehdä ennen kuin potilaan muiden aineiden aiheuttamat vieroitusoireet ovat väistyneet. Ks. luvun 3 kohta Korvaushoitopotilaan lääkevasteen seuranta.

Metadonihoidon aloitus avohoidossa

Metadonihoito voidaan harkinnan mukaan aloittaa avohoidossa aiemmin metadonikorvaushoidossa olleille potilaille, joilla on vakaa elämäntilanne ja joilla ei ole yliannostusriskiä lisäävää päihteiden käyttöä tai metadonipitoisuuksiin merkittävästi vaikuttavaa muuta lääkehoitoa.

Avohoidon aloituksissa potilasta on seurattava korvaushoitoyksikössä lääkkeen antamisen jälkeen huippupitoisuuteen asti (noin 4 h lääkkeen ottamisesta). Potilaan kognition tulee olla sillä tasolla, että potilas pystyy seuraamaan ohjeita ja raportoimaan, jos voinnissa tulee esiin jotain poikkeavaa. Avohoidossa metadonihoitoa aloitettaessa potilaalla ei saa olla hallitsematonta muiden päihteiden käyttöä, vaan hänen tulee pystyä pidättäytymään päihteiden käytöstä aloitusjakson ajan.

Levometadonihoidon aloitus

Uudessa korvaushoidon aloituksessa levometadonin aloitusannos on tavallisesti 10 mg/vrk. Jos potilaalla on korkea opioiditoleranssi ja hän on joskus aiemmin ollut metadoni- tai levometadonihoidossa, on 10–20 mg aloitusannos mahdollinen. Annosta suurennetaan 2–3 viikon aikana 5 mg kerrallaan 3–4 vuorokauden välein, yleensä 30 mg:aan, joka vastaa metadonihoidon tasoa 60 mg. Tavallisesti 2–4 viikon vakauttamisjakson jälkeen annosta muutetaan edelleen tarvittaessa 5 mg kerrallaan lääkevasteen ja vieroitusoireiden perusteella.

KORVAUSHOITOLÄÄKKEEN VAIHTAMINEN

Korvaushoitolääkkeen vaihtamisen syynä voivat olla esimerkiksi potilaan kokemat sivuoireet, lääkeaineinteraktiot, halu kokeilla toista valmistemuotoa tai riittämätön hoitovaste.

Lääkkeen vaihto tulee arvioida ja suunnitella huolellisesti. Potilaalle tulee kertoa, miten vaihto tapahtuu ja millaisia haasteita siinä saattaa esiintyä. Vaihto saattaa vaikuttaa potilaan terveyden-

tilaan, vaihtoprosessissa saattaa esiintyä vieroitusoireita ja riski päihteiden käyttöön tai sen pahenemiseen saattaa kasvaa vaihdon aikana.

Buprenorfiinista metadoniin

Vaihto saattaa olla tarpeen, jos korvaushoitolääkkeen lisäksi esiintyy

- buprenorfiinin suonensisäistä käyttöä
- ylimääräisten opioidien käyttöä riittävästä korvaushoitolääkeannoksesta huolimatta
- jos buprenorfiini ei korkeasta annoksesta huolimatta riitä opioidihimon poistamiseen tai vieroitusoireiden poissa pitämiseen.

Vaihto buprenorfiinista metadoniin tehdään aina laitoshoidossa, mikäli potilas ei ole aiemmin ollut metadonikorvaushoidossa tai mikäli potilaalla on päihteiden käyttöä, josta vieroitetaan vaihdon yhteydessä (ks. kohta Metadonihoidon aloitus edeltä).

Metadonista buprenorfiiniin

Mikäli metadonihoidossa olevalla on runsasta, lääketurvallisuutta vaarantavaa sedatiivisten lääkkeiden tai huumeiden tai alkoholin käyttöä hoidon tehostamisesta huolimatta, metadonin vaihtamista buprenorfiiniin voidaan harkita pienemmän yliannosriskin vuoksi.

Stabiilissa korvaushoidossa olevan potilaan lääkevaihto metadonista buprenorfiiniin voidaan tehdä avohoidossa. Tilanne on arvioitava aina yksilöllisesti. Mikäli metadoniannos on ollut korkea tai muita komplisoivia tekijöitä esiintyy, suositellaan vaihtoa laitoshoidossa.

Metadonista levometadoniin

Jos metadonihoidossa QTc-aika pidentyy merkittävästi, vaihdetaan ensisijaisesti levometadoniin ja tarvittaessa buprenorfiiniin.

Buprenorfiinin kielenalusvalmiste → injektio tai implantaatti

Buvidal

Potilaat, jotka ovat jo käyttäneet buprenorfiinikorvaushoitoa, voivat siirtyä suoraan viikoittain tai kuukausittain annettavaan Buvidal-hoitoon. Aloitus tehdään viimeistä päivittäistä buprenorfiiniannosta seuraavana päivänä alla olevan annosohjeistuksen (taulukko 11) mukaisesti. Annoksia voi suurentaa tai pienentää, ja potilas voidaan siirtää viikoittain käytettävästä valmisteesta kuukausittain käytettävään valmisteeseen tai päinvastoin yksilöllisen tarpeen mukaan. Potilaan terveydentilaa on seurattava tarkasti hoidon vaihtamista seuraavan annosjakson aikana.

Annossuositukset verrattuna päivittäiseen buprenorfiini-naloksoniin ovat taulukossa 11. Taulukon annosvahvuuksien vastaavuudet ovat viitteellisiä. Tämänhetkisen kliinisen kokemuksen mukaan hoidossa saatetaan tarvita hieman suurempia viikko- tai kuukausiannoksia kuin mitä taulukossa on mainittu.

Taulukko 11. Tavanomaiset päivittäiset hoitoannokset käytettäessä kielen alle annosteltavaa buprenorfiini-naloksonia ja suositellut vastaavat viikoittaiset ja kuukausittaiset Buvidal-annokset

Päivittäisen buprenorfiini-naloksonin kielenalusvalmisteiden annos	Buvidal-viikkoinjektion annos	Buvidal-kuukausi-injektion annos
2–6 mg	8 mg	
8–10 mg	16 mg	64 mg
12–16 mg	24 mg	96 mg
18–24 mg	32 mg	128 mg
26–32 mg		160 mg

Viikkoinjektiossa pyritään 7 vrk:n välein tapahtuvaan annosteluun viimeistään neljännen injektion jälkeen. Mikäli potilas kokee, ettei viikkoinjektio riitä, arvioidaan annosnoston tarvetta tai kuukausi-injektion mahdollisuutta.

Mikäli tavanomaista annosväliä on siirrettävä esim. potilaan työtilanteen tai matkan vuoksi, voidaan annosväliä muuttaa. Viikkoannoksen voi antaa 5-9 vrk edellisestä annoksesta eli 1-2 päivää ennen tavanomaista viikoittaista antoajankohtaa tai 1-2 päivää sen jälkeen. Kuukausiannoksen voi antaa 3-5 viikkoa edellisestä annoksesta eli enintään viikkoa ennen tavanomaista kuukausittaista antoajankohtaa tai viimeistään viikko sen jälkeen.

Mikäli annos jää väliin, seuraava annos on annettava niin pian kuin se on käytännössä mahdollista. Potilaan on siis mahdollista saada seuraava viikkoinjektio 5-9 vrk:n kuluttua edellisestä viikkoinjektioista. Mikäli potilas saapuu hakemaan viikkoinjektioita vasta, kun yli 9 vuorokautta on kulunut edellisestä, annetaan vahvuudeltaan 8 mg pienempi viikkoinjektioannos kuin edellinen. Mikäli potilas kokee tämän riittämättömäksi, siirrytään seuraavalla injektioikerralla takaisin entiseen vahvuuteen. Mikäli potilas jättää toistuvasti saapumatta sovituille viikkoinjektioille, arvioidaan lääkärin kanssa hoidon jatkamisen vaihtoehdot.

Kuukausi-injektio voidaan antaa 3-5 viikon välein. Mikäli potilas saapuu seuraavalle injektioille yli viisi viikkoa edellisestä, annetaan vahvuudeltaan 32 mg pienempi kuukausi-injektioannos kuin edellinen. Mikäli potilas kokee tämän riittämättömäksi, voidaan seuraavalla injektioikerralla siirtyä takaisin entiseen vahvuuteen. Mikäli potilas jättää toistuvasti saapumatta sovituille kuukausi-injektioille, arvioidaan lääkärin kanssa hoidon jatkaminen. Jos hoitoon sitoutuminen kuukausi-injektioilla on heikkoa, siirtyminen väliaikaisesti viikkoinjektioille tai päivittäisille kielenalusvalmisteille voi olla perusteltua ja mahdollistaa potilaan paremman seurannan ja psykososiaalisen tuen lisäämisen.

Kuukausi-injektioon voidaan siirtyä potilaan näin toivoessa lääkärin päätöksellä. Edellisestä viikkoinjektioannoksesta tulee siirron yhteydessä olla kulunut vähintään 5 vuorokautta.

Viikkoinjektioon voidaan siirtyä kuukausi-injektioista potilaan näin toivoessa lääkärin päätöksellä. Edellisestä kuukausi-injektioista on tällöin oltava kulunut vähintään 3 viikkoa. Hoidon kuluessa voidaan antaa tarvittaessa 8 mg:n täydennysinjektioita lääkärin määräyksestä. Jos potilaan hoito vaihdetaan buprenorfiinin kielenalusvalmisteeseen, se tehdään 5-7 vrk kuluttua viimeisestä injektio-buprenorfiinin viikkoannoksesta tai 3-4 viikon kuluttua viimeisestä kuukausiannoksesta (ks. taulukko 11 annosvastaavuuksista).

Mikäli edellisestä viikoittaisesta injektioista on > 14 vrk tai kuukausittaisesta injektioista > 8 viikon tauko, tulee harkita kokonaan uutta aloitusjaksoa aloituskaavion mukaisesti.

Subutex depot

Hoito aloitetaan 300 mg valmisteella, jota annetaan kahdesti 4 viikon välein. Tämän jälkeen annetaan 4 viikon välein 100 mg tai 300 mg.

Sixmo-implantaatti

Aiemmin kielen alle annosteltavalla buprenorfiinilla tai buprenorfiini-naloksonilla hoidettujen potilaiden täytyy käyttää kielenalusvalmisteesta kiinteää 2–8 mg:n vuorokausiannosta vähintään 30 vuorokauden ajan, ja tilan on oltava vakaa ennen implantaatin asentamista. Implantaatin asentaminen vaatii olosuhteet, joissa voi tehdä pienkirurgisia toimenpiteitä, sekä etukäteen käydyn implantaatin asettamis- ja poistamiskoulutuksen. Implantaatit poistetaan 6 kk kuluttua asentamisesta. Tarvittaessa hoitoa voidaan jatkaa toiset 6 kk uusilla implantaateilla.

Buprenorfiini-injektio → kielenalusvalmiste

Buvidal-injektiosta voidaan siirtyä kielenalusvalmisteeseen päivänä, jolloin injektio annettaisiin. Kielenalusvalmisteen annos voi olla annosmuuntotaulukon mukainen tai tarvittaessa, jos annostelu tai potilaan muu vointi on epävarma, myös hieman alhaisempi. Päivittäisellä annostelulla voidaan potilaan vointia seurata ja nostaa annosta tarpeen mukaan.

Subutex depot pitää buprenorfiinipitoisuuden plasmassa korkeana pitempään, joten suunniteltuna injektiopäivänä annetaan pienempi annos, esimerkiksi 8 mg. Tällä annoksella seurataan potilaan vointia ja kliinisen tarpeen (vieroitusoireet, opioidihimo, päihtymys, päihteiden käyttö) mukaan nostetaan annosta viikkojen tai päivien kuluessa.

Buprenorfiini-injektiosta toiseen vaihtaminen

Subutex depot vaihdetaan Buvidaliin taulukon 12 mukaisesti.

Buvidal viikko- tai kuukausi-injektiolta vaihdetaan Subutex depot 300 mg annokseen, joka annetaan kahdesti kuukauden välein. Tämän jälkeen jatketaan voinnin mukaan joko 100 mg tai 300 mg valmisteella. Poikkeus on Buvidalin kuukausiannos on 64 mg, josta vaihdetaan Subutex depot 100 mg annokseen.

Taulukko 12. *Vaihtokaavio Subutex depot -valmisteesta Buvidaliin.*

Subutex depot annos	Buvidal annos/vko	Buvidal annos/kk
100 mg	24 mg	96 mg
300 mg	32 mg	160 mg

Buprenorfiinin kielenalusvalmiste → metadoni

EKG otetaan ennen metadonihoidon aloitusta ja vähintään aloitusjakson lopulla. Mikäli QTc-aika on pidentynyt, otetaan EKG lisäksi jo ensimmäisen hoitoviikon lopulla.

Mikäli potilaan buprenorfiiniannos on yli 16 mg, suositellaan korvaushoitoyksikössä laskemaan potilaan buprenorfiiniannosta siten, että edellisenä päivänä ennen hoidon aloitusta buprenorfiiniannos on 16 mg. Edellisestä buprenorfiiniannoksesta täytyy olla vähintään 1 vrk ja vieroitusoireiden on oltava havaittavissa ennen metadonihoidon aloitusta.

Metadonihoito aloitetaan yleensä annoksella 20 mg normaalin aloituskäytännön mukaan. Mikäli potilaan käyttämä buprenorfiiniannos on ollut ≥ 12 mg ja hän on aiemmin ollut metadonikorvaushoidossa, voidaan aloittaa 40 mg metadoniannoksella. Metadoniannoksen nostaminen ja voinnin arviointi tehdään metadonin aloitusohjeen mukaisesti.

Buprenorfiini-injektio → metadoni

Mikäli potilas on ollut buprenorfiinin injektio- ja kielenalusvalmisteen kanssa, voidaan ensin siirtyä vastaavaan kielen alle annosteltavaan buprenorfiini-naloksonivalmisteeseen. Viikkoinjektioista kielenalusvalmisteseen siirryttäessä tasausvaiheeseen kuuluu yleensä noin 2 viikkoa ja kuukausi-injektioista 4 viikkoa. Tasausvaiheen jälkeen metadonihoito aloitetaan tavanomaiseen tapaan, uusi metadonihoito aina laitoshoidossa.

Toinen vaihtoehto on aloittaa metadoni tavanomaiseen tapaan samana päivänä tai sen jälkeen, kun injektio pistettäisiin. Vaihtoehtojen paremmuutta ei tässä vaiheessa vielä tiedetä, joten valinta tehdään yksilöllisesti, potilasta kuunnellen ja havainnoiden.

Metadoni → buprenorfiinin kielenalusvalmisteet

Vaihto metadonista buprenorfiiniin saattaa olla haastavampi kuin vaihto toisinpäin, ja buprenorfiinihoitoon tottuminen voi viedä aikaa. Vaihto suunnitellaan yksilöllisesti, yhdessä potilaan kanssa ja häntä tukien.

Mikäli mahdollista, suositellaan, että metadoniannos olisi enintään 70-90 mg/vrk noin viikon ajan ennen lääkkeen vaihtoa. Mikäli annoslasku avohoidossa on vaikeaa ja esimerkiksi aiheuttaa riskin päihdeiden käytöstä, annosta ei tarvitse laskea avohoidossa etukäteen, vaan mahdollinen annoslasku voidaan tarvittaessa tehdä laitoshoidossa ennen buprenorfiinihoidon aloitusta.

Metadonin viimeisimmästä annoksesta tulee olla vähintään 24 h ja vieroitusoireiden on oltava havaittavissa vähintään kohtalaisina (COWS ≥ 13). Joskus tähän voi kulua jopa 36-72 h.

Buprenorfiinihoito aloitetaan 2-4 mg annoksella, jonka jälkeen seurataan, ettei buprenorfiini aiheuta vieroitusoireiden pahentumista. Tämän jälkeen voidaan tarvittaessa annostella samana päivänä vielä uusi 2-4 mg annos. Buprenorfiiniannos voidaan yleensä nostaa toisesta päivästä alkaen tavanomaisella nosto-ohjelmalla. Vaihdon jälkeen potilaat kokevat usein vielä runsaasti vieroitusoireita ennen uuteen lääkitykseen tottumista, etenkin, jos metadonin lähtöannosta ei ole merkittävästi redusoitu ennen buprenorfiinihoitoon siirtymistä. Tällöin on tärkeää, että laitoshoitajakso on riittävän pitkä tai avohoidon tukitoimet ovat hyvin intensiiviset.

Metadonilta kielenalusvalmisteseen vaihtaminen voidaan vaihtoehtoisesti toteuttaa mikroinduktiolla, joka on kuvattu kohdassa metadoni → buprenorfiini-injektio.

Metadoni → buprenorfiini-injektio

Metadonista vaihto buprenorfiinin injektio- ja kielenalusvalmisteen kautta tai mikroinduktiolla. Kielenalusvalmistetta suositellaan käytettäväksi vähintään viikon ajan ennen injektiovalmisteen aloitusta, jotta voidaan arvioida tarvittavaa annosta ja

tasata vointia. Pidempikin ajanjakso kuin viikko voi olla tarpeen, kun siirrytään täysagonistista osittaisagonistiin, erityisesti, jos metadoniannosta ei ole ennen vaihtoa merkittävästi redusoitu. Valmisteen vaihto toteutetaan kuten edellä kuvattu metadoni → buprenorfiinin kielenalusvalmisteet ja sen jälkeen tehdään vaihto kielenalusvalmisteilta injektioon.

Toinen vaihtoehto on ns. mikroinduktio (taulukko 13), joka voidaan toteuttaa joko avo- tai laitoshoidossa. Mikroinduktioon on useita tapoja (esim. 34), joista ei vielä ole sellaista vankkaa tutkimusnäyttöä, että osattaisiin arvioida, mikä tapa on paras. Mikroinduktion kaikkia mahdollisia riskejä ei vielä tunneta, esimerkiksi myrkytysriskiä, jos mikroinduktio keskeytyy ja potilas alkaa käyttää päihteitä samalla kun hänen elimistössään on sekä metadonia että buprenorfiinia. Mikroinduktiosta on kuitenkin hyviä kokemuksia etenkin niillä potilailla, jotka pystyvät sitoutumaan suunnitelmaan ja joilla ei vaihdon aikana ole päihteiden käyttöä. Potilasvalinta tulee tehdä huolella ja potilasta seurata erityisen tarkkaan. Mikroinduktiota ei suositella potilaille, joiden elämäntilanne ei ole vakaa, joilla on päihteiden käyttöä tai joilla on vaikeuksia sitoutua hoitosuunnitelmaan.

Taulukko 13. Metadonin mikroinduktion esimerkki, kun metadoniannos on 60-100 mg/vrk. Metadoniannosta voi lähteä pudottamaan esim. 10 mg/vrk viikon jälkeen tai se voi olla ennallaan 13 vrk, mutta molemmissa tilanteissa metadoniannos on 0 mg 14 vrk kuluttua induktion aloituksesta.

Vrk	Buprenorfiini	Buprenorfiini-naloksoni	Buvidal	Metadoni
1	0,2 mg + 0,2 mg 1 h välein			ennallaan
2	0,8 mg 10 h välein			ennallaan
3	0,8 mg 10 h välein			ennallaan
4		2 mg		ennallaan
5		2 mg		ennallaan
6			Buvidal 8 mg	ennallaan
7				ennallaan tai vähentäen
8				ennallaan tai vähentäen
9			Buvidal 16 mg	ennallaan tai vähentäen
10				ennallaan tai vähentäen
11				ennallaan tai vähentäen
12				ennallaan tai vähentäen
13			Buvidal 24 mg	ennallaan tai vähentäen
14				0 mg

Levometaconi

Buprenorfiinista metadonille vaihdettaessa voidaan noudattaa metadonin suosituksia huomioon ottaen sen, että levometadoniannos on puolet metadoniannoksesta ja levometadonin annosmuutokset tehdään 5 mg tarkkuudella.

Metadonihoidosta voidaan vaihtaa levometadonihoitoon suoraan 24 h kuluttua edellisestä metadonista.

PÄIHITYMYKSEN VAIKUTUS LÄÄKITYKSEN ANTAMISEEN

Virtsaseulalla ei voida todeta akuuttia päihtymystilaa, vaan päihtymyksen diagnoosi on kliininen. Eriyistäpauksissa päihtymystila voidaan selvittää verikokeella, mutta sille on harvoin kliinistä perustetta. Alkometripuhallusten tarve arvioidaan potilaan tilanteen mukaan. Havaittavasti päihtyneelle potilaalle ei anneta korvaushoitolääkettä, jos se aiheuttaa yliannosriskin tai muun lääketieteellisen tai hoidollisen ongelman. Katso luvun 3 kappale Päihtymyksen arviointi.

Mikäli potilaalla tulee avoaloituksen yhteydessä välipäiviä, hänet arvioidaan päihtyneeksi lääkähäulla tai kliinisessä ja huumeuseurannassa tulee esille merkittävää päihteiden käyttöä, voidaan aloitus joutua keskeyttämään. Tässä tilanteessa tulee neuvotella potilaan kanssa siitä, miten olosuhteita voisi vakauttaa niin, että avoaloitus onnistuisi, tai siirtyä laitosaloitukseen.

KORVAUSHOITOLÄÄKKEEN LÄÄKEVASTEEN SEURANTA

Aloitusjakson aikana seurataan opioidivieroitusoireiden voimakkuutta sekä mahdollisia opioidi- ja yliannosoireita. Opioidivieroitusoireita hoidetaan oireenmukaisella lääkityksellä. Korvaushoitolääkkeen annosnoston nopeus ja lopullinen annos arvioidaan aina yksilöllisesti. Vieroitusoireiden huolellinen arviointi ja hoito on keskeinen osa hyvää kokonaishoitoa. Hoitamattomat vieroitusoireet aiheuttavat potilaalle turhaa kärsimystä, voivat olla vaarallisia ja johtaa tarpeellisen hoidon keskeyttämiseen. Potilasta tuetaan hoidollisesti kestämään vieroitusoireita, häntä motivoidaan jatkamaan hoitoa ja odottamaan, kunnes annos on hoitotasolla. On tärkeää tukea potilaan kärsivällisyyttä ja toivoa.

Korvaushoidon alkaessa, ennen kuin hoitava lääke on hoitotasolla, potilas tarvitsee usein myös muuta lääkitystä. Hoitava lääkäri määrää vieroitusoireiden hoitoon tarvittavan lääkityksen. Lääkevalinnassa on otettava huomioon mahdolliset interaktiot muun lääkehoidon kanssa. On huomattava, että esim. bentsodiatsepiineja ja gabapentinoideja tulee määrätä vain silloin, kun niistä vieroitaututaan ja muuten vain poikkeustapauksissa tarkoin indikaatioin. Kipulääkärin tai neurologin konsultaatio tehdään tarvittaessa.

Korvaushoitolääkkeen annos on sopiva, kun potilaalla

- ei ole opioidien oheiskäyttöä
- ei ole opioidihimoa, jota vastaan täytyy ponnistella
- ei ole opioidien vieroitusoireita.

Vieroitusoireiden ja yliannostusoireiden seuranta

Vieroitusoireiden voimakkuutta voidaan seurata mittarein (COWS ja SOWS). Vieroitusoireita ja yliannostusoireita on kuvattu taulukossa 14.

Taulukko 14. Opioidien vieroitusoireita ja yliannostusoireita.

Vieroitusoireiden ulkoisia merkkejä	Subjektivisiä kokemuksia vieroitusoireista	Yliannostusoireita
Laajentuneet pupillit	Lihaskivut ja nivelkivut	Supistuneet pupillit
Iho ”kananlihalla”	Aineenhimo	Tokkuraisuus ja sedaatio
Vapina	Desorientaatio	Vaikeutunut puhe
Ripuli ja oksentelu	Levottomuus, ärtyneisyys	Kutina
Hikoilu	Ahdistuneisuus, masentuneisuus	Punastelu, hikoilu
Vuotava nenä, kyynelvuoto	Unettomuus	Alentunut kehon lämpötila
Haukottelu	Pahoinvointi	Hidastunut syke
Kuume		Hidastunut hengitystaajuus
Takykardia		Desorientaatio
Kohonnut verenpaine		

Lääkevasteen selvittämiseksi korvaushoitoa aloittavien potilaiden yliannostus- ja vieroitusoireita arvioidaan kahdesti vuorokaudessa: korvaushoitolääkevasteen ollessa korkeimmillaan (buprenorfiinin kielenalusvalmisteilla noin 2 h ja metadonilla 4 h lääkkeen ottamisesta) sekä lääkevasteen ollessa matalimmillaan eli juuri ennen seuraavaa lääkeannosta.

Liian pieni annos?

Mahdollisia syitä liian pieneltä tuntuvalle annokselle on taulukossa 15. Toimenpiteitä liian pieneltä tuntuvaan annokseen reagointiin on taulukossa 16.

Opioidien vieroitusoireet ovat melko epäspesifisiä, joten jos potilaalla on päihteiden käyttöä, esimerkiksi bentsodiatsepiini riippuvuus, vieroitusoireita voi olla mahdoton varmuudella erottaa toisistaan.

Vaikka liian pieni korvaushoitolääkkeen annos on liitetty tutkimuksissa päihteiden käyttöön ja opioidihimoon, näihin vaikuttaa myös muita tekijöitä. Aineen saatavuus ja aineenhimoa laukaisevat tekijät tulee huomioida. Tilannetta voidaan tarvittaessa arvioida esimerkiksi laitostuntoutuksessa, jossa seurataan tarkkaan potilaan vointia ja tarvittaessa reagoidaan siihen annosmuutoksilla hyvissä ajoin ennen kotiutusta. Jos potilas pärjää hyvin kuntoutuksessa eikä koe korvaushoitolääkkeen annosta siellä ollessaan liian pieneksi, annoksen nostamisella ei todennäköisesti voida poistaa päihteiden käytön riskiä kotiutumisen jälkeen. Kotiutuessa päihteiden käyttö saattaa alkaa lääkeannoksesta riippumatta, jos päihteitä on saatavilla ja ympäristössä on päihteiden käyttöä laukaisevia muita tekijöitä.

Taulukko 15. *Syitä, jotka voivat olla liian pieneksi koetun korvaushoitolääkkeen annoksen taustalla.*

Liian pieneltä tuntuvan korvaushoitannon mahdollisia syitä
• ylimääräisten opioidien käyttö
• opioidihimoa aktivoiva elinympäristö
• päihteiden käyttö
• psyykkisten oireiden itselääkintäyritys
• muiden oireiden virheellinen tulkinta vieroitusoireeksi
• toleranssin nousu ilman oheisopioidien käyttöä
• nopea metabolia
• halu saada päihdyttävä annos
• annoksen haluaminen mahdollisimman korkeaksi "varmuuden vuoksi"
• toleranssiin nähden liian pieni korvaushoitolääkkeen annos.

Taulukko 16. *Toimenpiteet, joilla liian pieneksi koettuun annokseen voidaan puuttua.*

Toimenpiteinä liian pieneltä tuntuvaan lääkeannokseen voidaan
• suurentaa annosta
• tiivistää annostelutiheyttä
• nopean metabolian epäilyssä tutkia farmakogeneettinen paneeli
• siirtyä toiseen annostelumuotoon (buprenorfiinin kielenalusvalmiste, viikko- tai kuukausi-injektio)
• siirtyä toiseen valmisteeseen
• arvioida tilannetta laitoshoidossa.

Pitoisuusmittaukset

Korvaushoitolääkevalmisteesta riippumatta annostusta arvioidaan aineenhimon sekä koettujen ja todettujen vieroitusoireiden avulla (taulukko 14). Annostusta ei pääsääntöisesti arvioida hoidon aloitusvaiheessa pitoisuusmittauksin. Subjekttiivinen kokemus annoksen riittävydestä on hyvä mittari ja annos, jolla potilas ei koe vieroitusoireita, on riittävä, pitoisuudesta riippumatta.

Buprenorfiini

Buprenorfiinille ei ole olemassa optimaalista hoidollista pitoisuutta, sillä pitoisuudella ei ole selkeää yhteyttä annoksen riittävyden kokemukseen. Opioidien vieroitusoireet helpottavat yleensä buprenorfiinin alimman pitoisuuden ylittäessä 1 ng/ml, mutta opioidihimon helpottaminen voi vaatia korkeamman pitoisuuden, kuten yli 3 mg/l (35). Buprenorfiinipitoisuus on yleensä yli 1 ng/ml kielen alle annosteltavasta buprenorfiinannoksesta 4 mg/vrk alkaen (35). Optimaaliseksi buprenorfiinipitoisuudeksi korvaushoidossa on esitetty 2-3 ng/ml (36).

Vieroitusoireita esiintyy opioidien annostelusyklin aikana silloin, kun plasmapitoisuus pienenee tai on alhaisimmillaan. Potilas voi siis kokea vieroitusoireita silloin, kun opioidipitoisuus on liian matala tai silloin, kun pitoisuus on menossa alaspäin, vaikka pitoisuus olisikin korkea.

Pitkävaikutteisilla injektioilla buprenorfiinipitoisuuden mittaamisesta voi olla hyötyä hoitoon sitouttamisen ja potilaan psykoedukaation kannalta. Jos potilas kokee, että buprenorfiiniannos on liian pieni, voidaan pitoisuus mitata ennen edellisessä luvussa olleita toimenpiteitä. Tilanne harvoin ratkeaa ensimmäisillä toimenpiteillä, joten pitoisuusmittauksella ennen muutoksia saadaan tietoa tulevien muutostarpeiden varalle.

Myös silloin, jos tavanomaiset lääke muutokset ja toimenpiteet eivät auta, tulee ottaa pitoisuusmittaus ja verrata tulosta kyseisen valmisteeseen ja annoksen tavanomaiseen minimipitoisuuteen syklin lopussa kyseisellä valmisteella ja annostuksella. Jos tällä yksilöllä saadaan samanlainen pitoisuus kuin keskimäärin vastaavalla valmisteella ja annoksella saavutetaan, lääke toimii, kuten on odotettu. Tällä potilaalla hoitovaste ei ole optimaalinen, mutta siihen täytyy puuttua hoidon muilla sisällöillä. Jos taas saadaan selvästi matalampi kuin keskimääräinen pitoisuus, kyseessä on yksilöllinen metabolian ero ja isompi annos tai annostelutiheyden muutos voi tuoda ratkaisun asiaan.

Metadoni ja levometadoni

Metadonipitoisuuksia ei rutiininomaisesti mitata. Metadoniannos, jolla potilas ei koe vieroitusoireita, on riittävä metadonipitoisuudesta riippumatta. Toisaalta metadonin vieroitusoireet ja toksiset oireet voivat muistuttaa toisiaan.

Metadonin farmakokinetiikassa on yksilöllisiä eroja. Metadonin seerumipitoisuutta voidaan perustelluissa tilanteissa käyttää metadoniannoksen arvion tukena. Tilanteita, jolloin pitoisuusmittaus saattaa olla perusteltua, on kerrottu taulukossa 17.

Levometadonihoidossa seerumin metadonipitoisuus on puolet metadonihoidon verrattuna, eli tavanomainen hoitotasoa on 0,1-0,2 mg/l.

Huom. Laboratorioiden vastaamat viiterajat metadoni- ja levometadonipitoisuuksille eivät kerro korvaushoitolääkityksen tavoiteltua tasoa. Korvaushoitolääkityksen pitoisuuden tulkinnassa kannattaa noudattaa tässä esitettyjä pitoisuuksien tulkintaa riippumatta laboratorion ilmoittamista viiterajoista.

Taulukko 17. Metadonipitoisuuden mittauksen syitä.

Epäily suurista tai toksisista pitoisuuksista	<ul style="list-style-type: none"> pitoisuus yli 0,40 mg/l voi lisätä riskiä myrkytysriskiä etenkin, jos potilaalla on päihteiden käyttöä toksisia oireita alkaa tulla pitoisuudella 0,40-1 mg/l.
Epäily nopeasta metaboliasta	<ul style="list-style-type: none"> pitoisuus ennen lääkettä usein matala voidaan mitata myös korkeimman ja matalimman metadonipitoisuuden välinen suhde eli 3 h lääkkeenannon jälkeen ja juuri ennen seuraavaa: suhde, joka on enemmän kuin 2:1, saattaa viitata nopeaan metaboliaan nopean metabolian epäilyssä voidaan tutkia myös verinäytteestä farmakogeenittinen paneeli (B-PGx-D).
Haastavat yhteistyötilanteet	<ul style="list-style-type: none"> pitoisuusmittauksesta voi olla hyötyä annostusta arvioitaessa edeltävien lääkkeenottojen tulee olla valvottuja vähintään viikon ajan eli pitoisuutta ei mitata kotiannosten jäljiltä.

VIEROITUS MUISTA PÄIHTEISTÄ KORVAUSHOIDON ALOITUKSENYHTEYDESSÄ

Vieroittautumisessa motivointi ja psykososiaalinen tuki ovat olennaisia. Pitkäaikaisen tuloksen saavuttamiseksi on tärkeää tehdä vieroitus suunnitelma yhdessä potilaan kanssa neuvotellen ja motivoiden. Vieroitus suunnitelma tehdään yksilöllisesti ja vieroitus toteutetaan potilaan vointia seuraten. Potilasta on syytä informoida, että lääkkeen vieroitukseen liittyvää ahdistuneisuutta voi esiintyä useita viikkoja lääkkeen käytön lopettamisen jälkeenkin ja tähän on hyvä varautua niin, ettei tapahdu retkahdusta.

Oheisriippuvuuksien hoitaminen ja kuntoutuminen niistä on erittäin tärkeää hyvään hoitotulokseen pääsemiseksi. Korvaushoito antaa erinomaisen mahdollisuuden myös muiden päihde- ja toiminnallisten riippuvuuksien hoitamiseksi. Oheisriippuvuuksien hoito suunnitellaan yksilöllisestä hoitosuunnitelmassa.

Bentsodiatsepiinivieroitusten käytännön toteutus on kuvattu luvussa 3 kohdassa Päihteiden käyttö alaluvussa Bentsodiatsepiinit.

3 Korvaushoidon toteutus ja hoidon seuranta käytännössä

Korvaushoito perustuu yksilölliseen hoitosuunnitelmaan, jossa on määritelty hoidon tavoite, korvaushoitolääkitys ja psykososiaalinen hoito ja hoidon etenemisen seuranta. Hoitosuunnitelmaa päivitetään aina tilanteen muuttuessa, vähintään vuosittain. Eri työntekijöiden vastaanottojen määrä suunnitellaan yksilöllisesti, potilaan tarpeiden mukaan. Vastaanotot eivät ole vain kuulumisten vaihtoa, vaan vastaanottojen tavoite on määritelty ja suunniteltu etukäteen. Hoitosuunnitelmassa määritellään huumeaseulojen rooli ja käytännön toteutus yksilöllisesti. Jos hoidosta tulee välipäiviä, lääkityssuunnitelmaa muutetaan tarvittaessa siten, että hoito on turvallista, mutta riittävää. Päivittäin otettavalla lääkityksellä olevien on mahdollista saada kotiannoksia, mikäli hoito sujuu suunnitellusti ja yksilölliset kotiannosten kriteerit täyttyvät. Mikäli tulee esiin päihteiden käyttöä, potilaalle tarjotaan tiiviimpää hoitoa ja tukea päihteiden käytöstä vieroittumiseksi. Päihteiden käyttöä ja tarvittavia hoidon tiivistämisen keinoja arvioidaan tilanteen akuutin terveysvaaran ja potilaan tavoitteiden pohjalta. Pääsääntöisesti väärinkäyttöön sopivien lääkkeiden määräämistä korvaushoitopotilaille on rajoitettava. Mikäli potilas muuttaa asuinpaikkaansa korvaushoidon aikana, hoidon järjestämisestä uudella paikkakunnalla sovitaan etukäteen yhteistyössä entisen ja uuden hoitoyksikön kanssa.

HOITOSUUNNITELMA

Korvaushoidon alkaessa laaditaan yhteistyössä potilaan ja henkilöstön (lääkäri, sairaanhoitaja tai lähihoitaja, sosiaalityön ammattilainen) kanssa hoitosuunnitelma, jota päivitetään jatkossa tarpeen mukaan. Hoitosuunnitelma tulee päivittää hoidon vaiheen ja potilaan tarpeen mukaisesti. Hoidon aloitusvaiheessa hoitosuunnitelman päivitystä suositellaan 1-3 kk välein ja aina tilanteen oleellisesti muuttuessa. Hoitosuunnitelma päivitetään vakiintuneessa tilanteessa vähintään vuosittain. Hoitosuunnitelmassa on oleellista pohtia, mistä juuri tämä potilas hoidossa hyötyy.

Korvaushoitoasetuksen 5 §:n mukaan hoidon tulee perustua hoitosuunnitelmaan, jossa lääke- ja psykososiaalisen hoidon lisäksi määritellään hoidon tavoitteet, potilaan hoito, kuntoutus ja seuranta sekä yhteistyö sosiaali- ja terveyspalvelujen välillä. Käytännössä hoitosuunnitelmaan tulee kirjata hoidon tavoitteet ja keinot, käytettävä korvaushoitolääke ja sen annos, muu mahdollinen lääkitys, psykososiaalinen muu hoito, hoidon seuranta ja sen mittaaminen, seulojen rooli ja muut hoidon kannalta oleelliset asiat.

Hoidon tavoitteet kirjataan konkreettisina ja mitattavissa olevina. Esimerkiksi päihteiden käytön vähentämisen tavoitteeseen liittyen kirjataan riittävän perusteellisesti auki ajankohtainen tilanne sekä konkreettiset lyhyen ja pitkän aikavälin muutostavoitteet. Vaikka potilaan pitkän tähtäimen tavoite olisi päästä eroon kaikesta päihteiden käytöstä, lähitavoitteena voi olla pienempi välitavoite, esimerkiksi käyttöpäivien vähentäminen, pistämisen lopettaminen tai vähentäminen tai käyttöannosten pienentäminen. Vakiintuneessa hoidossa potilaan tavoite voi olla tilanteen pysyminen ennallaan, ja silloinkin on syytä kirjata tilanne konkreettisesti, jotta ennallaan pysymistä voi seurata. Esimerkiksi pelkkä fraasi ”pyrkii vähentämään päihteiden käyttöä” ei ole riittävän konkreettinen seurannan väline.

Seurannassa ja hoitosuunnitelmaa tehtäessä arvioidaan yhdessä potilaan kanssa tavoitteiden toteutumista. Jos tavoitteita ei ole saavutettu, arvioidaan hoidon tehostamisen tarvetta. Esimerkiksi taulukon 18 kysymyksiä voidaan pohtia.

Taulukko 18. *Seurannassa ja hoitosuunnitelman arvioinnissa potilaan kanssa pohdittavia kysymyksiä.*

Teema	Kysymyksiä
Tavoitteet	<p>Mitkä ovat potilaan lähi- ja pitkän ajan tavoitteet?</p> <ul style="list-style-type: none"> • korvaushoito • muut riippuvuudet • muut terveystavoitteet ja sosiaaliset tavoitteet. <p>Miten asetetut tavoitteet voidaan saavuttaa? (esimerkkejä)</p> <ul style="list-style-type: none"> • tiiviimmät kontaktit omatyöntekijän kanssa, motivoiva potilaskeskeinen haastattelu • taitoalumnus, dialektisen käyttäytymisterapian menetelmien soveltaminen • retkahdusten estämisen menetelmät, kognitiivisen terapian menetelmien soveltaminen • perhetyön menetelmät, sosiaalisen verkoston luominen ja tukeminen. <p>Miten potilas on saavuttanut aiemmat tavoitteensa?</p>
Diagnostiikka	<p>Onko diagnostiikassa tarkennettavaa?</p> <p>Onko potilaalla somaattista tai psykiatrista samanaikaissairastavuutta, joka vaikuttaa hoitoon?</p>
Korvaushoito-lääke	<p>Onko korvaushoitolääkkeen annos riittävä?</p> <p>Onko lääkemuohto oikea?</p>
Päihteiden käyttö	<p>Miten muiden päihteiden käyttöön on puututtu ja voidaan puuttua?</p> <p>Onko potilaan saama tuki ollut riittävää?</p> <p>Onko ajankohtainen laitoshoidon tarve tai onko ennakoitavissa laitoshoidon tarvetta jatkossa?</p> <p>Päihdeseulat ja niiden rooli potilaan hoidossa.</p>
Muun tuen tarve	<p>Mitä muuta tukea potilas tarvitsee (asuminen, taloudellinen tilanne, rikosoikeudelliset asiat, sosiaalinen kuntoutus)?</p> <p>Mistä ja miten potilas saa tukea?</p>

Lääkäri

Lääkäri johtaa moniammatillisen työryhmän työskentelyä. Hoitava lääkäri vastaa potilaiden hoidosta ja osallistuu aktiivisesti ja läsnä olevana hoitosuunnitelman tekemiseen.

Lääkäri päättää potilaan lääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärityksestä ja siihen liittyvästä hoidosta (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 22 §). Hoitosuunnitelma on laadittava yhteisymmärryksessä potilaan kanssa (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 4 a §). Potilas on läsnä hoitosuunnitelmaa tehtäessä ja hänen asioistaan päätettäessä ja osallistuu aktiivisesti hoidon suunnitteluun. Lääkärillä on kuitenkin oikeus ja velvollisuus määrittää hoidon linjoja voimassa oleviin hoitosuosituksiin ja lääketieteelliseen tietoon ja tutkimusnäyttöön perustuen.

Hoitaja

Hoitajalla tarkoitetaan tässä sairaanhoitajaa tai lähihoitajaa, jolla on Valviran myöntämä oikeus toimia laillistettuna terveydenhuollon ammattihenkilönä (sairanhoitajat ja sairaanhoitajana laillistetut terveydenhuollon ammattihenkilöt, kuten terveydenhoitajat ja ensihoitajat) tai oikeus

käyttää nimikesuojattua ammattinimikettä (lähihoitaja) sekä organisaationsa myöntämä lääkehoito-oikeus tehtävänsä.

STM:n turvallisen lääkehoidon oppaan mukaisesti sairaanhoitaja vastaa lääkehoidon toteuttamisen kokonaisuudesta, kuten lääkehoidon tehtävänjaosta, lääkehoidon osaamisen ja toimivuuden varmistamisesta ja lääkehoidon toteuttamisen valvonnasta. Lähihoitaja toteuttaa lääkehoitoa siinä laajuudessa kuin on saanut siihen koulutuksen. Lähihoitajat eivät anna huumausainelääkkeitä injektiona kuin poikkeustilanteissa, kuten saattohoidossa ja ensihoidon hätätilanteissa, joten korvaushoidossa buprenorfiini-injektiot antaa sairaanhoitaja. (37)

Sairaanhoitajan ja lähihoitajan keskeinen tehtävä korvaushoidossa on omahoitajatyöskentely (ks. kohta Omatyöntekijä). Lisäksi hoitajan tehtävä on myös potilaan lääkehoidon vaikutusten seuranta. Potilaan kanssa käydään keskustelua hänen kokemuksistaan ja tuntemuksistaan, joita lääkehoito hänessä herättää. Turvallisen lääkehoidon toteuttaminen vaatii hoitajalta sekä teoreettista että käytännön kokemusta korvaushoitolääkkeistä.

Sosiaalityön ammattilainen

Sosiaalityön ammattilainen toimii oman alansa asiantuntijana moniammatillisessa verkostossa. Sosiaalityön ammattilainen on sosiaalisen kuntoutumisen asiantuntija, jonka erityisosaamista on esim. toimeentuloon, koulutukseen, työhön, työ- ja toimintakyvyn kartoitukseen sekä asumiseen liittyvät asiat. Sosiaalityön ammattilainen tekee yhteistyötä eri viranomaisverkostojen kanssa, kuten työvoimatoimisto, lastensuojelu, aikuissosiaalityö. Korvaushoitoasetuksen mukaan hoitosuunnitelmaa on tarvittaessa täydennettävä yhteistyössä sosiaalihuollon kanssa sosiaalihuollossa tehtävällä asiakassuunnitelmalla.

Toipumisessa ja kuntoutumisessa on erittäin merkittävää asiakkaan todellista suoriutumiskykyä vastaavan sekä hoidon tilannetta vastaavan mielekkään toiminnan ja sitä kautta mielekkään arjen rytmin löytäminen. Tämä voidaan toteuttaa mm. eritasoisen kuntouttavan työ- tai päivätoiminnan kautta, jossa valmennetaan vaativampaan opiskelu- ja työtoimintaan. Myöskin toimeentulomuodon tulee vastata asiakkaan toiminta- ja työkykyä. Sosiaalityön ammattilainen voi myös selvittää, että asiakas saa hänen työ- ja toimintakykyään vastaavaa tuloa elämiseensä. Sosiaalityön ammattilainen tukee ja ohjaa asiakasta taloudellisten asioiden hoitamisessa.

Velkojen selvittäminen kuuluu toipumiseen. Hoidon sekä päihitteettömyyden vakiintuessa selvitetään velkajärjestelyn mahdollisuus. Lisäksi selvitetään asiakkaan taloudelliset vastuut, kuten elatusasiat. Lisäksi selvitetään, onko asiakkaalla tulossa vankeustuomioita, sakkoja tai muita rikosoikeudellisia asioita ja miten ne sovitetaan yhteen hoidon kanssa.

Mikäli potilas on asunnoton tai hän tarvitsee muuten tukea asumiseen, sosiaalityön avulla voidaan auttaa asumispalveluissa sekä asumisen tuen ja tarpeen selvittämisessä. Sosiaalityön ammattilainen voi auttaa esimerkiksi asumisyksikköön tutustumiseen ja asumisyksikön kanssa tehtävässä verkostotyössä. Tarvittaessa muun henkilöstön kanssa voidaan järjestää kotikäynti.

Psykologi

Psykologi toimii korvaushoidossa oman alansa asiantuntijana osana moniammatillista tiimiä tilanteissa, joissa psykologin erityisosaamista tarvitaan. Tiimin jäsenenä psykologi osallistuu välillisesti useiden potilaiden hoidon ja kuntoutuksen suunnitteluun. Tarvittaessa potilas ohjataan lääkärin läheteellä psykologiseen tai neuropsykologiseen tutkimukseen. Korvaushoito voi olla otollinen tilanne ohjata potilas psykologisiin tutkimuksiin esimerkiksi lapsuudessa diagnosoimatta jääneiden oppimisvaikeuksien tunnistamiseksi. Psykologin tutkimusta voidaan käyttää myös osana hyvin haastavien neuropsykiatristen häiriöiden tai muiden diagnostisen kysymysten selvittelyä.

Neuropsykologin konsultaatio aiemmista psykologisista tutkimuksista tai ajankohtaisesta neuropsykologisista havainnoista on olennainen osa arvioitaessa haastavia neuropsykiatrisia häiriöi-

tä. Työ- tai opiskelukyvyyn arvioimisessa psykologisilla tai neuropsykologisilla tutkimuksilla saadaan lisätietoa potilaan subjektiivisesta ja objektiivisesta toimintakyvystä. Muitakin tutkimuksen perusteita esiintyy, kuten epäiltäessä vakavien sairauksien tai tapaturmien seurauksena tapahtunutta toimintakyvyn muutosta.

Psykologit ovat mukana suunnittelemassa korvaushoitopotilaiden ryhmätoimintoja tai voivat toimia päävastuullisina ohjaajina sovituisissa ryhmissä. Psykologit tekevät myös yksilöllisiä psykoterapia-arvioita. Joissain tapauksissa psykologit voivat toteuttaa terapeuttisia yksilöinterventioita korvaushoitopotilaille heidän omassa korvaushoitoyksikössään. Esimerkiksi voidaan mainita hyvin haastavien ahdistuneisuusoireiden tai traumakokemusten käsittely silloin, kun niiden käsittely tuskin onnistuu muualla.

Psykologisten tutkimusten ja interventioiden ajankohta arvioidaan tapauskohtaisesti potilaan elämäntilanne, terveydentila, lääkitysmuutokset, päihteiden käyttö yms. huomioiden. Korvaushoidossa oleminen ei sinänsä estä luotettavaa psykologista arviointia.

Toimintaterapeutti

Toimintaterapian tavoitteena on tukea, edistää ja ylläpitää potilaan toimintakykyä ja hyvinvointia. Potilaat tulevat toimintaterapeutin vastaanotolle usein lääkärin läheteellä, jos esimerkiksi on tarpeen selvittää potilaan toimintakykyä arjen eri ympäristöissä tai kuinka potilaan toiminnallista hyvinvointia voidaan tukea. Toimintakyvyn tutkimus voi olla myös osana lääkärin tekemää diagnoosin tarkennusta.

Korvaushoidossa potilaan toimintakyvyn arviointi tehdään asiakaslähtöisesti, yhteistyössä moniammatillisen tiimin kanssa. Toimintakyvyn tutkimuksessa havainnoidaan ja kartoitetaan potilaan toimintakokonaisuuksia, taitoja ja valmiuksia eri arjen tilanteissa ja ympäristöissä. Siihen sisältyy mm. haastattelu, toiminnan havainnointia, potilaan itsearviointia, mielekkään toiminnan ja ajankäytön kartoitusta, standardoituja ja strukturoituja testejä/mittareita sekä mahdollisesti kotikäynti.

Toimintaterapeutti tekee tutkimuksen pohjalta suositukset potilaan toimintakyvyn edistämiseksi ja kirjaa niistä lausunnon. Toimintaterapeutti on mukana myös potilaan hoitokokouksissa sekä verkostopalaverissa. Toimintaterapeutti voi ohjata korvaushoitoyksikössä myös ryhmiä, jotka edistävät ja tukevat potilaan toimintakykyä ja hyvinvointia.

Farmaseutti

Korvaushoitoyksikössä voi toimia myös farmaseutti, jonka vastuulla on lääkehoidon toteuttaminen ja lääkehoitoprosessin kehittäminen. Farmaseutti ei osallistu yksittäisen potilaan hoitosuunnitelman laatimiseen, mutta farmaseutti mahdollistaa sairaanhoitajien työpanoksen keskittämisen lääkehoitoprosessista muuhun hoitotyöhön. Farmaseutin työtehtäviä korvaushoidossa voivat olla esimerkiksi lääkkeiden tilaaminen, varastointi ja lääkehuoneesta huolehtiminen, lääkkeiden potilaskohtaiseen annokseen jakaminen, lääkehoitoon ja yksikön lääkehoitoprosessiin liittyvien ongelmien tunnistaminen, lääkehoidon toteutumisen ja lääkekulutuksen seuranta, lääkitysturvallisuuden kehittäminen ja lääkehoidon riskienhallinta.

OMATYÖNTEKIJÄ

Hoidon keskeinen elementti korvaushoidossa on omatyöntekijän kanssa luotu, potilasta tukeva hoitosuhde. Omatyöntekijä voi olla potilaan tarpeen ja tilanteen mukaan terveydenhuollon tai joissakin tilanteissa sosiaalihuollon ammattilainen. Omatyöntekijän tehtävä on auttaa potilasta asettamaan tavoitteita ja pääsemään niihin. Pitkän tähtäimen tavoitteisiin pääsemistä varten määritellään yhdessä potilaan kanssa sopivat välitavoitteet ja niiden seurantatavat. Hoitosuhteessa olennaista on asiallinen, kiinnostunut ja kunnioittava suhtautuminen potilaaseen.

Omatyöntekijätyöskentelyn keskiössä on potilaan ajankohtainen tilanne ja tavoitteet. Monien potilaiden kanssa tässä tärkeää on päihteiden käytöstä luopuminen, päihteiden haittojen vähentäminen, retkahdusriskin arviointi ja retkahdusten ennaltaehkäisy ja käsittely, hoitoon kiinnittyminen sekä sosiaalisten verkostojen, läheisten ja vertaisten merkitys. Omatyöntekijätyöskentely ei ole pelkkää keskustelua, vaan siinä hyödynnetään psykososiaalisia menetelmiä. Omatyöntekijätyöskentely perustuu näyttöön perustuviin hoidollisiin viitekehyksiin, esim. motivoiva työote, kognitiivinen käyttäytymisterapia tai kognitiivis-behavioraalinen terapia ja muut tehokkaaksi todetut menetelmät. Omatyöntekijän vastaanottojen sisältö, hoidon tavoitteet ja niiden seurannan toteutuminen vastaanotoilla kirjataan potilasasiakirjoihin.

Omatyöntekijä järjestää tarvittaessa verkostopalavereja potilaan muun verkoston, kuten lastensuojelun, sosiaalityön ja koulutus- tai työasioiden tärkeiden kontaktien kanssa. Lisäksi hän neuvoo ja auttaa potilasta tarpeen mukaisessa muun terveydentilan hoitamisessa, esimerkiksi tuemalla terveydenhuollon muiden vastaanottojen toteuttamisessa. Omatyöntekijän lisäksi potilaalla tulee olla tukena moniammatillinen tiimi, jossa hänellä on tarvittaessa pääsy sekä sosiaali- että terveydenhuollon ammattilaisen tuen piiriin.

Omatyöntekijän lisäksi muut potilasta tapaavat hoitajat keskustelevat potilaiden kanssa potilaan ajankohtaisesta tilanteesta ja havainnoivat potilaita motivoivia menetelmiä käyttäen silloin, kun potilas asioi yksikössä, esimerkiksi lääkkeenjakokäynneillä.

Omatyöntekijän vastaanottojen sisältö

Hoidon alussa kirjataan potilaan hoitosuunnitelma, josta käy esim. ilmi hoitajakson tavoitteet ja keinot tavoitteiden saavuttamiseen. Tavoitteet ovat myös tärkeitä siksi, että niihin palataan hoidon edetessä:

- Miltä osin tavoitteet on saavutettu?
- Mitä potilas voisi vielä tehdä, jotta hän etenisi kohti tavoitetta?
- Miten tavoitteen toteutumista mitataan (sovitaan potilaan kanssa)?

Vastaanotot eivät ole pelkkiä kuulumisten vaihtoa ja keskustelua, vaan omatyöntekijän tapaamisille tulisi asettaa jokin tavoite ennen tapaamista ja sopia tästä tapaamisen agendasta etukäteen. Harkinnan perusteella potilaalle voi antaa myös seuraavan agendaan liittyvän tehtävän, jolloin potilas on jo työskennellyt agendan eteen, esim. turvasuunnitelman täyttö, Paradise24fin, WHO-DAS 2.0 tai SuomiTOP teko (ks. luku Toimintakyvyn arviointi), retkahduksen ehkäisy-suunnitelma, dkt- ja muut ahdistuksensietotaidot, psykoedukatiivinen materiaali. On hyödyllistä pohtia myös tiimissä, mikä on etenemisjärjestys (mitä tehdään ensin, entä sen jälkeen).

Omatyöntekijä voi myös hyödyntää vastaanotoillaan esimerkiksi Mielenterveystalon omahoito-oppaita potilaan kanssa työskentelyssä. Tällöin työskentely on tavoitteellista ja strukturoitua.

<https://www.mielenterveystalo.fi/fi/mielenterveyspalvelut/omahoito-ohjelmat>

Taulukko 19. Tarkistuslista korvaushoidon seurannasta, johon kuuluu hoitajan arvio ja potilaan oma arvio aina, kun se on mahdollista.

Terveydentila	Arvioitavat kohdat tilanteen etenemisestä
Psyykkinen vointi	<ul style="list-style-type: none"> • parempaan suuntaan (millä tavoin?) • huonompaan suuntaan (millä tavoin?) • vakaa tai ei havaittavaa tai tiedossa olevaa muutosta • ei tietoa tai ei luotettavasti arvioitavissa
Somaattinen vointi	<ul style="list-style-type: none"> • parempaan suuntaan (millä tavoin?) • huonompaan suuntaan (millä tavoin?) • vakaa tai ei havaittavaa tai tiedossa olevaa muutosta • ei tietoa tai ei luotettavasti arvioitavissa
Riskikäyttäytyminen	<ul style="list-style-type: none"> • parempaan suuntaan (millä tavoin?) • huonompaan suuntaan (millä tavoin?) • vakaa tai ei havaittavaa tai tiedossa olevaa muutosta • ei tietoa tai ei luotettavasti arvioitavissa
Opioidiriippuvuus	<ul style="list-style-type: none"> • parempaan suuntaan (millä tavoin?) • huonompaan suuntaan (millä tavoin?) • vakaa tai ei havaittavaa tai tiedossa olevaa muutosta • ei tietoa tai ei luotettavasti arvioitavissa
Muu päihde- tai riippuvuusongelma	<ul style="list-style-type: none"> • parempaan suuntaan (millä tavoin?) • huonompaan suuntaan (millä tavoin?) • vakaa tai ei havaittavaa tai tiedossa olevaa muutosta • ei tietoa tai ei luotettavasti arvioitavissa

Terveydentilan lisäksi arvioidaan vastaavalla taulukon 19 tavalla hoitoon kiinnittymistä ja sosiaalista tilannetta.

- Hoitoon kiinnittyminen:
 - a) käyntien toteutuminen
 - b) yhteistyö käynneillä yms.
- Sosiaalinen tilanne
 - a) asuminen
 - b) rikollisuus
 - c) työ, opiskelu, vapaa-aika
 - d) perhe- ja ihmissuhteet
 - e) taloudellinen tilanne

TOIMINTAKYVYN MITTAAMINEN

Huumeita käyttäville henkilöille validoituja suomenkielisiä toimintakyvyn arviointimenetelmiä ovat Paradise24fin (38,39) ja WHODAS 2.0 (40). Kyselyistä saa seurantatietoa hoitotyön tueksi.

Strukturoitu kysely voi auttaa myös huomioimaan ja konkretisoimaan potilaan elämän keskeisiä asioita, joita ei muuten tulisi keskusteluissa esiin.

Paradise24fin-kysely antoi suomalaisessa tutkimuksessa laaja-alaisesti tietoa korvaushoitopotilaiden kokemista psykososiaalisista vaikeuksista (38). Paradise24fin-kysely kartoittaa henkilön toimintakykyyn liittyviä vaikeuksia. Toimintakyky koostuu esimerkiksi vireystilasta, keskittymiskyvystä ja arkisesta selviytymisestä. Kysely sisältää 24 kysymystä, joilla vastaaja itse arvioi selviytymistään erilaisista asioista elämässään asteikolla 0 (ei lainkaan vaikeuksia) ... 4 (erittäin suuria vaikeuksia/ei selviydy). Vastaaja merkitsee lisäksi ne asiat, joihin toivoo eniten muutosta. Kyselyn avulla saa nopeasti kokonaiskuvan henkilön toimintakykyä haittaavien ongelmien määrästä, vaikeusasteesta ja sisällöstä. Paradise24fin-kyselyä voidaan hyödyntää potilaan elämäntilanteen arvioinnissa, muutostarpeiden asettamisessa ja seurannassa ja siten oman toiminnan vaikutusten arvioimisessa. Se sopii sekä potilastyöhön että omatoimiseen tilanteen arviointiin. (39)

VASTAANOTTOJEN MÄÄRÄ

Lääkemuodosta (päivittäin, viikoittain tai kuukausittain annosteltava korvaushoitolääke) riippumatta potilaat tulee tavata ja arvioida korvaushoitoyksikössä niin usein kuin se on tarpeen potilaan terveyden ja turvallisuuden kannalta. Potilaan yksilöllinen hoidon tarve saattaa muuttua joskus nopeastikin, ja yksikössä on oltava valmius yksilöllisen tuen lisäämiseen aina tarpeen mukaan.

Uusi korvaushoidon aloittaja

Hoidon alussa potilaan tulee tavata lääkäriä ja omatyöntekijää niin usein ja niin pitkän aikaa, että potilaan kannalta relevantit ongelmat on kartoitettu ja suunnitelma tehty. Etenkin, jos korvaushoito on aloitettu nopean arvion jälkeen, täytyy hoidon alussa olla riittävästi omatyöntekijän vastaanottoja, joilla luodaan luottamusta ja tutustutaan, kiinnitetään potilas hoitoon ja työskennellään aktiivisesti potilaan tavoitteiden määrittämiseksi ja saavuttamiseksi.

Hoidon alussa tulee olla riittävästi strukturoitua omatyöntekijän kanssa työskentelyä yksilövastaanoitoilla. Sopiva frekvenssi voi olla esimerkiksi omatyöntekijän kanssa työskentely viikoittain ja lisäksi lyhyempi kuulumisten vaihto esimerkiksi lääkkeenjakokäyntien yhteydessä tai injektiohoidossa olevalle vähintään omatyöntekijän soittama puhelu viikoittain. Lisäksi potilaalla tulee olla aina mahdollisuus olla omasta aloitteestaan vähintään puhelimitse yhteydessä hoitoyksikköön. Pelkkä ryhmämuotoinen hoito ei ole riittävä hoito uudelle korvaushoitopotilaalle.

Alussa tarvitaan tiivistä tukea ja luottamuksen luomista, etenkin, jos arviointijakso on ollut lyhyt ja elämäntilanne ei ole vakiintunut. Alkuvaiheen tuki järjestetään potilaan tarpeiden mukaisesti. Joskus potilas ei ole heti valmis esimerkiksi terapeuttiin työskentelyyn. Tuki voi tällöin koostua tiivistä psykososiaalisesta tuesta, tarvittaessa esimerkiksi jalkautuen potilaan kanssa lääkkeenjaon jälkeen hänen avukseen asioita hoitamaan, luottamuksen luomisesta omatyöntekijän kanssa ja lääkevasteen seurannasta.

Hoidon ensi kuukausien aikana potilaan tulee tavata myös lääkäri riittävän usein hoitosuunnitelmien päivitystä varten sekä tarvittaessa akuutimmin tilanteen niin vaatiessa.

Muut hoidon vaiheet

Epästabiilissa hoidossa potilaalla on esim. poissaoloja sovituilta käynneiltä, päihtyneenä asiointia korvaushoitoyksikössä, yliannostuksia tai muita akuutteja päihteiden käytön komplikaatioita. Tällöin tulee huoli potilaan voinnista ja tarvitaan hoidon tiivistämistä. Epästabiilissa vaiheessa omatyöntekijän vastaanotto tulee järjestää vähintään viikoittain. Mikäli potilas on injektiohoidolla, niin omatyöntekijän kanssa työskentely tulee järjestää viikoittain ja lisäksi omatyöntekijän tulee olla potilaaseen puhelimitse yhteydessä vähintään viikoittain. Lääkärin vastaanotto tulee jär-

jestää kiireellisesti tilanteen muututtua epästabiiliksi ja samalla hoitosuunnitelman päivytyksessä tulee pohtia lääkärin vastaanottojen tiivistämisen tarvetta.

Stabiilissa hoidossa potilaan voinnissa ei ole olennaisia muutoksia. Hän ei asioi korvaushoitoyksikössä merkittävästi päihtyneenä ja on aina lääkityskuntoinen. Stabiilin hoidon määritelmä riippuu potilaan tilanteesta ja on erilainen esimerkiksi haittoja vähentävillä ja kuntouttavilla tavoitteilla olevilla potilailla. Kun vointi ja kuntoutuminen potilaan omien tavoitteiden mukaisesti toteutuu, vastuuta siirretään enemmän potilaalle. Omatyöntekijän vastaanottojen määrä ja frekvenssi riippuvat potilaan tarpeesta. Hoitoa voidaan toteuttaa myös ryhmämuotoisena suljetuissa ryhmissä, mikäli se on potilaalle sopiva hoitomuoto. Lääkärin vastaanotto on stabiilissakin hoidossa tarpeen vähintään vuosittain.

Apteekkijakelussa olevalle potilaalle tulee tarjota korvaushoitoyksikön palveluja samalla tavalla kuin muillekin potilaille, mutta kuitenkin huomioiden, että koska potilaalla ei ole lääkkeenjakojen muodossa olevia kontakteja, täytyy olla muita sovittuja seurantakontakteja. Omatyöntekijän kontakti tulee olla 1-3 kk välein vähintään puhelimitse ja vastaanotto vähintään vuosittain. Lääkärin tapaaminen ja hoitosuunnitelman päivitys tulee tehdä vähintään vuosittain.

Apteekkijakelussa tai injektioilla olevilla tai muuten harvoin yksikössä käyvillä potilailla tulee hoidon mahdollisiin epäselvyyksien epäilyihin puuttua välittömästi selvittämällä tilanne tarkkaan. Tämä vaatii yleensä hoidon tiivistämistä ja tilanteen tarkempaa arviointia, kunnes voidaan varmistua, että lisätuelle ei ole tarvetta tai kunnes tarvittava lisätuki on saatu järjestettyä. Apteekkijakelu vastaa käytännössä hyvin laajoja kotilääkeannoksia, joten tilannetta on arvioitava myös kotiannoskriteerien mukaisesti riittävän tarkasti.

PSYKOSOSIAALINEN HOITO

Psykososiaaliset hoidot ovat tutkitusti tehokkaita riippuvuuksien ja mielenterveyden häiriöiden hoidossa. Käypä hoito -suosituksen mukaan psykososiaalista hoitoa tai kuntoutusta tulee tarjota kaikille huumeriippuvuudesta kärsiville. Psykososiaaliset hoidot vähentävät opioidikorvaushoitoon yhdistettynä päihteiden käyttöä ja lisäävät päihteettömyyttä. Palveluvalikoimaneuvosto (Palko) on linjannut huumeriippuvuuksien hoidossa palveluvalikoimaan kuuluvat hoidot (taulukko 20) (41).

Taulukko 20. *Palveluvalikoimaan kuuluvat huumeriippuvuuksien psykososiaaliset hoidot.*

Huumeriippuvuuksien hoidossa palveluvalikoimaan kuuluvat
<ul style="list-style-type: none">• motivoiva haastattelu ja motivaatiota vahvistava hoitomalli (MI, MET) ja muut lyhytinterventiot• kognitiiviset ja käyttäytymisterapiat• pariterapia muun hoidon lisänä• palkkiohoito muun hoidon lisänä• yhteisövahvistusohjelma (CRA)• yhteisövahvistusohjelma ja siihen liitetty perheohjaus (CRAFT)• 12 askeleen hoito-ohjelma.
Psykiatrisen samanaikaissairastavuuden hoidossa palveluvalikoimaan kuuluvat
<ul style="list-style-type: none">• dialektinen käyttäytymisterapia epävakaa persoonallisuushäiriön ja päihdehäiriön hoidossa• integroitu kognitiivis-behavioraalinen ryhmähoito kaksisuuntaisen mielialahäiriön ja päihdehäiriön hoidossa.

Psykososiaalisia hoitomuotoja ovat lisäksi mm. psykoedukaatio, erilaiset perheinterventiot, ryhmämuotoiset interventiot, luovat interventiot, arkielämän taitojen ja sosiaalisten taitojen harjoittelu sekä kognitiiviset kuntoutusohjelmat. Hoitomuodoissa hyödynnetään esimerkiksi toimintaterapiaa, taideterapiaa, kirjallisuusterapiaa ja musiikkiterapiaa.

Psykososiaalisten hoitojen tavoitteena on riippuvuushäiriön paremman hallinnan lisäksi sosiaalisen toimintakyvyn parantaminen, uusien taitojen oppiminen, toimivien ihmissuhteiden ylläpito ja elämänlaadun parantaminen. Tavoitteena voi olla myös helpottaa potilaan ja omaisten sopeutumista sairauteen ja sairauden uusiutumiskasojen ehkäisy. Psykososiaalisia hoitoja voidaan toteuttaa esimerkiksi moniammatillisena yhteistyönä yksilö-, ryhmä ja perheinterventioina. Nykyisin niitä voidaan tarjota myös internetin tai etäyhteyden välityksellä. Myös vertaistukeen perustuvat keskusteluryhmät voivat olla psykososiaalista hoitoa.

Potilaan hoidon suunnittelussa ja hoidossa voidaan tehdä yhteistyötä vertaisen/kokemusasiantuntijan kanssa, mikäli potilas niin toivoo. Vertainen/kokemusasiantuntija voi osallistua ryhmisiin, toimia tukena tapaamisissa jne. Potilaalla saattaa myös olla oma tukihenkilö, joka voi olla mukana eri tilanteissa.

HUUMESEULAT KORVAUSHOIDOSSA

Seulojen muuttuva rooli

Korvaushoidossa huumeuseuloilla on aiemmin ollut korostunut rooli, joka ei ole nykytilanteessa enää perusteltu. Seuloilla ei saada päihteiden käyttöä näkyviin kuin osittain, sillä pikaseuloissa näkyy hyvin rajallinen määrä aineita, niissä voi tulla sekä vääriä positiivisia että negatiivisia tuloksia ja varmistusvastausten saaminen kestää pitkään. Varmistustuloskaan ei aina poissulje päihteiden käyttöä, sillä tulos riippuu myös esimerkiksi virtsan väkevyydestä tai seula voi olla manipuloitu. Ylimääräisen buprenorfiinin käyttöä buprenorfiinikorvaushoidossa ei voida seuloilla todentaa. Korvaushoidossa on syytä keskittää henkilöstön aikaresursseja seulomisen sijasta itse hoitotyöhön.

Mikäli korvaushoidossa herää huoli potilaan päihteiden käytöstä ja lääketurvallisuudesta, tilannetta tai lääkityslinjauksia ei voi ratkaista pelkästään huumeuseulalla. Huumeuseuloilla ei voi arvioida, onko päihteiden käyttö akuutisti lääketurvallisuutta vaarantavaa, sillä huumeuseulat eivät paljasta käytön määrää eikä tarkkaa ajankohtaa. Pelkästään seulatuloksen perusteella ei voi evätä korvaushoitolääkettä eikä seulaa tarvita tähän tarkoitukseen tai päihteiden käytön akuutin vaarallisuuden arviointiin. Tilannetta arvioidaan kokonaisuutena, jossa otetaan huomioon potilaan ajankohtainen kliininen vointi, hoitohistoria, mahdolliset aikaisemmat yliannostukset, potilaan kertomat seikat ja henkilöstön tekemät havainnot.

Pelkästään huumeestauksen tulokset eivät määritä kotilääkeoikeuksia. Kotilääkeoikeudet määritellään yksilökohtaisesti potilaan tavoitteet, muu elämäntilanne, lääketurvallisuus ja riskikäyttäytyminen huomioiden. Näiden seikkojen arvioinnissa myös muut seikat kuin huumeuseulat ovat tärkeitä.

Terveydenhoidollinen ja valvonnallinen testaus

Terveydenhoidollinen huumeestaus tehdään osana potilaan hoitoa. Yksittäinen tulos tulkitaan aina osana henkilön kokonaistilannetta. Terveydenhoidollisen huumeestauksen syynä voi olla erotusdiagnosi psykiatrisista tiloista, myrkytyksistä ja sairauksista, ongelmakäytön tunnistaminen ja hoito sekä esimerkiksi epidemiologiset tutkimukset ja kliinisten kokeiden koehenkilöiden testaaminen. Pääasiassa päihdehoidon hoitotyönä tekemä huumeestaus on terveydenhoidollista. Testaukseen tarvitaan potilaan suostumus. Testauksen ja tulosten merkitys sovitaan yhdessä potilaan kanssa ja kirjataan hoitosuunnitelmaan.

Valvonnallisista syistä voidaan tehdä huumeestajia oikeuslääketieteellisiä selvityksiä varten, kuten rikosten, huumaantuneena ajamisen tai kuolinsyyn selvittelyssä, sekä huumausaineiden käytön selvitystä varten vankien, työnhakijoiden, työntekijöiden, oppilaitosten oppilaiden ja lastensuojelun piirissä. Korvaushoidossa valvonnallista testausta voi olla esimerkiksi ajoterveydentilan seuranta ajo-oikeuden palauttamista varten tai päihdeettömyyden seuranta työkyvyn arvioinnissa. Valvonnallisessa testauksessa tuloksesta voi aiheutua testattavalle oikeudellisia, taloudellisia, sosiaalisia tai muita oikeusturvaan liittyviä seurauksia. Toisin kuin terveydenhuollollisessa testauksessa, valvonnallisessa testissä yksittäiselläkin tuloksella voi olla merkitystä. Valvonnallisen huumeestauksen

perusperiaatteet ovat valvottu näytteenotto, näytteiden koskemattomuus, analysointi akkreditoitussa laboratoriossa, positiivisten tulosten varmistaminen ja tulosten oikea tulkinta. Jos on epäilyä siitä, että millä tahansa huumausainetestauksen tuloksella voi myöhemmin olla seurauksia tutkittavalle, testaus täytyy suorittaa valvonnallisten periaatteiden mukaisesti.

Mitä seuloja voidaan ottaa

Huumeen tai lääkeaineen löytyminen **virtsa**sta kertoo, että ainetta on käytetty edeltävien päivien tai viikkojen aikana. Aineesta riippuu, kuinka kauan sen käyttö on todennettavissa virtsassa: osa aineista löytyy vain pari päivää, osa voi löytyä virtsasta viikkoja. Myös käytön satunnaisuus tai pitkäaikaisuus voi vaikuttaa joidenkin aineiden virtsalöydöksiin. Aineen löytyminen virtsasta ei kerro, onko potilas ollut päihtynyt aineesta näytteenoton hetkellä tai kuinka suuria määriä löytynyttä ainetta hän on käyttänyt. Pienet käyttömäärät tai käytön jäänteet voivat olla näkymättä huumeetitestissä kaikilla menetelmillä. Virtsa löytyvien aineiden pitoisuuksista ei tehdä tulkintaa käytön määrästä tai viimeaikaisuudesta. Virsanäytteen laimeus vaikeuttaa aineiden havaitsemista kaikilla menetelmillä.

Verinäytteestä voidaan seuloa samojen aineiden käyttöä kuin virtsastakin. Verinäyte kertoo aineen vaikutuksesta näytteenoton hetkellä. Päihtymystilaa ei voi suoraan päätellä verinäytteen pitoisuudesta, vaan esimerkiksi toleranssi ja ympäristön olosuhteet vaikuttavat aineen vaikutuksen ilmenemiseen. Verinäytteiden seulontaa käytetään lähinnä valvonnallisissa tehtävissä, esimerkiksi rattijuopumusepäilyissä.

Samoin kuin verinäyte, **sylkinäyte** kertoo aineen vaikutuksesta näytteenoton hetkellä. Sylkinäytteestä ei voi arvioida aineen pitoisuutta ja sen osuutta esimerkiksi päihtymystilaan. Sylkinäytteitä voi ottaa immunologisina pikaseuloina, mutta niissä voi olla sekä vääriä negatiivisia että positiivisia ja kaikki päihteen eivät pikatesteissä näy.

Veri- tai sylkinäytteillä ei ole vakiintunutta asemaa päihdehoidossa. Niillä voisi periaatteessa arvioida päihtymystilaa, mutta verinäytteen vastauksen saamisessa kestää päiviä tai jopa viikkoja ja sylkinäytteellä ei voi vahvistaa, mistä aineesta havaittu päihtymystila johtuu. Päihtymystilan arvioinnilla on merkitystä akuutteihin hoitoratkaisuihin, joten sen arviointi on kliininen, eikä sitä voi käytännössä hoitotilanteissa varmistaa millään päihdehoidossa käytettävällä seulontamenetelmällä.

Korvaushoitopotilaan huumeeseulat

Potilaan vointia, päihteen käyttöä ja kokonaistilannetta voidaan arvioida päihdehoidossa laajasti esimerkiksi taulukon 21 tavoilla.

Huumeetestejä voidaan käyttää erotusdiagnostiikassa selvittämään, voivatko potilaan käytös tai psyykkiset oireet liittyä päihtheisiin. Testeillä voidaan myös seurata päihtheettömyyttä hoidon aikana, mutta huumeeseulat eivät ole keskeinen päihtheiden käytön seurannan apuväline, sillä varmistusvastausten saaminen kestää pitkään eikä pikatesteissä näy kuin osa päihtheistä. Huumeetestejä ei saa käyttää ainoana hoidon onnistumisen seurantatapana.

Seulojen käytöstä sovitaan yksilöllisesti potilaan hoitosuunnitelmassa (taulukko 22). Mikäli seulontaa käytetään motivoimaan potilasta päihtheettömyyteen, seulonta tehdään pääsääntöisesti ns. yllätysseuloilla, joiden ajankohtaa ei etukäteen kerrota potilaalle. Seulontatiheys eli seulojen määrä viikossa tai kuukaudessa voi vaihdella potilaan ongelmapäihtheiden ja tilanteen mukaisesti. Potilaalla on aina oikeus kieltäytyä terveydenhoidollisesta seulasta. Seulasta kieltäytymisen merkitys ja siitä seuraavat toimenpiteet sovitaan etukäteen hoitosuunnitelmassa. Kieltäytymistä seulan antamisesta ei voi tulkita niin, että päihtheiden käyttö olisi näytetty toteen. Lähtökohtaisesti terveydenhoidollisesta testauksesta on aina potilaan oikeus kieltäytyä, mutta tällöin voidaan joutua pohtimaan sitä, kuinka potilasta voidaan hoitaa lääketieteellisesti perustellulla, turvallisella tavalla.

Taulukko 21. *Keinoja potilaan voinnin, päihteiden käytön ja kokonaistilanteen arvioimiseksi.*

Korvaushoitopotilaan kokonaistilanteen arvioinnin keinoja
• potilaan kertomat tiedot
• hoitohenkilökunnan havainnot
• potilaan havainnointi ennen ja jälkeen lääkityksen antamisen
• apteekkisopimuspotilailla sopimusapteekin havainnot
• alkometripuhallutukset
• huumeseulat
• verikokeet
• pistospaikkojen tarkastus potilaan suostumuksella
• kotilääkkeiden tarkastuslaskenta
• sovittujen asioiden hoito
• tehdyissä suunnitelmissa eteneminen.

Taulukko 22. *Huumeseulojen käyttökohteita korvaushoidossa.*

Seuloja voi käyttää esimerkiksi seuraavien tavoitteiden toteuttamisen tueksi
• taudinmääritys ja hoidon suunnittelu
• keskeisen ongelmapäihteen tunnistaminen
• potilaan hoitoon kiinnittäminen ja motivoiminen
• lääkityksen suunnitelmanmukaisen toteutumisen arviointi
• oikean hoitopaikan ja hoitoisuusluokan arviointi
• lääketurvallisuuden toteuttamisen seuranta.

Mikäli potilas kiistää käytön ja positiivisella seulatuloksella on seurauksia, seulavastaukseen perustuvat toimenpiteet astuvat voimaan varmistusvastausten tultua. Seulatulosten vastausten odottaminen ei ole hoitointerventioiden este, jos hoitoa täytyy muuttaa kliinisen arvion perusteella. Jos potilaan voinnista herää huoli, ei ole syytä odottaa seulavastauksia, vaan potilas hoidetaan kliinisen kuvan mukaan.

Seulojen tulkinta ja kirjaaminen

Näytteenotto ja näytteen käsittely on suoritettava teknisesti luotettavalla tavalla siten, että eri henkilöiden näytteet eivät voi sekoittua, näytteeseen ei voi joutua epäpuhtauksia eikä näytettä voi väärentää.

Tuloksen kirjauksesta potilaskertomukseen tulee selkeästi käydä ilmi, millä menetelmällä näyte on otettu ja onko kyse varmistetusta vai varmistamattomasta tuloksesta. Hoitaja voi kertoa tulokset potilaalle lääkärin ohjeistuksen perusteella. Seulojen tulkinnasta vastaa lääkäri. Potilasasiakirjoihin kirjataan, sopiiko seulatulos potilaan lääkitykseen vai viittaako se joidenkin aineiden kohdalla päihdekäyttöön. Seulojen tulkinnassa on tärkeää huomioida, kuinka pitkään aineet tavanomaisesti näkyvät (42). Tarvittaessa tulkinnan epäselvyyksissä voi konsultoida varmistusanalytiikan tehnyttä laboratoriota.

PÄIHITYMYKSEN ARVIOINTI

Päihtymyksen arviointi on potilastyössä kliininen. Alkometria voi käyttää apuna alkoholipäihtymyksen todentamisessa, mutta muu arvio on tehtävä potilasta havainnoimalla.

Virtsaseulaa ei käytetä akuutin päihtymyksen todentamiseen, koska virtsaseula kertoo sen, että henkilö on käyttänyt aiemmin seulassa todettua ainetta, mutta hän ei välttämättä ole enää kyseisen aineen vaikutuksen alainen. Henkilö voi olla päihtynyt jostain muusta aineesta kuin seulan löydöksestä. Pikaseulojen ainevalikoima on hyvin rajallinen, joten negatiivinen pikaseula ei poissulje sitä, etteikö henkilö olisi voinut käyttää jotakin seulassa havaitsematonta ainetta. Mikäli päihtyneeltä kuitenkin jostain syystä otetaan pikaseula ja se on negatiivinen, seulatulos lähetetään laajaan varmistukseen (43).

Sylkinäytettä ei potilastyössä voi käyttää päihtymyksen luotettavaan todentamiseen. Aineita on syljessä yleensä samaan aikaan kuin verenkierrossa, mutta syljen pikatestien ainevalikoima ei ole kovin laaja. Pikatestit eivät myöskään kerro aineen todellisesta vaikutuksesta, vaikka sitä syljessä olisikin. Ainetta voi olla verenkierrossa niin vähän, että henkilö ei ole tästä kliinisesti päihtynyt, ja toisaalta päihtymyksen aiheuttava aine voi olla sellainen, ettei se sylkitestissä näy.

Päihtymyksen arvioissa oleellista on potilaan tuntevan työntekijän arvio päihtymyksestä (päihtymyksen merkkejä taulukossa 23).

Taulukko 23. Päihtymyksen merkkejä.

Ominaisuus	Miten päihtymys ilmenee?
Sedaatio	uneliaisuus puheen sammallus desorientaatio
Motoriikka	horjuva kävely kömpelyys tasapainovaikeudet
Käyttäytyminen	levottomuus impulsiivisuus ylimielisyys merkittävästi normaalista poikkeava käytös
Fyysiset merkit	korkea tai matala syke korkea tai matala verenpaine hikoilu laajat tai pienet pupillit merkittävästi normaalista poikkeava olemus tai vointi

Havaittavasti päihtyneelle potilaalle ei anneta korvaushoitolääkettä, jos se aiheuttaa yliannosriskin tai muun lääketieteellisen tai hoidollisen ongelman. Tilanteen arvioinnissa on tärkeää arvioida sitä, miten potilas on yleisesti voinut aiemmilla lääkkeenjakoeroilla. Näin ollen voinnista tulee tehdä säännölliset kirjaukset ja etenkin poikkeava vointi tulee kirjata potilasasiakirjoihin. Epäselvässä tai epävarmassa tilanteessa pyydetään toinen työntekijä avuksi arviointiin. Jos lääke jätetään antamatta päihtymyksen takia, molempien työntekijöiden tulee kirjata havaintonsa potilasasiakirjoihin.

Päihtymyksen arvioinnissa tulee muistaa erotusdiagnostiikka eli esimerkiksi somaattisten sairauksien ja akuuttitilanteiden poissulkeminen.

KOTILÄÄKKEET

Korvaushoitoasetuksen mukaan potilaalle voidaan luovuttaa korvaushoitoyksiköstä enintään 8 vrk lääkkeitä mukaan, jos hän sitoutuu hoitoonsa hyvin. Erityisestä syystä tällaiselle potilaalle voidaan poikkeuksellisesti myöntää 15 vrk kotilääkkeitä. Kotilääkkeet koskevat buprenorfiini-naloksonin kielenalusvalmisteita, metadonia ja levometadonia. Injektio- tai implantaattibuprenorfiinia ei voi koskaan saada kotilääkkeeksi.

Kotilääkkeillä on ainakin kolmenlaisia tehtäviä. Niitä voidaan käyttää

- hoitoväsymyksen ennaltaehkäisyyn
- palkkiona hoidossa etenemisestä
- hoitoyksikkösidonnaisuuden vähenemiseen ja elämän normalisoimiseen kuntoutumisen myötä.

Kotilääkkeet helpottavat korvaushoitopotilaan elämää, sillä päivittäinen asiointi korvaushoitoyksikössä voi olla raskasta, kun kyse on lähtökohtaisesti hyvin pitkäkestoisesta hoidosta. Toisaalta kotilääkkeiden myöntämisen täytyy perustua huolelliseen arvioon, jotta kotilääkkeitä eivät päädy kenellekään muulle kuin potilaalle itselleen, tarkoituksella tai vahingossa. Kotilääkkeet saattavat lisätä hoitomotivaatiota, jos alkaa ilmetä hoitoväsymystä. Toisaalta säännöllinen lääkkeenhaku saattaa toisille olla toimintakykyä ylläpitävä tekijä. Kotilääkitysten mahdollisuus, edellytykset ja toteutus määritellään yksilöllisesti hoitosuunnitelmassa. Suunnitelman tulee olla kannustava.

Kotilääkkeiden edellytykset ja esteet

Kotilääkkeiden saaminen perustuu yksilölliseen, moniammatillisesti tehtyyn turvallisuusarvioon. Potilaan kokonaistilanteen tulee olla riittävän stabiili ennen kotilääkkeiden saamista. Arviossa huomioidaan sitoutuminen hoitoon, psyykinen terveydentila, päihteiden käyttö ja sosiaalinen ympäristö, esim. onko potilaalla lapsia tai päihteitä käyttävä kumppani. Yleensä kotiannoksia voi saada tilanteessa, jossa hoito on vakiintunut, potilas on käynyt korvaushoitoyksikössä säännöllisesti, lääkitys on toteutunut ilman välipäiviä eikä ole tullut esiin päihtyneenä asiointia, korvaushoitolääkkeen väärinkäyttöä tai muuta huolta potilaan voinnista. Potilaan fyysisen ja psyykkisen tilanteen tulee olla riittävän vakaa. Korvaushoitolääkkeen annoksen tulee olla saavuttanut hoitotason. Lisäksi arvioidaan asumisjärjestelyt, jotta potilas voi viedä lääkkeet turvallisesti kotiinsa. Potilaat, joiden kohdalla kotilääkeoikeuksia tulee harkita erityisen tarkkaan, on kuvailtu taulukossa 24.

Taulukko 24. Potilaat, joiden kohdalla kotilääkeannoksia on harkittava erityisen tarkkaan.

Kotilääkeannoksien erityisen tarkkaa harkintaa vaativat potilaat
• potilaalla on ollut päihteiden käyttöön liittyviä yliannostuksia
• potilaalla on suonensisäistä oheisopioidien käyttöä
• potilas, joka ei pysty puolustamaan oikeuksiaan käyttäjämaailmassa ja on vaarassa joutua pakottamisen tai hyväksikäytön kohteeksi
• potilas, jolla on korkea-annosinen bentsodiatsepiiniriippuvuus tai alkoholiriippuvuus tai runsaasti muiden lamaavien aineiden käyttöä
• potilas, jonka psyykinen vointi on huomattavan epävakaa, esimerkiksi psykoottisesti oireileva potilas.

Kotiannosten arvioinnissa huomioitavia asioita on taulukossa 25. Kotilääkitysten edellytys on, että potilaalla ei ole ajankohtaisesti runsasta päihteiden käyttöä, joka vaarantaa lääketurvallisuuden tai on osoitus hoitoon sitoutumattomuudesta. Päihteiden käyttö on merkittävää, jos potilas on

korvaushoitoyksikössä asioidessaan päihtynyt tai hoito ei toteudu suunnitelmallisesti, esimerkiksi päihteiden käytön vuoksi tulee välipäiviä.

Yksittäinen positiivinen seulatulos ei välttämättä tarkoita, että kotilääkkeille tulee välitön este, vaan tilannetta arvioidaan kokonaisuutena. Jos potilaalla ei ole muiden opioidien eikä stimulanttien käyttöä, pistämistä, runsasta alkoholin käyttöä eikä runsasta bentsodiatsepiinien käyttöä, kotiannokset ovat päihteiden käytön osalta mahdollisia. Satunnainen kannabiksen käyttö ei ole kotilääkkeiden ehdoton este, jos hoitoyhteistyö on kokonaisarvion perusteella hyvää eikä kannabis aiheuta potilaalle psyykkisiä haittavaikutuksia. Jos kannabiksen käyttö on jatkuvaa, tilannetta arvioidaan hoitoneuvottelussa ja hoitosuunnitelmassa. Päihteiden käyttöä arvioidaan klinisen voinnin perusteella ja yksilöllisen hoitosuunnitelman mukaisesti huumeseuoloilla, pistoalueiden tarkastuksilla, alkometrillä ja laboratorioarvojen seurannalla.

Haittoja vähentävillä tavoitteilla olevilla potilailla kotilääkitysten edellytyksenä on samoin lääketurvallisuus ja hoitoon sitoutuminen. Tällöin kotiannosten tarkoitus on ennaltaehkäistä hoitoväsymystä, kiinnittää hoitoon, taata vakaa opioidikorvaushoito. Pitkäkestoisessa korvaushoidossa panostetaan keskinäisen luottamuksen syntymiseen ja siihen, että potilas uskaltaa kertoa todellisen päihteiden käyttönsä korvaushoitoyksikössä ja että sen vaarallisuutta pystytään arvioimaan niiden päivien osalta, jolloin potilas saisi kotilääkkeet. Kotiannoksia arvioidaan kokonaistilanteen kannalta. Mikäli seurannassa on nähty, että potilaan elämä on vakiintunut ja hän asioi yksikössä hoitosuunnitelmansa mukaisesti, kotiannokset ovat mahdollisia, vaikka potilaalla olisi jatkuvaa päihteiden käyttöä. Päihteiden käytön tulee kuitenkin olla hallinnassa siten, että potilas kykenee aina huolehtimaan kotiannoksistaan ja voinnistaan.

Taulukko 25. *Kotiannosten arviointi.*

Kotiannosten mahdollisuutta arvioidessa huomioidaan
• säännöllinen ja suunnitelman mukainen vastaanottoaikojen käyttäminen
• huumeseuolojen antaminen pyydettyäessä
• opioidien, stimulanttien, bentsodiatsepiinien ja alkoholin käyttö sekä muu mahdollisesti potilaan lääketurvallisuuden vaarantava päihteiden käyttö
• korvaushoitoyksikössä asiointi päihtyneenä
• välipäivät
• yliannostukset
• viimeaikainen lääkitysten ohjeenmukainen käyttö
• kuntouttava toiminta, kuten työtoiminta, työ, opiskelu
• sosiaalinen tilanne, esim. asuminen, asuinkumppanit.

Kotilääkkeiden vasta-aihe on lääkkeiden myyminen tai luovuttaminen eteenpäin riippumatta siitä, toimiiko henkilö pakotettuna vai vapaaehtoisesti.

Kotilääkkeet luovutetaan potilaalle itselleen. Potilaan on huolehdittava siitä, että hän säilyttää ja käyttää lääkitykset ohjeen mukaisesti. Potilaalla tulee olla lukittava säilytyslipas lääkkeille. Kotilääkkeitä ei voi saada, mikäli kotiannokset esimerkiksi häviävät tai varastetaan, ennen kuin tilanne on uudestaan tarkkaan arvioitu ja tilanne oleellisesti muuttunut niin, ettei tule huolta lääkkeiden katoamisesta uudelleen. Mikäli potilas on kadottanut kotilääkkeensä, tilanne ja mahdollinen lääkkeenjako yksiköstä arvioidaan aina yksilöllisesti. Lääkityksettä jääminen ei saa olla rangaistus, vaan arviointi tehdään lääketieteellisin perustein.

Kotilääkkeiden vaihtoehtona voidaan esimerkiksi tilapäisen toisella paikkakunnalla Suomesa oleskelemisen yhteydessä sopia korvaushoidon väliaikaisesta siirrosta toiselle paikkakunnalle,

mikäli kotilääkkeet ovat vasta-aiheiset. Buprenorfiinihoidossa kotilääkkeiden vaihtoehtona on injektiovalmiste.

Aikataulu

Kotilääkkeiden aloitus ja kotiannosten määrä arvioidaan yksilöllisesti potilaan hoitosuunnitelmassa. Tässä esitetyt aikamääreet ovat viitteellisiä.

Useimmat potilaat käyvät hoidon aloitusvaiheessa yksikössä päivittäin vähintään 1-3 kk ennen kotiannosten saamista. Tästä ainakin viimeisin kuukausi on yleensä toteutunut yhteistyössä ja suunnitellusti ilman merkittävää päihteiden käyttöä sekä muuta huolta voinnista. Kotiannokset alkavat yleensä yhdellä päivällä viikossa. Kotilääkepäivät voivat lisääntyä esimerkiksi yhdellä kotilääkepäivällä viikossa kuukauden välein, mikäli potilas sitoutuu hoitoon hyvin.

Nopeampaa aikataulua voidaan käyttää esimerkiksi työssäkäyvälle potilaalle, jolle voi lisätä kotilääkepäiviä esimerkiksi 1-2 viikon välein. Vastikään synnyttänyt potilas saattaa hyötyä varhaisista kotilääkkeistä, jotta perheen arki sujuu ja tuetaan potilaan ja perheen voimavaroja, jos perheen tukiverkot ja muu seuranta ovat riittävät. Myös esimerkiksi hyvin onnistuneessa laitoskuntoutuksessa olleille potilaille voidaan antaa nopeutetusti kotilääkkeitä, jos päivittäiset käynnit korvaushoitoyksikössä eivät tue päihteettömänä pysymistä.

Kotilääkepäivien vähentäminen ja hoidon tehostaminen

Kotilääkkeiden saamisen yksilölliset edellytykset määritellään hoitosuunnitelmassa. Jos esiin tulee merkittävää päihteiden käyttöä, kotilääkkeitä ei voi saada. Kotilääkityksiä ei myöskään voi saada, jos terveydentilassa tapahtuu merkittäviä muutoksia, jotka vaarantavat lääketurvallisuuden, tai jos potilaan sitoutuminen hoitoon muuten merkittävästi heikkenee.

Hoidon tehostaminen ei tarkoita pelkästään kotiannosten epäämistä, vaan samalla arvioidaan potilaan tarvitsema muu tuki, esimerkiksi hoitajan ja lääkärin tapaamiset tai vieroitushoidon ja kuntoutuksen tarve.

Päihteiden käytön vuoksi tehdyn laitosvieroituksen jälkeen on yleensä perusteltua seurata potilaan vointia yksikössä päivittäin kotiutumisen jälkeen, ennen kuin kotilääkitys voi taas alkaa.

Korvaushoitoyksikössä havaitun päihtymyksen tai välipäivän jälkeen tapahtuva kotilääkkeittä jääminen määritellään yksilöllisesti hoitosuunnitelmassa. Esimerkkinä voidaan määritellä, että välipäivän tai yksikössä päihtyneenä asioimisen takia potilas ei voi saada kuluvalle viikolla kotilääkkeitä, jos tilanne ei ole säännöllinen eikä tule muuta huolta voinnista. Kotiannospäiviä voi saada uudelleen yksilöllisen arvion ja hoitosuunnitelman mukaisesti.

Kotiannossuunnitelma tehdään aina yksilöllisesti. Sellaistenkin potilaiden kohdalla, joilla on jatkuva päihteiden käyttöä, kotiannokset voivat olla mahdollisia. Tällöin on arvioitava, onko potilaan toimintakyky riittävä kotiannosten saamiseksi ja niiden asianmukaisesti käyttämiseksi ja aiheuttavatko ne lääketurvallisuusriskin. Kotiannosten esteenä on sitoutumattomuus hoitoon ja hoitosuunnitelmaan sekä sellainen psyykinen tila, joka aiheuttaa hoitohenkilöstössä huolta ja jonka vuoksi potilasta on tarpeen tavata päivittäin yksikössä.

Buprenorfiinin tuplasulatus

Mikäli potilaalla on buprenorfiinilääkitys kielenalusvalmisteilla ja hän tarvitsee korvaushoitoyksikössä asiointia suunnitellun vapaapäivän, kotiannosten sijasta voidaan harkita kaksinkertaista lääkeannosta yhdellä kertaa. Vastaavasti voidaan annostella kolmen päivän annos yhdellä kertaa. Ns. tuplasulatuksessa potilas ottaa yhdellä kertaa kaksinkertaisen annoksen, kuitenkin kerrallaan Suboxone/Bunolict max 32 mg ja Zubsolv 17,2 mg. Ns. triplasulatuksessa annos on vastaavasti kolminkertainen, edellä mainitut maksimiannokset huomioiden.

Tupla- ja triplasulatusta harkitessa on arvioitava erityisesti yliannostusriskiä ja päihteiden käyttöä. Monet potilaat myös kokevat, että lääkevaikutus hiipuu ennen seuraavaa lääkkeen antoa. Tupla- tai triplasulatusta ei tule käyttää potilaan tahdon vastaisesti esimerkiksi tilanteissa, joissa korvaushoitoyksikön resurssit ovat säännöllisesti riittämättömät päivittäistä lääkityksen antamista varten.

VÄLIPÄIVÄT

Välipäivällä tarkoitetaan sellaista päivää, jolloin potilas ei saa korvaushoitolääkettään. Syynä voi olla esimerkiksi lääkkeenjaolta poissaolo tai päihtymys, jonka vuoksi lääkettä ei voida antaa. Hoitosuunnitelmaa tehtäessä sovitaan potilaan kanssa välipäivien aiheuttamista muutoksista hänen hoitoonsa.

Välipäivien jälkeen annettava lääkitys perustuu yksilölliseen kokonaisarviointiin, jossa huomioidaan potilaan kokonaistilanne, lääkitysturvallisuus, päihtymys ja vieroitusoireet. Lääkitysturvallisuutta arvioitaessa huomioidaan potilaan aiemmat yliannostukset, ajankohtainen päihteiden käyttö ja päihteiden vaikutus korvaushoitolääkkeeseen.

Mikäli potilas on päihtynyt, hänelle ei ole yleensä turvallista antaa korvaushoitolääkettä. Alkoholipäihtymys voidaan todentaa alkometrillä, muuten päihtymyksen diagnoosi on kliininen (ks. edellä kappale Päihtymyksen arviointi).

Metadoni

Jos potilaalla on 1-3 välipäivää eikä voinnista ole huolta, hän voi saada normaalin korvaushoitannon. Sen sijaan, jos poissaolon syynä on ollut päihteiden käyttö tai on muuta huolta voinnista, voidaan laskea metadoniannosta jo esimerkiksi 2 välipäivän jälkeen ja antaa potilaalle esimerkiksi noin 50-75 % omasta annoksesta.

4-5 välipäivän jälkeen annetaan puolet omasta hoitoannoksesta, kuitenkin enintään 40 mg.

Jos potilaalla on enemmän kuin 5 välipäivää, aloitusannos on 20-40 mg ja lääkäri tekee yksilöllisen annosnostojen suunnitelman. Annosnostot voivat olla nopeampia kuin varsinaisessa metadonihoidon aloituksessa, esim. 10(-20) mg/vrk, joilla annos nostetaan hoitotasolle 5-7 vrk aikana.

Levometadoni

Levometadonihoidossa voidaan noudattaa metadonihoidon ohjeita välipäivistä huomioiden, että levometadonin annos on puolet vastaavasta metadoniannoksesta eli 5 mg levometadonia vastaa 10 mg metadonia. Tarvittaessa voidaan välipäivien annosnostot tehdä myös metadonilla, mikäli potilaan QTc-aika ei ole vastaavilla metadoniannoksilla aiemmin ollut merkittävästi pidentynyt.

Buprenorfiini kielenalusvalmisteet

Jos potilaalla on 1-3 välipäivää, hän voi saada normaalin annoksen, ellei voinnista ole erityistä huolta. Jos välipäivien syynä on päihteiden käyttö tai on muu huoli voinnista, voidaan annosta tarvittaessa laskea 2-3 välipäivän jälkeen ja antaa esim. 50-75 % omasta annoksesta.

4-5 välipäivän jälkeen annetaan Suboxone/Bunalyct 8 mg tai puolet omasta annoksesta (pyörästys alaspäin, annokset 2 mg välein). Mikäli annos on alle 8 mg/vrk, voidaan antaa oma annos. Annos nostetaan 2-3 päivässä takaisin omalle annokselle.

Mikäli potilaalla on enemmän kuin 5 välipäivää, annetaan 4 mg ja annosnosto voidaan tehdä esim. 4 mg/vrk, kunnes oma annos on saavutettu.

Zubsolvin osalta voidaan soveltaa samaa ohjetta huomioiden annosten vastaavuudet (ks. luku 2 Zubsolvin aloitusohjeet).

Buprenorfiinin injektiovalmisteet

Jos potilas asioi lääkkeenjaossa päihtyneenä injektiopäivänä, tulee aina selvittää potilaan hoidon tilanne ja lisätuen ja vieroituksen tarve. Suurimmat plasman buprenorfiinipitoisuudet ja kliiniset vaikutukset ilmenevät noin 12-24 tuntia Buvidal-viikkoinjektion jälkeen, 6-10 tuntia Buvidal-kuukausi-injektion jälkeen ja 24 tuntia Subutex depot -injektion jälkeen. Tästä syystä ei välttämättä tarvitsisi jättää depot-injektiota antamatta potilaan päihtymystilan vuoksi, mutta tilanne tulee arvioida aina yksilöllisesti ja kokonaisuutena huomioiden erityisen tarkkaan se, että potilas käy injektioilla harvoin eikä yksikössä ole välttämättä tietoa hänen todellisesta tilanteestaan. Jos potilas on injektiopäivänä päihtynyt, se voi kertoa siitä, että päihteiden käyttö ei ole hallinnassa ja hän tarvitsee lisää tukea ja seurantaa eikä uuden injektioantaminen ole turvallista. Tilannetta

voidaan tällöin arvioida uudelleen seuraavana päivänä, mikäli potilas ei ole välittömästi esimerkiksi laitoshoidon tarpeessa.

Buvidal

Viikkoinjektio voidaan antaa 5-9 vrk kuluttua edellisestä injektiosta (taulukko 26). Mikäli potilas saapuu lääkkeenjakoyn yli 9 vrk kuluttua edellisestä injektiosta, annetaan 8 mg pienempi viikkoinjektio. Mikäli potilas kokee tämän riittämättömäksi, voidaan seuraavalla kerralla siirtyä entiselle vahvuudelle.

Kuukausi-injektio voidaan antaa 3-5 vko edellisestä injektiosta (taulukko 26). Mikäli potilas saapuu lääkkeenjakoyn yli 5 vko edellisestä injektiosta, annetaan 32 mg pienempi viikkoinjektio. Mikäli potilas kokee tämän riittämättömäksi, voidaan seuraavalla kerralla siirtyä entiselle vahvuudelle.

Subutex depot

Subutex depot voidaan turvallisesti tarvittaessa antaa 26-42 vrk välein eli 2 vrk aiemmin tai 14 vrk edellisen injektio-päivän jälkeen (taulukko 26). Kun on saavutettu tasapainotila kahden (300/100 mg) tai kuuden (300/300 mg) Subutex depot -injektio-n jälkeen, satunnaisilla enintään neljän viikon (viimeisimmästä injektiosta 56 vrk) annosteluviiveillä ei ole merkittävää vaikutusta hoidon tehoon, sillä hoidolliset buprenorfiinipitoisuudet säilyvät yleensä plasmassa tämän ajan. Yli neljän viikon annosteluviiveisiin voi liittyä buprenorfiinipitoisuuksien pieneneminen. Jos on epäilystä potilaan opioiditoleranssin laskusta, hänelle annetaan kielenalusvalmistetta 8 mg. Jos ei ilmene sedaatiota tai muuta huolestuttavaa, seuraavana päivänä annetaan aiemmin käytetty Subutex depot -annos. (Taulukko 26.)

Taulukko 26. *Injektioiden mahdollinen antoväli sekä toimenpiteet, jos antoväli ylittyy.*

Valmiste	Antoväli	Huomioitavaa
Buvidal viikkoinjektio	5-9 vrk	Jos väli pidempi, niin seuraavalla injektiolla annetaan 8 mg pienempi annos.
Buvidal kuukausi-injektio	3-5 vko	Jos väli pidempi, niin seuraavalla injektiolla annetaan 32 mg pienempi annos.
Subutex depot	26-42 vrk	Tasapainotilassa enintään 4 viikon eli 56 päivän annosteluviiveillä ei merkittävää vaikutusta hoidon tehoon. Jos viive suurempi, opioiditoleranssi tarkistettava esim. 8 mg kielenalusvalmisteella ja injektio annetaan tästä seuraavana päivänä tai vaihtoehtoisesti aloitetaan hoito uudelleen aloitusohjeen mukaan.

VAHINGOSSA ANNETTU LIIAN ISO ANNOS

Metadoni

Mikäli potilas saa vahingossa esimerkiksi toisen potilaan annoksen tai muusta syystä liian suuren annoksen, hänelle kerrotaan virheestä ja kehoitetaan seuraamaan vointiaan. Mikäli hänellä on pidentynyt QTc-aika tai muita QT-aikaan vaikuttavia lääkkeitä tarvittaessa otettavina, häntä kehoitetaan välttämään näitä tarvittavia lääkkeitä päivän ajan. Häntä kehoitetaan myös välttämään päihteiden käyttöä sekä koneiden käyttöä ja autolla ajamista päivän ajan. Mikäli mahdollista, häntä kehoitetaan olemaan toisen ihmisen seurassa.

Jos mikä tahansa liian iso annos annetaan hoidon aloitusvaiheessa nosto-ohjelman aikana, kun toleranssi ei ole vielä kunnolla kehittynyt, seurataan potilaan vointia yksikössä ainakin 4 tuntia. Jos hänelle tulee seurannassa ilmi viitteitä yliannostuksesta, lähetetään hänet tarvittaessa päivystykseen.

Jos potilaalla on ollut välipäiviä tai hänellä on kotiannoksia eikä voida olla varmoja toleranssista, häntä seurataan yksikössä 4 tuntia, mikäli ylimääräinen annos on vähintään 50 % normaalista annoksesta. Jos hänelle tulee seurannassa viitteitä yliannostuksesta, ohjataan hänet päivystykseen.

Jos potilas on ollut yli 2 kk metadonihoidossa vähintään annoksella 40 mg/vrk, hän yleensä kestää toleranssin ansiosta annoksen tuplaamisen ilman merkittäviä viitteitä myrkytyksestä. Jos annos on isompi kuin kaksinkertainen normaaliin annokseen verrattuna, häntä on seurattava 4 tuntia. Jos hänelle tulee yliannostuksen merkkejä, hänet ohjataan päivystykseen.

Buprenorfiini

Liian suuret kielenalusvalmisteiden buprenorfiiniannokset eivät yleensä ole satunnaisina annoksina kovin vaarallisia. Vaikutukset jatkuvat useita tunteja. Potilaalle kerrotaan vahingosta ja ohjataan häntä seuraamaan sedaation merkkejä sekä välttämään koko päivän ajan päihteiden käyttöä ja auton ja koneiden käyttöä. Ylimääräinen annos voidaan huomioda vähentämällä seuraavan päivän annosta.

Buprenorfiini-injektiot

Buprenorfiini-injektion riski liittyy buprenorfiinipitoisuuden pitkäkestoisuuteen plasmassa. Jos potilas saa vahingossa liian suuren annoksen tai oman annoksensa liian aikaisin, hänen vointiaan on seurattava riittävän pitkään, huomioiden valmisteen buprenorfiinipitoisuuden nousun ajankohdan (12–24 tuntia Buvidal-viikkoinjektion jälkeen, 6–10 tuntia Buvidal-kuukausi-injektion jälkeen ja 24 tuntia Subutex depot -injektion jälkeen). Mikäli potilas saa myrkytysoireita, saatetaan tarvita pitkäaikaista seurantaa, joka toteutetaan voimien ja tilanteen mukaan tarvittaessa laitoshoidossa tai sairaalassa.

LÄÄKEANNOS OKSENTAMISEN JÄLKEEN

Buprenorfiini imeytyy nopeasti kielenalusvalmisteista suun limakalvojen läpi, joten vaikka potilas oksentaisi lääkkeenoton jälkeen, hänelle ei anneta lisäännosta.

Metadoni imeytyy yleensä pääasiassa ensimmäisten 10 minuutin aikana, joten potilas ei yleensä tarvitse lisäännosta, mikäli hän oksentaa yli 10 minuutin kuluttua annoksesta. Tarvittaessa voidaan vointia seurata 3-6 tuntia ja arvioida voimien perusteella lisäännoksen tarvetta.

Jos potilas oksentaa alle 10 minuutin kuluessa metadonin ottamisesta, on epävarmaa, kuinka paljon metadonia on ehtinyt imeytyä. Jos potilas on ollut metadonihoidossa yli 2 viikkoa eikä hänellä ole ollut välipäiviä hoidossa, voidaan hänelle antaa enintään puolet normaalista metadoniannoksesta.

PÄIHTEIDEN KÄYTTÖ

Suurella osalla opioidiriippuvaisista henkilöistä on myös muita riippuvuuksia tai päihteiden haitallista käyttöä. Opioidikorvaushoito ei suoraan vaikuta näihin eivätkä muut riippuvuudet myöskään ole este korvaushoidolle. Korvaushoidossa voidaan tuen ja psykososiaalisen hoidon avulla auttaa potilasta irtautumaan myös muiden päihteiden käytöstä, mikäli se on potilaan tavoite. Opioidiriippuvaisen kuntoutumisprosessissa on erittäin hyödyllistä irrottautua muita päihteitä käyttävästä sosiaalisesta verkostosta. Mahdollisia syitä päihteiden käytölle on taulukossa 27.

Taulukko 27. Esimerkkejä korvaushoidon aikaisen päihteiden käytön syistä.

Päihteiden käytön syitä korvaushoidossa
• muut päihderiippuvuudet
• liian pieni korvaushoitolääkkeen annos
• käyttöä ylläpitävät ulkoiset eli ympäristötekijät, kuten päihdemaailmassa eläminen, aineen helppo saatavuus, päihteiden käyttö lähipiirissä
• käyttöä ylläpitävät sisäiset tekijät, kuten psyykkiset oireet, joihin päihteiden käyttö saattaa tuoda tilapäistä helpotuksen kokemusta.

Korvaushoidon aikaista päihteiden käyttöä on monenlaista: runsaasta, henkeä uhkaavasta monipäihdekäytöstä satunnaiseen, vähäiseen yksittäisen päihteen käyttöön. Mikäli potilaan tavoitteena on päihdeettömyys, vähäisenkin päihteiden käytön vuoksi on usein tarpeen tiivistää hoitoa, jotta potilas saa riittävän tuen päihteiden käytöstä eroon pääsemiseen ja erossa pysymiseen. Myös vähäinen päihteidenkäyttötilanne saattaa vaatia laitoshoidon ja intensiivistä kuntoutusta, joka täytyy mahdollistaa potilaan tavoitteiden mukaisesti myös silloin, vaikka päihteiden käyttö ei olisi vielä pitkäkestoista. Erityisesti sellainen potilas tulee ohjata nopeasti tiiviimpään hoitoon, jolla on päihteiden käyttö juuri alkanut. Samanlaisella päihteiden käytöllä voi siis olla yksilöllisesti hyvin erilaisia hoidollisia seurauksia. Seuraukset perustuvat tukeen, ei rangaistukseen.

Päihteiden käyttö on arvioitava kokonaisuutena. Päihteiden käytön ilmetessä on arvioitava sekä korvaushoitoannoksen turvallisuutta että lisätuen tarvetta. Usein kannattaa tiivistää psykososiaalista hoitoa ja arvioida, onko potilaalla hoitoa vaikeuttava fyysinen tai psyykinen oireisto tai sairaus. Hoidon tiivistäminen voi tapahtua esimerkiksi tihennetyillä hoitajatapaamisilla, tihennetyillä seuloilla tai pistosjälkitarkastuksilla tai motivoivilla puhelinkontakteilla. Myös potilaan verkostoa voi ottaa mukaan hoidon tehostamiseen. Hoidon tehostamisen keinoista sovitaan hoitosuunnitelmas- sa. Hoitosuunnitelmassa pohditaan etukäteen potilaan kanssa yhteistyössä, mitä tapahtuu retkahduksissa ja muissa päihteidenkäyttötilanteissa. Päihteidenkäyttöön puututaan potilaan tavoitteiden edellyttämällä tavalla.

Myös kerrannaisvaikutus täytyy ottaa huomioon hoitoyksikössä, sillä vaikka hoito yksilöllistä, niin korvaushoitoyksikön käytännöt vaikuttavat kaikkiin. Kerrannaisvaikutus huomioidaan tekemällä jokaiselle potilaalle yksilöllinen hoitosuunnitelma, joka perustuu potilaan tarpeisiin ja tavoitteisiin ja jota päivitetään yksilöllisesti. Hoitosuunnitelmissa määritellään, miten päihteiden käyttö kunkin potilaan hoidossa huomioidaan, miten siihen puututaan ja hoitoa tehostetaan.

Jos päihteiden käyttö vaarantaa hoidossa olevan henkilön turvallisuuden, on hänelle ensisijaisesti tarjottava vieroitusta päihteiden käytöstä ja tilanteen tarkempaa arviointia. Lääketurvallisuutta vaarantava päihteiden käytön vieroitus on usein syytä tehdä laitoshoidossa. Potilasta ei voi kuitenkaan pakottaa laitoshoidon päihteiden käytön vuoksi, vaan hoidollisista ratkaisuista on oltava potilaalle hyötyä. Motivointia laitoshoidon ja muuhun hoidon tehostamiseen jatketaan, kunnes potilaan tilanteeseen saadaan muutos. Mikäli lääketurvallisuutta vaarantava päihteiden käyttö jatkuu, on korvaushoitolääkkeen annosta usein vähennettävä, kunnes tilanne on hallinnassa. Annoslaskuissa täytyy muistaa, että päihteiden käyttö voi myös ainakin osittain johtua liian vähäisestä korvaushoitolääkkeen annoksesta, jota potilas paikkailee päihteiden käytöllä.

Korvaushoitoa ei lopeteta päihteiden käyttöön, vaikka se olisi jatkuvaa ja/tai runsasta. Vain täysin kaoottinen, lääketurvallisuutta vaarantava päihteiden käyttö, esimerkiksi tiheästi toistuvat yliannostukset, voi olla hoidon määräaikaisen keskeyttämisen tai lopettamisen peruste silloin, kun tilannetta ei ole merkittävästi hoidon tehostamisesta huolimatta saatu riittävästi haltuun. Hoidon keskeyttäminen tai lopettaminen ei kuitenkaan paranna kokonaistilannetta eikä pienennä yliannostuksen riskiä, joten on arvioitava hyvin tarkkaan, onko potilaalla suurempi riski olla hoidossa kuin hoidon ulkopuolella.

Jos potilas tarvitsee päihteiden käytöstä laitosvieroitusta, korvaushoitoyksikössä pohditaan etukäteen potilaan kanssa vieroituksen suuntaviivat, jotka vieroitushoitoyksikössä toteutetaan.

Yhteistyö korvaushoitoyksikön ja laitousyksikön kanssa on tärkeää ja siihen tulee panostaa. Mikäli suunnitelmien päivittämiselle tulee tarve laitoshoidon aikana, niistä sovitaan yhdessä korvaushoitoyksikön kanssa siten, että kaikki hoitoyksiköt ja potilas ovat tietoisia hoitosuunnitelman muutoksista.

Alkoholi

Alkoholi voi muodostaa lääketurvallisuusriskin opioidien ja muiden keskushermostoa lamaavien lääkkeiden yhteiskäytössä. Opioidimyrkytyksissä alkoholi, bentsodiatsepiinit ja muut lamaavat lääkkeet ovat merkittäviä tekijöitä.

Alkoholin käyttö korvaushoitopotilailla on verrattain yleistä ja sen käytöstä tulee aktiivisesti kysyä. Alkometrin käytöstä korvaushoidon käyntien yhteydessä sovitaan hoitosuunnitelmassa. AU-DIT-kyselyä kannattaa käyttää myös korvaushoidon aikana. Juomapäiväkirja voi auttaa tilanteen kartoituksessa ja seurannassa.

Laboratoriomittauksista erityisesti PEth on suositeltava seulontamenetelmä niille, joiden alkoholin käytöstä on epävarmuutta. PEth-tutkimusta voi myös käyttää tilanteen seurannassa ja potilaan motivoinnissa.

Korvaushoidossa tarjotaan aktiivisesti apua alkoholin käytön vähentämiseen. Mini-interventiota ja psykososiaalisia hoitoja toteutetaan myös korvaushoidon aikana. Lääkehoidosta disulfiraami, akamprosaatti ja baklofeeni soveltuvat myös korvaushoitopotilaille. Mikäli potilaalla on runsasta alkoholin käyttöä, välipäiviä alkoholin käytön vuoksi tai hän puhaltaa toistuvasti alkometriin promilleja korvaushoitoyksikössä asioidessaan, ohjataan potilas laitosisvieroitukseen ja kuntouttavaan hoitoon.

Väärinkäyttöön soveltuvat lääkkeet

Päihderiippuvaisilla henkilöillä ei pääsääntöisesti tule olla käytössään väärinkäyttöön soveltuvia lääkkeitä korvaushoitolääkkeiden lisäksi. Poikkeus tähän on asianmukaisesti diagnosoidun ja seurannassa olevan ADHD-potilaan stimulanttilääkitys (ks. luku 6, kappale Neuropsykiatriset häiriöt).

Poikkeus lääkelinjauksiin voidaan tehdä yksilökohtaisesti, painavin kliinisin perustein. Lääkkeen tarpeellisuuden arviointi on yleensä syytä tehdä julkisessa terveydenhuollossa somaattisessa tai psykiatrisessa erityisyksikössä. Arviossa noudatetaan tavanomaisia sairauksien tutkimus- ja hoitosuosituksia, päihteiden käyttö huomioiden. Erityisesti on syytä kiinnittää huomiota siihen, että potilaan aiempi ja nykyinen päihderiippuvuus ja eri päihteiden mahdollinen ajankohtainen käyttö on tiedossa tutkimukset suorittavassa somaattisessa tai psykiatrisessa yksikössä. Yhteistyö korvaushoitoyksikön ja potilasta muualla tutkivan ja hoitavan yksikön kanssa on erittäin suositeltavaa.

Mikäli potilaalla on lääkelistallaan väärinkäyttöön soveltuvia lääkkeitä, joille ei ole riittävää perustetta tai jotka aiheuttavat lääketurvallisuusriskin, näistä lääkityksistä tehdään vieroitus suunnitelma. Vieroitus voidaan toteuttaa joko laitoshoidossa tai avohoitona korvaushoitoyksikössä.

Bentsodiatsepiinit

Bentsodiatsepiinien käytön ohjeistus

Bentsodiatsepiinien määräämisestä ja käytöstä on useita ohjeita ja suosituksia:

- Valviran ohjeet bentsodiatsepiinien määräämisestä (<https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammatinharjoittaminen/laakehoidon-erityistilanteita/bentsodiatsepiinien-maaraaminen>)
- Ahdistuneisuushäiriöiden Käypä hoito -suositus (<https://www.kaypahoito.fi/hoi50119>) ja sen liite Bentsodiatsepiinien käyttöön liittyvät hoitokäytännöt (<https://www.kaypahoito.fi/nix02647>)

- Alkoholiongelmat, Käypä hoito -suositus (<https://www.kaypahoito.fi/hoi50028>)
- Unettomuuden Käypä hoito -suositus (<https://www.kaypahoito.fi/hoi50067>)
- Epävakaan persoonallisuuden Käypä hoito -suositus (<https://www.kaypahoito.fi/hoi50064>)
- Vältä viisaasti -suositus Bentsodiatsepiinilääkehoidon aloitus ahdistuneisuushäiriöihin (<https://www.kaypahoito.fi/dnd00096>)
- Vältä viisaasti -suositus Bentsodiatsepiinien käyttö unettomuuden hoidossa (<https://www.kaypahoito.fi/dnd00032>)
- Vältä viisaasti -suositus Riippuvuutta aiheuttavat lääkkeet alkoholiongelmaisella (<https://www.kaypahoito.fi/dnd00054>).

Bentsodiatsepiinit korvaushoidossa

Hoitoon tullessa suurella osalla potilaista on bentsodiatsepiiniriippuvuus. Lääkkeet voi olla hankittu joko lääkärin reseptillä tai katukaupasta osana muuta päihteiden käyttöä. Lukuisat Käypä hoito ja vältä viisaasti -suositukset suosittelevat vain lyhytaikaista bentsodiatsepiinien käyttöä. Toisaalta reseptillä kirjoitettujen bentsodiatsepiinien menettämisen pelko on joskus este korvaushoitoon hakeutumiselle.

Hoidon alkaessa on tehtävä päätös siitä, kuinka lääkkeet kuuluvat osaksi hoitoa. Bentsodiatsepiinien käyttö tarvittavana lääkkeenä on ongelmallista korvaushoidon aikana eikä ole hoitosuosittelun mukaista potilailla, joilla on päihderiippuvuus. Bentsodiatsepiiniriippuvuus kehittyy helposti ja myös siksi näiden lääkkeiden käyttöä on syytä välttää. Korvaushoitoon pääseminen, päihteiden käytön loppuminen ja psykososiaalinen tuki helpottavat esimerkiksi ahdistusta. Korvaushoidon aikana hoitoon kuulumaton rauhoittavien lääkkeiden käyttö on rinnastettavissa muiden päihteiden käyttöön.

Bentsodiatsepiinien pitkäaikaiskäyttö on huumeongelmien Käypä hoito -suosituksen mukaan aiheellista vain poikkeustilanteissa, jos muu hoito ei auta psyykkisiin oireisiin ja potilaalle on mahdollista järjestää tiivis ja pitkäaikainen hoitokontakti. Bentsodiatsepiiniriippuvuuden ”korvaushoidosta” tai ylläpitoahdistuksesta ei ole tutkimusnäyttöä, mutta näyttöä pitkäaikaisen käytön haitoista on. Pitkäaikainen bentsodiatsepiinilääkitys ei merkittävästi vähennä kuolleisuutta eikä kadulta ostettujen bentsodiatsepiinien käyttöä. Pitkäaikaisessa käytössä lääkkeiden ahdistusta vähentävä teho heikkenee ja kognitiiviset haitat korostuvat. Pitkäaikainen bentsodiatsepiinilääkitys on vasta-aiheinen henkilöillä, joilla on epävakaata tai epäsosiaalinen persoonallisuushäiriö tai impulsiivista aggressiivisuutta.

Pitkän tähtäimen tarkoituksena pitkäaikaisellakin bentsodiatsepiinilääkityksellä on annosten vähentäminen ja vieroitus. Kaaottiseen päihteiden käyttöön tottuneen ja opioidiriippuvuuteen ajautuneen voi olla vaikea saada lääkkeet riittämään, minkä vuoksi lääkkeet voidaan jakaa myös päivittäisen korvaushoitolääkkeen annon yhteydessä valvotusti hoitopaikasta. Tilanteen parannuttua lääkkeet voidaan määrätä apteekkijakeluna apteekkisopimuksella pieninä kertamäärinä, esimerkiksi 1-2 kertaa viikossa.

Mikäli potilaan kohdalla päädytään erityisistä syistä pitkäaikaiseen bentsodiatsepiinilääkitykseen, on potilaan kokonaistilannetta tarkasteltava säännöllisesti, vähintään puolivuositain sekä hoitosuunnitelmien päivityksen yhteydessä. Hoitosuunnitelmaan kirjataan myös syyt, miksi potilaan kohdalla on päädytty pitkäaikaiseen bentsodiatsepiinilääkitykseen. Lähtökohtana on, että pitkäaikaisestakin bentsodiatsepiinihoidosta yleensä voidaan vieroittautua annoslaskujen kautta potilaan vointia seuraten. Vieroittautumisen jatkosuunnitelma ja seurantasuunnitelma tehdään yhteistyössä potilaan kanssa. Jos potilaan kokonaistilanne on edennyt parempaan suuntaan, hän on sitoutunut hoitoon eikä hänellä ole bentsodiatsepiinien epäasianmukaista käyttöä, vieroituskella ei ole kiire.

Vierotuksen aikana on syytä käyttää psykoterapeuttisia keinoja, jos potilaan ahdistuneisuus lisääntyy. Tällaisia keinoja ovat esimerkiksi kognitiivisen käyttäytymisterapian, ratkaisukeskeisen terapian tai mindfulness-menetelmien sovellukset sekä Mielenterveystalon Omahoito-ohjelmat. Jos potilaalla todetaan pitkäaikaista terapeuttista hoitoa vaativa ahdistuneisuushäiriö, sopivaa terapiamuotoa voidaan arvioida psykiatrin vastaanotolla. Kelan kuntoutuspsykoterapiaa ei myönnetä, jos päihdehäiriö on aktiivisessa vaiheessa. Psykoterapeuttisia keinoja voidaan tukea

hermojen muovautuvuutta parantavilla mielialalääkkeillä, pienillä annoksilla psykoosilääkkeitä, buspironilla ja hydroksitsiinilla (jota tulee käyttää vain hyvin varovasti metadonipotilailla QT-ai-kavaikutusten vuoksi). Ne eivät kuitenkaan kykene korvaamaan rauhoittavien lääkkeiden vaikutusta, mikä on potilaille syytä selittää.

Epäasianmukaista käyttöä ja huonoa sitoutumista hoitoon osoittavat esimerkiksi:

- annosten omaehtoinen kasvattaminen
- ylimääräisten bentsodiatsepiinien käyttö
- yliannostukset
- lääkevilpit
- väkivaltaisuus hoidon alkuvaiheen sopeutumisjakson jälkeen.

Mikäli potilaalla on ylimääräisten bentsodiatsepiinien käyttöä, kartoitetaan potilaan tilanne, lääketurvallisuus ja selittävät syyt bentsodiatsepiinien käytölle. Lisäksi on arvioitava, onko potilaan ahdistus tai muu psyykkinen tilanne helpottanut bentsodiatsepiinien käytön myötä. Bentsodiatsepiinilääkitystä ei jatketa, jos käyttö on ollut epäasianmukaista, vaan tällöin suunnitellaan nopea vieroitus joko esimerkiksi kuukaudessa avohoidossa tai lyhyemmässä ajassa laitoshoidossa. Jos ilmenee lääkityksen väärinkäyttöä, yliannostuksia, katukauppaa, annoksen omaehtoista suurentamista tai asiointia muilla lääkäreillä kuin omassa hoitoyksikössä, bentsodiatsepiinilääkitys on keskeytettävä.

Jos potilas käyttää bentsodiatsepiineja korvaamaan puutteellista **korvaushoitolääkkeen** vastetta, on tarkistettava korvaushoitoannos. Koska buprenorfiinin vaikutuksella on katto, auttaa metadoni joskus suuremmilla annoksilla paremmin opioideihin kohdistuvaan aineenhimoon. Tutkimusnäyttöä ei ole siitä, auttaako metadoni paremmin myös ahdistusoireisiin tai haluun käyttää muita päihdyttäviä aineita. Psykososiaalisen tuen mahdollisuudet on syytä tarkistaa ennen kuin harkitaan lääkkeenvaihtoa muusta syystä kuin opioidivaikutuksen riittämättömyyden vuoksi. Jos taas kyse on itsenäisestä bentsodiatsepiiniriippuvuudesta, buprenorfiini saattaa olla turvallisempi valmiste bentsodiatsepiinin rinnalla. On syytä muistaa, että bentsodiatsepiiniriippuvaisella korvaushoitopotilaalla bentsodiatsepiinivieroitusoireet voivat sekoittua opioidivieroitustunteuksiin ja opioidi- ja bentsodiatsepiinivieroitusoireet voivat potentoida toisiaan. Tällöin tulee olla tarkkana, ettei nosta korvaushoitoannosta bentsodiatsepiinien vieroitusoireiden vuoksi.

Bentsodiatsepiinivieroitus avohoidossa

Bentsodiatsepiinivieroitus voidaan toteuttaa avohoidossa, mikäli potilas on tähän motivoitunut eikä bentsodiatsepiinien käyttö ole runsasta. Mikäli potilaalla on kouristusriski tai bentsodiatsepiinien käyttö on hyvin runsasta (hoitosuositusten ylärajat ylittävää), laitoshoidossa tapahtuva vieroitus on suositeltavampi. Laitosvieroitusta puoltaa aiemmin vastaavanlaisessa tilanteessa epäonnistunut avovieroitusyritys ja ajankohtainen muiden päihteiden käyttö.

Avohoidossa bentsodiatsepiinivieroituksessa on viime vuosina suosittu oksatsepaamia valvonnallisista syistä (huumeseuloissa todetaan vain oksatsepaamina) sekä sen muita bentsodiatsepiineja pienemmän väärinkäyttöpotentiaalin vuoksi. Avovieroituksessa oksatsepaamin lyhyempi puoliintumisaika voi kuitenkin tehdä vieroituksessa onnistumisesta vaikeampaa ja potilaat saattavat pärjätä avovieroituksessa ilman oheisbentsodiatsepiinien käyttöä paremmin diatsepaamilla kuin oksatsepaamilla, koska diatsepaamin pitoisuudet ovat tasaisempia. Katso tarkemmin diatsepaamin ja oksatsepaamin vertailu taulukosta 28.

Oksatsepaamin etu on, että se on esimerkiksi diatsepaamia vesiliukoisempi, joten se imeytyy hitaammin ja vaikutus alkaa hitaammin, ilman akuutin annostelun mahdollisesti päihdyttävää vaikutusta. Oksatsepaamin puoliintumisaika on lyhyempi kuin diatsepaamilla tai klonatsepaamilla. Oksatsepaamin fyysiset vieroitusoireet kestävät tyypillisesti 1-2 viikkoa, diatsepaamilla ja klonatsepaamilla jopa 1-2 kk. Tästä voi olla hyötyä erityisesti nopeassa vieroituksessa laitoshoidossa, sillä vieroitusoireet kestävät oksatsepaamilla lyhyemmän aikaa kuin diatsepaamilla tai klonatsepaamilla. Esimerkiksi oksatsepaamilla toteutetun laitosvieroituksen jälkeen laitospäihdekuntoutuksessa potilaan vieroitusoireet alkavat kliinisten kokemusten mukaan usein merkittävästi helpottaa toisella hoitoviikolla, jolloin hänelle jää kuntouttavassa laitoshoidossa aikaa tottua elämään ilman bentsodiatsepiineja.

Taulukko 28. *Diatsepaamin ja oksatsepaamin farmakologisia eroja.*

	Oksatsepaami	Diatsepaami
Imeytyminen	Hidas, huippupitoisuus 2–4 tunnissa	Nopea, huippupitoisuus 20–90 minuutissa
Puoliintumisaika	Keskimäärin 9 h (4–24 h)	20–60 h (nordiatsepaami ad 200 h)
Metaboliareitti	Glukuronidisaatio	Maksametabolia (CYP _{3A4} , CYP _{2C19})
Aktiiviset metaboliitit	-	Nordiatsepaami, oksatsepaami, tematsepaami
Vieroitusoireet	Alku 1–2 vrk, huippu 5–7 vrk, kesto vähintään 2–4 vko	Huippu 7–10 vrk, kesto vähintään 8 viikkoa
län vaikutus eliminaatioon	Ei vaikutusta	Hidastuu
Maksasairauksien vaikutus eliminaatioon	Maksakirroosi hidastaa puoliintumisaikaa, virushepatiitti ei	Hidastuu

Oksatsepaami on diatsepaamia turvallisempi vaihtoehto maksan vajaatoiminnassa ja iäkkäillä potilailla. Ellei kyse ole aidosti vain silloin tällöin käytettävästä bentsodiatsepiinista, annostelussa vältetään tarvittaessa otettavaa lääkitystä ja lääke annostellaan säännöllisesti. Oksatsepaamin puoliintumisajan (keskimäärin 9 h) perusteella se kannattaa annostella kolme kertaa vuorokaudessa. Pitkävaikutteisemmalla lääkkeellä vieroitettaessa lääkepitoisuus on tasaisempi, mikä on joillekin potilaille etu esimerkiksi avovieroituksissa. Avohoidon matala-annoksisissa vieroituksissa diatsepaamilla saatetaankin saada parempia tuloksia sen pidemmästä puoliintumisajasta johtuvan tasaisemman pitoisuusvaihtelun vuoksi.

Lyhyt- ja ultralyhytvaikutteisia bentsodiatsepiineja, kuten alpratsolaamia, midatsolaamia ja triatsolaamia, tulee korvaushoitopotilailla välttää kaikissa indikaatioissa (lukuun ottamatta esimerkiksi mahdollisia muun sairaalahoidon toimenpiteiden esilääkityksiä).

Yleensä avovieroituksen lähtötasoksi riittää 30 mg diatsepaamiekvivalentteina, vaikka päihdekäyttö olisi ollut runsaampaa. Ekvivalenttiannoksista viitteitä voi katsoa esim. taulukosta 29, joskin vaikutukset ja potilaiden kokemukset ekvivalenttiannoksista ovat jossain määrin yksilöllisiä. Potilasta kannattaa motivoida laskemaan annosta omatoimisesti ensin siten, että hän pystyy sitoutumaan vieroitukseen ennalta sovitulla aloitusannoksella.

Vieroituslääkitykset voidaan jakaa joko korvaushoitoyksiköstä lääkkeenjaon yhteydessä tai apteekista pieninä kertamäärinä, esimerkiksi 1-2 kertaa viikossa. Potilasta tuetaan vieroittautumisessa.

Mikäli avovieroitus bentsodiatsepiineista tai vastaavasta päihdestä ei onnistu, vieroitusta jatketaan laitoshoidossa. Korvaushoidon aloitusta avohoidossa jatketaan laitovieroitukseen pääsyä odottaessa, ellei päihdeiden käyttö ole täysin hallitsematonta ja aiheuta lääketurvallisuusriskiä.

Bentsodiatsepiinivieroitus laitoshoidossa

Mikäli potilaalla on opioidien lisäksi useiden muiden päihdeiden käyttöä tai vaikea muu päihderiippuvuus, suositellaan päihdeiden käytön vieroitusta ja korvaushoidon aloitusta samanaikaisesti laitoshoidossa.

Jos potilaalla on anamneesissaan tai havaitaan laitoshoidossa tajuttomuus- tai kouristuskohtauksia tai psykoottisia oireita, vieroitusta on usein syytä hidastaa. Vieroitusoireiden vaikeuden arvioinnissa voidaan tarvittaessa käyttää CIWA-B-mittaria.

Laitoshoidossa jatkovieroituksessa esimerkiksi päihdekuntoutuksen aikana kannattaa pyrkiä siihen, että potilas olisi vähintään 2 viikkoa laitoshoidossa ilman bentsodiatsepiineja, jolloin pahimmat vieroitusoireet ovat jo loppuneet ennen laitostakson loppua, mikäli lääkityksenä käytetään oksatsepaamia. Avovieroitus voidaan viedä loppuun esim. 2-6 kk aikana diatsepaamilla

2/2,5-5 mg tai oksatsepaamilla 7,5-15 mg/vrk annoslaskuilla 2-4 viikon välein. Vieroitus suunnitelma tehdään yhteistyössä korvaushoitoyksikön ja potilaan kanssa.

Taulukko 29. Bentsodiatsepiinien puoliintumisaikoja ja ekvivalenttiannoksia.

Bentsodiatsepiini	Puoliintumisaika (h)	Ekvivalenttiannos
Diatsepaami	20–100	5
Alpratsolaami	4–6 / 10–16	0,25–0,5
Klonatsepaami	19–60	0,25–1
Loratsepaami	10–20	0,5
Oksatsepaami	Keskim. 9 (4–24)	10–15
Tematsepaami	5–20	10
Tsolpideemi	2,4	10
Tsopikloni	5	7,5

Gabapentinoidit

Gabapentinoidit ovat vaikutuksiltaan ja riippuvuusominaisuuksiltaan hiukan vastaavia kuin bentsodiatsepiinit. Pregabaliini on päihdekäytössä suositumpi, mutta gabapentiinilläkin on paljon suositusten vastaista käyttöä. Osa käytöstä liittyy kivun hoitoon, osa ahdistuksen hoitoon tai päihdekäyttöön.

Korvaushoidossa gabapentinoidien lääkkeellisestä käytöstä on pääasiassa syytä pidättäytyä. Gabapentinoidilääkitys voi kuitenkin olla perusteltu, jos lääkkeen määränneellä taholla on tiedossa potilaan ajankohtainen korvaushoito ja gabapentinoidilääkitystä silti suositellaan hänen kivunhoidokseen ja lääkitykselle on hoitosuosituksen mukainen, luotettavasti todettu indikaatio. Esimerkiksi neuropaattisen kivun osalta suositellaan ENMG- tai MRI-tutkimuksia diagnoosin varmentamisessa.

Gabapentinoideja käytetään päihdekäytössä tyypillisesti suurina kerta-annoksina, jolloin esimerkiksi viikkoannos saatetaan käyttää parina päivänä isoina kerta-annoksina päivittäisen säännöllisen annostelun sijaan. Gabapentinoidien käytöstä on tärkeää selvittää, onko kyse päivittäisestä, riippuvuustasoisesta käytöstä, vai esimerkiksi viikoittain toteutuvasta päihdekäytöstä.

Varsinaisessa riippuvuustilanteessa gabapentinit voidaan vierottaa hitaasti laskevin annoksin avohoidossa tai nopeasti laitoshoidossa osana muuta vieroitusta. Pregabaliinivieroitus voidaan tehdä gabapentiinillä. Aloitusannokseksi sopii gabapentiini 300-600 mg × 3, annoslaskut voidaan toteuttaa avohoidossa esimerkiksi 300 mg kerrallaan 2-4 viikon välein.

Opioidit

Korvaushoitopotilaalla ei ole syytä käyttää muita opioideja korvaushoitolääkkeen lisäksi (ks. tarkemmin kappale Kivun hoito). Mikäli potilaalla on ylimääräisten opioidien käyttöä, hoitoa tulee tehostaa ja tarvittaessa suunnitella vieroitus ylimääräisistä opioideista. Mikäli potilaan virtsaseulassa todetaan muita opioideja korvaushoitolääkkeen lisäksi, tarkastellaan tilannetta kokonaisuutena.

Ylimääräisen buprenorfiinin käyttö on hyvin yleistä buprenorfiinikorvaushoidossa olevilla potilailla, ja ylimääräisen buprenorfiinin käyttöä voi olla vaikea todentaa. Ylimääräisen buprenorfiinin käytön syyt tulee selvittää ja puuttua niihin, jotta käyttö loppuu. Keinoja voivat

olla esimerkiksi laitosvieroitus ja -kuntoutus tai avohoidon psykososiaalisen hoidon ja tuen lisääminen.

Jos potilas antaa akuutisti päihtyneen vaikutelman tai hänellä on yliannostuksia historiassaan tai potilaan lääketurvallisuudesta on muuten huolta, yksikössä käyntejä ja seuranta tiivistetään ja väliaikaisesti voi olla tarpeen alentaa korvaushoitoannosta, mikäli ei päädytä laitosvieroitukseen.

Stimulantit

Amfetamiini ja muut keskushermostoa kiihottavat aineet eivät suoraan lisää turvallisuusriskiä seadaation tai hengityslaman kautta. Ne voivat kuitenkin aiheuttaa käytöksessä muutoksia, jotka voivat aiheuttaa lääketurvallisuuden tai hoidon muun turvallisen toteutumisen riskejä. Esimerkiksi päihteiden käytön hallinta tai kotiannosten turvallinen säilyttäminen voivat vaarantua.

Keskushermostoa kiihottavien aineiden ja keskushermostoa lamaavien aineiden yhteisvaikutus on haitallisempi kuin kummankaan vaikutus ainoana käytettynä aineena. Jos korvaushoitopotilaalla on amfetamiinin käytön lisäksi esimerkiksi alkoholin tai bentsodiatsepiinien käyttöä, lääketurvallisuuden vaarantumisen ja yliannostuksen riski on suurempi kuin pelkästään stimulantteja käyttävällä korvaushoitopotilaalla. Potilaan kokonaistilannetta on tarkasteltava hoitosuunnitelmaa laadittaessa, sillä hoitohenkilökunta tuntee usein potilaan ja hänen käyttäytymismallinsa.

Kannabis

Kannabiksen käyttö ei aiheuta hengityslamaa. Kannabiksen käyttö sen sijaan estää CYP2C19-entsyymiä ja voi siten nostaa bentsodiatsepiinipitoisuuksia lisäten hengityslamariskiä.

Kannabiksen pitkäaikaiskäytön aiheuttamat muutokset käyttäytymisessä, kuten välinpitämättömyyden lisääntyminen tai kognitiiviset vaikeudet, voivat haitata muunkin päihteettömyyden tavoittelua ja toteutumista. Kannabiksen aiheuttamat tai pahentamat psyykkiset oireet saattavat myös olla kuntoutumisen kannalta ongelmallisia.

Kannabiksen käytöstä pidättäytyminen on suositeltavaa kaikille korvaushoitopotilaille. Toistuva kannabiksen käyttö, sen seuranta ja käytön seuraukset on huomioitava potilaan yksilöllisessä hoitosuunnitelmassa.

KORVAUSHOITOYKSIKÖSTÄ TOISEEN SIIRTYMINEN

Potilaan muuttaessa tulee huolehtia korvaushoidon jatkuvuudesta samoilla perusteilla kuin muissakin pitkäaikaissairauksissa. Potilaan tulee olla hyvissä ajoin yhteydessä uuteen hoidon tarjoajaan käytännön asioiden järjestämiseksi. Korvaushoidossa tulee huomioida myös hoidon kiireellisyys. Korvaushoidon keskeytyminen johtaa käytännössä aina pitkäaikaissairauden vaikeutumiseen ja toimintakyvyn alenemiseen, jotka voivat edellyttää välitöntä arviointia ja hoitoa. Kiireellinen sairaanhoito on annettava sitä tarvitsevalle potilaalle hänen asuinpaikastaan riippumatta.

Korvaushoidossa olevan potilaan muuttaessa **Suomessa toiselle paikkakunnalle** korvaushoitoa jatketaan hoitosuositusten ja hoitosuunnitelman mukaisella tavalla uudella asuinpaikkakunnalla.

Suomesta ulkomaille muuttavan potilaan vastuulla on itse selvittää kohdemaan korvaushoitokäytännöt ja hoidon jatkumisen vaatimukset. Potilasta voidaan auttaa esimerkiksi kirjoittamalla lähete tai vapaamuotoinen lausunto korvaushoitotilanteesta, yhteenveto annetuista hoidoista ja tutkimuksista ja tarvittaessa kopioita potilasasiakirjoista. Potilas käännättää tarvittaessa dokumentit itse kohdemaan kielelle.

Ulkomailta Suomeen muuttavan potilaan korvaushoitoa jatketaan Suomen käytäntöjen mukaisesti. Esimerkiksi heroiinikorvaushoito ei siten ole mahdollinen. Potilaan korvaushoidon järjestelyt lähtömaassa tulee ottaa huomioon ja pyrkiä yhteisymmärryksessä löytämään sellainen yksi-

öllinen korvaushoidon ja siihen liittyvän psykososiaalisen hoidon toteutustapa, joka on Suomen hoitokäytäntöjen mukainen ja mahdollistaa jatkuvuuden.

Hoidon tarve arvioidaan vastaavasti kuin muiden sairauksien ja hoitojen kohdalla. Jos lähetteestä, hoitoyhteenvedosta ja potilasasiakirjoista ilmenee riittävän selkeästi, että potilaalla on opioidiriippuvuus ja sen vuoksi opioidikorvaushoito, hoitoa jatketaan. Pitkäaikaisessa opioidikorvaushoidossa oleva potilas on hoitonsa vuoksi käytännössä varmuudella riippuvainen opioideista.

4 Korvaushoidon lopettaminen

Hoidon lopettaminen perustuu lääketieteellisesti arvioituun, yksilölliseen tarpeeseen. Jos korvaushoitoa ajetaan alas potilaan omasta tahdosta, potilaalle täytyy taata milloin tahansa lopetusvaiheen aikana ja välittömästi lopetuksen jälkeen mahdollisuus palata takaisin korvaushoitoon matalalla kynnyksellä. Korvaushoidon lopettamiseen potilaan tahdon vastaisesti liittyy kohonnut kuolemanriski, ja potilaan opioidiriippuvuus yleensä jatkuu ja aiheuttaa hankaluuksia sekä potilaalle että yhteiskunnalle. Lopettamisesta päätettäessä täytyy aina kuulla myös potilasta ja suunnitella jatkohoito.

POTILAAN ALOITTEESTA

Korvaushoidon lopettaminen ei ole hoidon tavoite eikä päätepiste eikä hoidon onnistumisen mittari, sillä korvaushoidon jatkuminen kuntoutumistavoitteen saavuttamisen jälkeen voi auttaa ylläpitämään saavutettua tilaa. Korvaushoidon alussa tai muussa vaiheessa ei määritellä korvaushoidon tavoiteltua kestoa.

Jos potilas itse haluaa vieroittautua korvaushoidosta, suunnitellaan lopetus ja riittävät tukitoimet yksilöllisesti. Hyvässä hoitotasapainossa olevaa korvaushoitoa ei lopeteta, ellei potilas itse sitä halua. Ennen vieroittautumista tulee varmistua siitä, että potilas on vieroittautunut muista päihteistä ja väärinkäyttöön sopivista lääkkeistä ja että tilanne on muutenkin vakaa ja mahdollistaa vieroittautumisen onnistumisen (taulukko 30).

Taulukko 30. Edellytyksiä onnistuneelle korvaushoidosta vieroittautumiselle.

Onnistuneen korvaushoidosta vieroittautumisen edellytyksiä
• päihteiden käyttö on loppunut
• vakaa psyykinen ja somaattinen terveydentila
• vakaa elämäntilanne, päihteetöntä elämäntapaa tukeva toiminta ja ympäristö
• riittävä psykososiaalinen tuki
• riittävän pitkä hoidossaoloaika
• säännöllinen terveydentilan ja voinnin arviointi lopettamisprosessin aikana
• mahdollinen muu päihdekäyttöön sopiva lääkitys (esim. bentsodiatsepiinit) on lopetettu ensin.

Vieroitus toteutetaan useiden kuukausien aikana korvaushoitoannosta vähentämällä. Rauhallinen eteneminen ja asteittaiset annoslaskut antavat potilaalle mahdollisuuden sopeutua lopettamisen aikana syntyviin fysiologisiin, käyttäytymiseen liittyviin ja sosiaalisiin muutoksiin.

Useimmat potilaat kestävät 5-10 % annosvähennykset 1-4 viikon välein. Buprenorfiinivieroitus voidaan tehdä myös injektoiden avulla. Hoitava lääkäri arvioi yhdessä potilaan kanssa annosvähennyksen suuruuden ja nopeuden potilaan vieroitusoireita ja muuta vointia seuraten. Erityisesti on syytä kiinnittää huomiota mahdollisiin masennus-, ahdistus- ja kipuoireisiin, jotka voivat vieroittautumisen aikana vaikeutua ja vaatia tukilääkityksiä. Tukilääkitys suunnitellaan yhdessä potilaan kanssa.

Vieroitusta voidaan tehdä hitaasti ja pitkän ajan kuluessa. Annoslaskujen sietäminen on yksilöllistä. Osa annoslaskuista voi tuntua edellisiä vaikeammilta. Tällöin ei ole syytä kiirehtiä an-

noslaskuja, vaan voidaan jäädä odottamaan voinnin tasaantumista. Joskus vieroitusjakson lopulla potilas hyötyy laitossaksosta, jossa vieroitus tehdään loppuun. Vieroitusoireet voimistuvat yleensä lääkeannosten lähestyessä nollaa ja ovat hankalimmillaan 1-4 viikkoa lääkkeen lopettamisen jälkeen. Lieviä vieroitusoireita, kuten uniongelmia, mielialan häiriöitä ja aineenhimoa, voi esiintyä useita kuukausia lopettamisen jälkeen.

Vieroituksen loppupuolella suunnitellaan jatkohoito ja luodaan tarvittavat korvaushoidon jälkeiset jatkohoitokontaktit. Potilaat tarvitsevat erityisen paljon tukea korvaushoidon lopettamisen jälkeisenä aikana. Mikäli potilas retkahtaa korvaushoidon lopettamisen jälkeen uudelleen käyttämään opioideja, hänelle on turvettava nopea pääsy takaisin korvaushoitoon.

Potilas voi lopettaa vieroittautumisen missä vaiheessa tahansa ja palata aiempaan ylläpitoannokseensa.

HOITOKSIKÖN ALOITTEESTA

Epästabiilissa hoitotasapainossa olevan potilaan korvaushoito lopetetaan silloin, jos potilaalla on turvallisempaa olla hoidon ulkopuolella kuin hoidossa eikä hoidon tehostaminen ole tilanteessa auttanut. Ongelmat hoidon toteutumisessa tarkoittavat ensisijaisesti sitä, että hoitoa on tehostettava. Hoidon lopettaminen on harvoin ratkaisu ongelmiin. Hoidon lopettaminen käsitellään moniammatillisessa tiimissä. Lääkäri päättää lääketieteellisen hoidon jatkamisesta tai lopettamisesta ja se perustuu ensisijaisesti lääketieteelliseen arvioon ja siihen, että lääkäri on kokonaisvastuussa annettavasta hoidosta.

On myös huomattava, että esimerkiksi pitkäaikainen ja jatkuvakaan päihteiden käyttö ei välttämättä johda vakavaan lääketurvallisuuden vaarantumiseen ja ole peruste hoidon lopettamiselle, vaan hoidon tehostamiselle. Myöskään runsaat poissaolot korvaushoidosta eivät johda hoidon keskeyttämiseen, vaan hoidon tiivistämiseen ja tilanteen tarkempaan arviointiin sekä potilaan tukemiseen hoitoon kiinnittymiseksi. Lopettamisen muut vaihtoehdot on arvioitava aina ensin, ja korvaushoidon lopettaminen on vasta viimesijainen vaihtoehto.

Korvaushoidon lopettamiseen liittyy merkittävästi kohonnut kuolemanriski. On aina arvioitava, kumpi on turvallisempaa, korvaushoidon jatkaminen vai sen lopettaminen. Mikäli hoitoa ei voi hoitoyksikössä enää jatkaa, olisi suositeltavaa selvittää, voiko korvaushoitoa toteuttaa jossain toisessa hoitoyksikössä tai muilla erityisjärjestelyillä. Mikäli korvaushoito päädytään lopettamaan, tulee potilaalle tarjota hänen tarvitsemaansa muuta päihdehoitoa ja kertoa, että hän voi palata korvaushoitoon.

Korvaushoidon lopettamista voidaan harkita seuraavissa tilanteissa

- lääketurvallisuuden vakava vaarantuminen
- toistuva tai vakava väkivalta tai sen uhka
- korvaushoitolääkkeen todennettu välittäminen toiselle henkilölle.

Lääketurvallisuuden vaarantuessa on ensisijaisesti tehostettava hoitoa ja tarjottava potilaalle laitoshoidon mahdollisuutta. Mikäli potilaalla on kuitenkin esimerkiksi toistuvia vakavia yliannostuksia eikä häntä saada motivoitua laitoshoitoon, saatetaan joutua harkitsemaan korvaushoidon lopetusta.

Väkivaltatilanteissa selvitetään, voidaanko potilas siirtää hoitoon johonkin toiseen yksikköön, jos alueella on useampi hoitopaikka, tai voidaanko potilasta hoitaa hänen ja muiden turvallisuuden vaarantumatta esimerkiksi turvaluukulta, vartijan läsnäolon turvin tai harvemmin annettavalla injektiovalmisteella. Väkivallan vakavuus ja sen aiheuttama todellinen uhka potilaalle ja muille henkilöille on arvioitava.

Mikäli potilas välittää toiselle henkilölle korvaushoitolääkkeitään, hoidon lopettamisen ensisijainen vaihtoehto on buprenorfiinin injektiovalmiste, jolloin potilas saa korvaushoitolääkkeensä aina vain hoitoyksiköstä eikä omien lääkkeiden välittäminen muille enää onnistu.

Jos päädytään lopettamaan korvaushoito, potilas ohjataan asianmukaiseen jatkohoitopaikkaan,

joka on useimmiten oman alueen päihdehoitoyksikkö. Jatkohoitotahon kanssa pyritään järjestämään siirtoneuvottelu. Korvaushoidon uudelleen aloittamisen edellytyksiä arvioidaan myöhemmin uudestaan, mikä kerrotaan potilaalle. Jos korvaushoito loppuu siihen, että potilas ei enää saavu korvaushoitoyksikköön, hänelle tarjotaan mahdollisuus hakeutua uudelleen korvaushoitoon.

KORVAUSHOIDON LOPETUKSEN TOTEUTTAMINEN

Potilaan aloitteesta tapahtuva vieroitus voidaan tehdä potilaan toivomalla hitaalla aikataululla, huomioiden lääkkeiden annosvahvuudet.

Nopea vieroitus avohoidossa

Avohoidon nopean vieroitusaikataulun esimerkit metadonille ja buprenorfiinin kielenalusvalmisteille on taulukossa 31.

Taulukko 31. *Metadonin ja buprenorfiinin kielenalusvalmisteiden avohoidon nopeiden vieroitusaikataulujen esimerkit.*

Lääke	Annos, mg/vrk	Annoslaskut
Metadoni	Yli 60–80 Alle 60–80	10 mg/vko 5 mg/vko
Buprenorfiini s.l.	Yli 16 8–16 Alle 8	4 mg/1–2 vko 2–4 mg/1–2 vko 2 mg/1–2 vko

Buprenorfiini-injektioista voi vieroittautua joko suoraan siirtymällä injektioissa 1-2 injektiokeran välein pienempiin vahvuuksiin tai kielenalusvalmisteiden kautta.

Nopea vieroitus voidaan toteuttaa kaikissa tilanteissa myös suoraan laitoshoidossa.

Loppuvaiheen hidas vieroitus

Moni potilas hyötyy siitä, että loppuvaiheen vieroitus tehdään laitoshoidossa. Tällöin on tärkeää, että laitosjakso on riittävän pitkä, jotta vieroitusoireet ovat merkittävästi helpottaneet kotiutuessa. Moni potilas hyötyy laitosisvieroituksen jälkeen kuntouttavasta päihdehoidosta tai laitospäihdekuntoutuksesta, jossa voi toipua lopuista vieroitusoireista alkuvaiheen jälkeen. Laitosisvieroitus voidaan myös korvaushoitoa lopetettaessa toteuttaa samoin periaattein ja tukilääkkein kuin päihdekäytön vieroitus. Usein pitkään korvaushoidossa olleilla potilailla vieroitusoireet ovat hankalia, vaikka he olisivatkin alentaneet onnistuneesti annosta jo pidemmän aikaa.

Buprenorfiini-naloksonivalmisteiden pienin annos on 2 mg (Suboxone, Bunalict). Tämän jälkeen voidaan tarvittaessa siirtyä käyttämään monobuprenorfiinin kielenalusvalmisteita (esim. Temgesic) ja edetä annoslaskuissa 0,2 mg kerrallaan. Tätä vieroitustapaa voidaan tarvittaessa toteuttaa määrääkaikaisesti potilailla, jotka ovat hyvin sitoutuneita hoitoon ja joilla ei ole minkäänlaista epäilyä buprenorfiinin käytöstä ohjeiden vastaisesti.

On myös kuvattu onnistuneita vieroittautumisia kielenalusvalmisteista Subutex depot -injektion avulla (44) ja tätä on onnistuneesti kokeiltu myös Suomessa. Potilas voidaan stabiloida ensin ≤ 8 mg/vrk kielenalusvalmisteelle ja kun hän pärjää sillä annoksella, annetaan Subutex depot 100 mg kerta-annos. Vieroituksessa on tärkeää tarjota riittävästi tukea ja psykososiaalista hoitoa ja seurata potilaan vointia sekä reagoida nopeasti, jos potilaalle tulee sietämättömiä vieroitusoireita.

Injektiohoidossa valmiiksi oleva potilas voidaan vieroittaa injektioilla tai siirtyä tarvittaessa kielenalusvalmisteisiin, potilaan toiveiden ja voinnin mukaisesti. Pienimpien viikko- ja kuukausi-injektioiden antoväliä voidaan alkuun pidentää (viikkoinjektio 9 vrk välein ja Buvidal-kuukausi-injektio 5

vko välein ja Subutex depot 5-6 viikon välein). Sen jälkeen voi vielä tarvittaessa siirtyä Sixmo-valmisteeseen tai kielenalusvalmisteeseen, potilaan tilannetta seuraten ja vointia kuunnellen.

Pitkäaikaisesta injektiohoidosta vieroittautujilla vieroitusoireet alkavat yleensä huomattavasti kielenalusvalmisteista vieroittautuvia myöhemmin (taulukko 32).

Taulukko 32. *Vieroitusoireiden alkaminen viimeisen injektion jälkeen (12).*

Lääke	Vieroitusoireiden ilmaantuminen
Buvidal viikkoinjektio	Viimeistään 2–3 vko viimeisestä annoksesta
Buvidal kuukausi-injektio	Viimeistään 2–3 kk viimeisestä annoksesta
Subutex depot 100 mg	2–6 kk kuluessa
Subutex depot 300 mg	3–9 kk kuluessa

Subutex depot -injektiohoidon jälkeen buprenorfiinia on siis plasmassa vielä usean kuukauden ajan. Virtsaseulassa buprenorfiini voi olla positiivinen Subutex depot -hoidon jälkeen vuoden ja Buvidal kuukausi-injektionkin jälkeen useita kuukausia.

KORVAUSHOIDON LOPETUKSEN KIRJAAMINEN

Kun korvaushoito lopetetaan, kirjataan potilastietojärjestelmään lopetuksen syy THL-toimenpideuokituksen mukaisesti (<https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyspalvelut/toimenpidet-koodit-mielenterveys-ja-paihdepalveluissa>):

- IFC10 Opioidikorvaushoitolääkkeen lopetus potilaan aloitteesta
- IFC11 Opioidikorvaushoidon lopetus hoitoyksikön aloitteesta.

NALTREKSONI VIEROITUKSEN JÄLKIHOITONA

Naltreksonia voidaan käyttää hyvin motivoituneilla potilailla vieroituksen jatkumisen tukena. Naltreksoni annoksella 50 mg/vrk suun kautta estää opioidien vaikutuksen opioidireseptoriin. Naltreksonia voidaan käyttää potilailla, jotka ovat jo vieroittuneet opioideista. Opioidien käytöstä tulee olla riittävän pitkä aika, jotta naltreksoni ei provosoi vieroitusoireita. Naltreksoni tulee aloittaa vasta sitten, kun opioidien vieroitusoireet ovat loppuneet. Ennen naltreksonihoidon aloitusta voi olla tarpeen selvittää virtsaseuloilla, että potilaan elimistössä ei enää ole opioideja.

Naltreksonin vasta-aiheena on vaikea maksan vajaatoiminta, koska naltreksoni voi olla maksalle haitallinen isoina annoksina. Naltreksonihoidossa maksa-arvoja tulee seurata säännöllisesti.

Yhdysvaltain elintarvike- ja lääkevirasto FDA on hyväksynyt tällä indikaatiolla myös nalmefeenin.

HOIDON ALOITTAMINEN UDELLEEN LOPETUKSEN JÄLKEEN

Jos potilas päättää palata korvaushoitoon pian sen oma-aloitteisen lopettamisen jälkeen, potilaalle ei ole syytä tehdä uutta raskasta arviointiprosessia, vaan tilanteen päivitys riittää. Olennaista on todeta, että potilaalla on edelleen opioidiriippuvuus, mutta tämän toteamiseksi ei ole yleensä tarpeen toteuttaa esimerkiksi pitkäaikaista huumesuulontaa. Hoidosta vieroittumista yrittäneille ja siinä epäonnistuneille tai epäonnistumisriskissä oleville tulee taata välittömästi pääsy takaisin hoitoon.

Myös somaattisin syin korvaushoidossa aiemmin olleelle voidaan aloittaa uusi korvaushoito yleensä keskimääräistä nopeammin.

Hoidon tavallista perusteellisempi arviointi ja suunnittelu saattavat olla tarpeen, jos korvaushoito on päättynyt vastoin potilaan tahtoa äkillisessä kriisitilanteessa. Silloin kannattaa yhdessä potilaan kanssa tutkia erityisesti aiemman hoidon vaiheita: oliko hoitosuunnitelma laadittu potilaan resurssit huomioiden liian vaativaksi, epäonnistuiko korvaushoito hallitsemattoman päiheteiden käytön (mm. alkoholi, bentsodiatsepiinit) vuoksi ja kuinka aiemmat hoidon esteet voidaan nyt ylittää.

Hoidon aiempia esteitä ja riskejä on syytä kartoittaa huolella niin, että hoito toteutuu uudella jaksolla paremmin. Tämä arviointi ja hoitosuunnitelman perusteellinen arviointi voidaan tehdä myös lääkehoidon jo alettua, jos on perusteltua aloittaa korvaushoito uudelleen nopeasti. Jos tällaisessa tilanteessa hoito aloitetaan uudelleen laitoksessa, tulee hoitosuunnitelmaa suunnitella yhteistyössä korvaushoitoyksikön ja laitoshoitoyksikön kesken.

5 Raskaana olevan korvaushoito

Korvaushoito on raskaana olevan opioidiriippuvaisen ensisijainen hoitovaihtoehto. Kaikki korvaushoitolääkkeet ovat raskaana olevalle mahdollisia, mutta raskausaikana aloitettava korvaushoito aloitetaan yleensä buprenorfiini-naloksoni-kielenalusvalmisteella tai Buvidal-viikkoinjektiolla. Raskaana olevaa korvaushoitopotilasta tulee seurata tarkkaan ja järjestää nopea mahdollisuus päihteiden käytön vieroitukseen aina tarpeen tullessa esiin. Raskaana olevan päihdehoidossa tulee pyrkiä aktiivisesti myös tupakasta vieroittumiseen. Sikiön vieroitusoireet ovat usein vähäisempiä, mikäli raskaana olevalla ei ole tupakan tai päihteiden käyttöä raskausaikana. Imetys tukee vastasyntynyttä ja vasta-aiheita sille on vähän. Pitkäaikainen raskaudenehkäisy suositellaan järjestettäväksi oman korvaushoitoyksikön kautta kaikille hedelmällisessä iässä oleville naisille. Raskaana olevan palveluverkoston kuuluu useita tahoja, joiden kanssa tulee järjestää yhteistyöverkostoja.

OPIOIDIRIIPPUVAISEN HENKILÖN RASKAUDESTA

Opioidikorvaushoito buprenorfiinilla tai metadonilla on raskaana olevan opioidiriippuvaisen ensisijainen hoito (esim. 45,46). Opioidiriippuvaisen raskaana olevan korvaushoito vähentää sekä raskaana olevalle henkilölle että lapselle aiheutuvia haittoja ja parantaa ennustetta. Korvaushoidossa potilas on säännöllisessä hoidossa ja seurannassa, sekä myös psykososiaalisen hoidon piirissä.

Potilaan kanssa on syytä keskustella opioidiriippuvuudesta ja punnita eri hoitovaihtoehtoja. Vain pieni osa opioidiriippuvaisista henkilöistä pystyy vieroittumaan pysyvästi raskausaikana. Raskaana olevan vieroitusoireet ovat stressi sikiölle. Vieroitusoireisiin ja mahdollisiin retkahdukseen liittyy opioidipitoisuuden merkittävää vaihtelua, jolloin sikiö saattaa kokea niin vieroituskuin yliannostusoireita, minkä voidaan arvioida olevan sikiölle haitallisempaa kuin korvaushoidon myötä saavutettava tasainen pitoisuus. Lisäksi hoidon ulkopuolella retkahdusriski on iso, ja tällöin käytössä saattaa olla muitakin päihkeitä. (45,47)

Potilaalle tulee kertoa opioidien vaikutuksista sikiölle ja vastasyntyneen vieroitusoireiden mahdollisuudesta sekä siitä, että vastasyntynyttä seurataan syntymän jälkeen yleensä ainakin 5 vrk sairaalassa, ja että vieroitusoireita pystytään hoitamaan.

Raskaana olevasta päihkeitä käyttävästä henkilöstä tehdään ennakkollinen lastensuojeluilmoitus. Jo korvaushoidossa olevan potilaan kohdalla tulee yksilöllisesti arvioida ennakkollisen lastensuojeluilmoituksen tarve.

Jos raskaana oleva asuu päihkeitä käyttävän henkilön kanssa, pyritään motivoimaan myös asuin-kumppani/puoliso/toinen vanhempi hakeutumaan hoidon pariin. Lähiverkosta on myös hyvä saada hoitoon mukaan.

KORVAUSHOIDOSSA JO OLEVAN POTILAAN RASKAUS

Korvaushoidossa jo olevan potilaan korvaushoito jatkuu käytössä olevalle valmisteella myös raskauden ajan. Poikkeuksena on kuukausittain annosteltavat injektiot, joita suositellaan käytettäväksi vain tarkan hyöty-haitta-analyysin pohjalta. Buprenorfiini-naloksoni on osoitettu turvalliseksi ja tehokkaaksi raskausaikana (48).

Korvaushoitopotilasta kannustetaan jatkamaan korvaushoidossa raskauden ajan ja sen jälkeen. Ennen vieroittautumista korvaushoidosta suositellaan vieroittautumista ensin kaikista muista päihteistä, tupakasta ja väärinkäyttöön soveltuvista lääkkeistä. Mikäli korvaushoitopotilas haluaa vieroittautua kokonaan korvaushoidosta, se toteutetaan turvallisimmin viikoilla 14-32. Raskau-

den alkuvaiheessa on mahdollista, että keskenmenon riski lisääntyy, ja loppuvaiheessa ennenaikaisen synnytyksen riski saattaa olla kohonnut. Korvaushoidosta vieroittautuva potilas tarvitsee intensiivistä tukea ja päihdehoitoa korvaushoidon lopetuksen aikana ja sen jälkeen.

Raskaana oleva korvaushoitopotilas tarvitsee usein intensiivistä tukea, jotta korvaushoito sujuu hyvin ilman päihteiden käyttöä. HUSin HAL-poliklinikalla toteutetussa tutkimuksessa havaittiin, että raskaana olevilla korvaushoitopotilailla oli runsaasti päihteiden käyttöä raskausaikana: viidennes kertoi käyttäneensä alkoholia raskausaikana, 51 %:lla oli laittomien päihteiden käyttöä raskausaikana ja kolmannella trimesterilläkin laittomien päihteiden käyttöä oli 80 %:lla metadonilla ja yli 20 %:lla buprenorfiinilla hoidetuista potilaista (49).

Metadoni

Metadonihoidossa on tärkeää havainnoida potilaan vieroitusoireita ja annoksen kantavuutta. Annosrajoja ei ole, mutta jos potilaalla on korkea metadoniannos, tulee häntä seurata tarvittaessa esim. laitoshoidossa, että annos on riittävä, mutta ei toisaalta myöskään liian iso. Metadonihoidossa huippupitoisuus on 3-4 h lääkkeenoton jälkeen, joten jos potilaalla on iso annos, tulee seurata vointia erityisesti tällöin sekä aamulla ennen seuraavaa lääkeannosta. Raskaus indusoi metadonin metaboliaa etenkin loppuraskaudessa, joten loppuraskaudessa voi joskus olla tarpeen nostaa metadoniannosta, mikäli se ei ole ollut korkea aiemmin. Metadoni voidaan tarvittaessa annostella loppuraskaudessa myös kahdesti vuorokaudessa.

Buprenorfiini

Buprenorfiinihoidossa annosmuutoksia ei yleensä tarvita. Ehdotonta annosrajaa ei ole, vaan annos määritetään potilaan voinnin mukaan. Mikäli potilas toivoo annoksen vähennystä, tämä voidaan tehdä hänen vointiaan tarkkaan seuraten. Kolmannella trimesterillä tehdyt annosvähennykset eivät yleensä vaikuta sikiön vieroitusoireisiin, joten mahdolliset annosvähennykset suositellaan tehtäväksi viimeistään toisella trimesterillä.

Buprenorfiini-injektiot

Buprenorfiinin depotinjektiot tuottavat korkeamman ja tasaisemman buprenorfiinipitoisuuden raskaana olevan verenkiertoon kuin kielenalusvalmisteet. Näin sikiön buprenorfiinialtistus on korkeampi, mutta myös tasaisempi.

Raskaana oleva injektiohoidossa oleva potilas voidaan vaihtaa kielenalusvalmisteelle tai korvaushoitoa voidaan jatkaa ennallaan. Hyöty ja haitta on arvioitava tapauskohtaisesti. Keskeistä on, pysyykö raskaana olevan kokonaistilanne vakaampana injektio- ja kielenalusvalmisteillä. Injektiovalmisteita voi käyttää, jos niiden arvioitu hyöty ylittää haitat sekä äidin että sikiön kannalta.

Buvidal viikkoinjektio sisältää etanolia alle 100 mg. EU-säädösten mukaan alle 100 mg etanolia on niin pieni määrä, että sitä ei pidetä raskaana olevalle, imettävälle tai muille riskiryhmille vaarallisena, vaikka etanolille ei turvarajaa ole määritelty. Yksi ravintola-annos sisältää 12 g etanolia, joten viikkoinjektiossa on etanolia alle 0,008 ravintola-annoksen verran.

Buvidal kuukausi-injektio ja Subutex depot sisältävät apuaine NMP:tä (N-metyyli-2-pyrrolidoni). Buvidal kuukausi-injektio sisältää NMP:tä 57-114 mg, Subutex depot 278-833 mg. NMP on eläinkokeissa todettu teratogeeniseksi isoilla annoksilla. Pienillä NMP-pitoisuuksilla ei ole raportoitu haittavaikutuksia. Kuukausi-injektiot eivät ole vasta-aiheisia raskausaikana, mikäli raskaana olevan arvioidaan voivan merkittävästi paremmin kuukausi- kuin viikkoinjektioilla tai kielenalusvalmisteilla. Arvioinnissa pohditaan, pysyykö potilaan vointi ja tilanne vakaampana kuukausi-injektioilla ja millainen retkahdusriski aiheutuisi lääkevalmisteen vaihdosta.

RASKAANA OLEVAN KORVAUSHOIDON ALOITUS

Raskaana olevan opioidiriippuvaisen korvaushoidon tarve tulee arvioida ja korvaushoito aloittaa nopeasti, jotta voidaan turvata sekä sikiön että raskaana olevan hyvinvointi.

Raskaana olevan ensikäynnillä päihdehoitoyksikössä arvioidaan opioidiriippuvuus, keskustellaan korvaushoidosta ja tehdään tarvittaessa kiireellinen lähete laitoshoidon hoidon aloitukseen tai korvaushoidon tarpeen arvioon. Korvaushoidon aloitus avohoidossa on mahdollinen, mikäli potilaan sosiaalinen tilanne on vakaa, hänellä ei ole muiden päihteiden käyttöä eikä muita merkittäviä psykiatrisia tai somaattisia ongelmia. Kokonaistilanne ei kuitenkaan välttämättä ole tiedossa ja koska raskaana olevan korvaushoito tulee arvioida ja aloittaa kiireellisenä, suositellaan raskaana olevan korvaushoidon aloitusta laitoshoitoyksikössä. Ympäri vuorokautisessa hoidossa voidaan myös paremmin seurata vointia ja kartoittaa raskaana olevan kokonaistilannetta.

Raskaana olevan korvaushoitoa aloitettaessa lääkkeeksi suositellaan buprenorfiinia. Sekä kielenalusvalmisteet että injektiohoito ovat mahdollisia. Lääkitys aloitetaan kielenalusvalmisteilla annoksella 2-4 mg ja annosta nostetaan vieroitusoireiden ja voinnin perusteella yleensä 2-4 mg 1-2 vrk välein. Tavoiteannos on usein 8-12 mg/vrk, mutta tarvittaessa isompikin annos on mahdollinen, jos vointi sitä vaatii. Vaikka suoraa yhteyttä buprenorfiiniannoksen ja vastasyntyneen vieroitusoireiden todennäköisyyden ja vaikeusasteen välillä ei ole todettu, pyritään pienimpään sellaiseen annokseen, jolla potilaan vointi on tasainen. Kielenalusvalmisteesta voidaan siirtyä aloituksen jälkeen Buvirdal-viikkoinjektioon ja tarkan harkinnan perusteella johonkin kuukausi-injektioon.

OPIOIDEILLE ALTISTUNUT VASTASYNTYNYT

Opioidien sikiövaikutukset

Opioidit eivät ole sikiölle teratogeenisiä eli ne eivät aiheuta epämuodostumia. Opioidien käyttöön raskausaikana liittyy kuitenkin yleisesti kohonnut synnytyskomplikaatioiden riski, alhainen syntymäpaino ja sikiö- ja kätkytkuoleman riski.

Myös korvaushoitolääkkeet voivat hidastaa sikiön kasvua ja altistaa ennenaikaisuudelle sekä joskus äkilliselle imeväis- tai sikiökuolemalle. Korvaushoito kuitenkin parantaa opioidiriippuvaisen raskauden ennustetta. Korvaushoidon hyöty sikiölle on tasainen opioidipitoisuus, jolloin sikiö ei kärsi opioidivaikutus-vieroitusoire-sykleistä (esim. 45). Korvaushoidolla ei ole todettu negatiivisia vaikutuksia lapsen kognitioon, kun on huomioitu sekoittavat tekijät, kuten äidin tupakointi, koulutus ja työtilanne (50).

Buprenorfiini voi olla vastasyntyneelle metadonia turvallisempi valmiste (46), joskin sikiön ja vastasyntyneen vointiin vaikuttavat myös monet muut asiat kuin korvaushoitolääke. Esimerkiksi nikotiini, bentsodiatsepiinit ja muut lääkkeet voivat pahentaa vieroitusoireita. Metadonille tai buprenorfiinille altistuneilla vauvoilla noin puolella havaitaan vieroitusoireita, mutta buprenorfiinille altistuneet tarvitsevat vieroituslääkettä harvemmin ja sairaalajaksot ovat lyhyempiä. Raskauden edetessä saatetaan tarvita korvaushoitolääkkeen annosnostoa ja sen ei ole todettu lisäävän sikiön vieroitusoireiden riskiä. Buprenorfiinille altistuneella sikiöllä todetaan yleensä enemmän liikkeitä, enemmän sykevälivaihteluita ja muita paremmasta voinnista kertovia parametreja raskausaikana kuin metadonille altistuneella. Buprenorfiini sedatoi sikiötä vähemmän. Metadonihoidossa sikiön sedaatiota voidaan vähentää myös annostelemalla metadoni kahdesti vuorokaudessa. (45)

Vastasyntyneen vieroitusoireet

Vastasyntyneen vieroitusoireita voivat olla esimerkiksi ärtyisyys, hyperaktiivisuus, unirytmien poikkeamat, itkuisuus, tärinä, oksentelu, ripuli, syömisvaikeudet tai poikkeava lihastonus (taulukko 33). Vieroitusoireinen vauva on usein itkuinen ja vaikeasti lohdutettavissa. Päihderiippuvaisella vanhemmalla voi olla vaikeuksia huomata ja tulkita vauvan viestejä ja vastata niihin. Erityisen haastavaa on, jos vieroitusoireinen vanhempi hoitaa vieroitusoireista vauvaa. Tämän estämiseksi vanhempien mahdolliset päihderiippuvuudet tulee hoitaa ja päihdevieroitukset tehdä ajoissa ennen synnytystä.

Taulukko 33. Tyypillisiä vastasyntyneen vieroitusoireita (NAS, neonatal abstinence syndrome).

Keskushermostoperäiset oireet	Autonomiset oireet	Ruuansulatuskanavaperäiset oireet
Kimeä ja jatkuva itku	Hengitystauot	Ripuli
Rauhattomuus	Tiheä hengitys	Pulauttelu
Vapina	Harva syke	Oksentelu
Hypertonia	Tukkoinen nenä	Jatkuva syöminen
Unihäiriöt	Hikoilu	Syömisvaikeus
Vilkkaat refleksit	Aivastelu	Huono painonnousu
Jatkuva imeminen	Haukottelu	
Kouristelu	Kutina	
	Ihon kirjavuus	
	Lämmönvaihtelu	

Vauvan vieroitusoireet alkavat yleensä 5-7 vrk kuluessa syntymästä, mikäli äiti on ollut hoidossa kielenalusvalmisteilla. Injektiohoidon jälkeen vieroitusoireiden alkamisessa voi kestää jopa 1-2 viikkoa, joten lasta on seurattava mahdollisten vieroitusoireiden kehittymisen varalta tarkkaan myös esimerkiksi jatkohoitopaikassa. Vieroitusoireet hoidetaan synnytyksen jälkeen sairaalan lastenosastolla. Opioidien vieroitusoireisiin käytetään tarvittaessa morfiinia. Muita vieroitusoireita hoidetaan tarvittaessa fenobarbitaalilla ja klonidiinilla. Hyviä lääkkeettömiä hoitokeinoja ovat imetys, hoito perhehuoneessa, hämärä ja rauhallinen huone, ihokontakti, kantaminen ja kapalointi.

RASKAANA OLEVAN OPIOIDIVIEROITUS JA VIEROITUSOIREIDEN HOITO

Jos opioidiriippuvainen raskaana oleva on motivoitunut vieroittautumiseen opioideista ja haluaa sitä, tavoitetta tuetaan. On kuitenkin muistettava, että opioidiriippuvuudessa riski retkahtaa on korkea. Vieroittautumisen jälkeen on tarpeen huolehtia riittävästä tuesta ja seurannasta sekä tarvittaessa arvioida nopealla aikataululla korvaushoidon tarve uudelleen.

Raskaana olevan vieroitus säännöllisestä opioidien käytöstä kannattaa tehdä laitoshoidossa. Vieroituksen kestoksi suositellaan 3-4 viikkoa, jotta vieroitusoireet ovat merkittävästi helpottaneet kotiutuessa. Vieroituksessa voidaan käyttää tukena buprenorfiinilääkitystä esimerkiksi ensimmäisten päivien aikana, 2-8 mg/vrk, laskevin annoksin.

Opioidien vieroitusoireita voidaan hoitaa klonidiinilla 75-150 µg/vrk × 1-4, verenpainetta ja pulssia seuraten. Voimakas verenpaineen lasku voi lisätä istukan vajaatoiminnan riskiä. Istukan verenkierron turvaamiseksi verenpaineen tulee olla vähinään 100/70 mmHg ja pulssin 70/min.

Lihaskipuun voi käyttää parasetamolia 500-1000 mg × 1-3. Tulehduskipulääkkeiden käyttöä tulee välttää aivan raskauden alkuvaiheessa mahdollisen lisääntyneen keskenmenoriskin vuoksi sekä kolmannen trimesterin aikana sikiön sydämen oikovirtauskanavan enneaikaisen sulkeutumisen ja mahdollisten munuaisvaikutusten riskin vuoksi.

Ripulia voi hoitaa loperamidilla 2 mg × 1-8 ja pahoinvointia metoklopramidilla 10 mg × 1-3.

Ahdistuneisuuteen ja unettomuuteen voidaan hyödyntää hydroksitsiinia 25 mg × 1-2, ketiapiinia 25 mg × 1-3 tai levomepromatsiinia 5-25 mg × 1-2. Unettomuuteen voidaan hyödyntää myös oksatsepaamia 15 mg × 1-2, mutta loppuraskaudessa säännöllisesti käytettynä se voi aiheuttaa vastasyntyneelle oireita, kuten velttoutta ja syömisvaikeuksia. Oksatsepaamin käytön on siis syytä olla lyhytaikaista. Melatoniinia ei raskausaikana tule käyttää, sillä sikiöllä melatoniinin metabolia on rajoittunutta.

MUUT PÄIHDEVIEROITUKSET

Muiden päihteiden käytöllä saattaa olla merkittävä vaikutusta vastasyntyneen vieroitusoireiden todennäköisyyteen ja vaikeusasteeseen. Korvaushoidon aloituksen kanssa tehdään vieroitus rauhoittavista lääkkeistä ja muista mahdollisista väärinkäytetyistä lääkkeistä ja päihteistä. Vastasyntyneen vieroitusoireiden todennäköisyyttä ja vaikeutta lisäävät mm. tupakointi, gabapentinoidit ja bentsodiatsepiinit.

Bentsodiatsepiinivieroitus voidaan tehdä joko avo- tai laitoshoidossa. Jos vieroitus tehdään avohoidossa, tehdään apteekkisopimus ja jaetaan lääkkeet korvaushoitoyksiköstä päivittäin tai viikoittain. Tarvittaessa laitoshoidon aikana aloitettua vieroitusta voidaan jatkaa valvotusti avohoidossa. Potilas ohjeistetaan ottamaan lääke säännöllisin aikoihin, jolloin lääkepitoisuus on tasaisempi ja vieroitusoireiden todennäköisyys pienempi.

Raskaana olevilla suositetaan vieroituksessa käytettäväksi oksatsepaamia. Voimakkaita vieroitusoireita pyritään välttämään, joten vieroitusnopeus ja aloitusannos tulee arvioida yksilöllisesti. Tarvittaessa vieroitusoireiden seuranta esim. CIWA-B-mittaria apuna käyttäen voi olla avuksi. Oksatsepaamin annosta vähennetään esim. 15 mg/1–2 vrk välein tasoon 90 mg/vrk asti. Tämän jälkeen annosvähennysten tahtia voi tarvittaessa hidastaa. Usein viimeistään annoksesta 45 mg/vrk on hyvä edetä pienemmin askelin, vähentäen esim. 7,5 mg kerrallaan. Annosvähennyksiä voidaan tässä vaiheessa tehdä arvion mukaan esim. 1–2 viikon välein.

RASKAANA OLEVAN TUPAKOINTI

Erityisesti raskausaikana on syytä kiinnittää huomiota potilaan mahdolliseen tupakointiin ja tukea siitä vieroittautumista tai ainakin vähentämistä. Kanervon ym. (49) tutkimuksessa 97 % HUSin HAL-poliklinikan seurannassa olleista korvaushoitopotilaista tupakoi ennen raskautta ja 93 % tupakoi raskauden aikana. Raskaana olevan korvaushoitopotilaan tupakoinnin on todettu lisäävän vauvan vieroitusoireyhtymän todennäköisyyttä (esim. 45). Tupakoinnilla raskausaikana voi olla myös iso merkitys lapsen kognitioon (50).

Tupakan haitalliset aineet siirtyvät istukan kautta sikiön verenkiertoon. Nikotiini heikentää kohdun ja istukan verenkiertoa ja sikiön hapensaantia supistamalla verisuonia, ja tupakoiijalla istukan toiminta on heikentynyt. Tupakka lisää merkittävästi ennenaikaisen synnytyksen, istukan ennenaikaisen irtoamisen ja etisen istukan vaaraa. Tupakointi lisää sikiön kasvuhäiriön riskiä ja sikiön äkkikuoleman riskiä.

Raskaushäiriöiden lisäksi tupakointi altistaa vastasyntyneen ongelmille: pH on pienempi, syntymäpaino ja erityisesti aivojen koko on pienempi, Apgarin pisteet huonommat, lapsivedessä on useammin mekoniumia sikiön ahdinkoon viitaten ja kätkytkuoleman riski on suurentunut.

Raskaana olevan tupakkavieroituksessa on keskeistä vieroitusohjaus, jota voidaan tehostaa liittämällä siihen kannustimia, kuten etukuponkeja. Nikotiinikorvaushoitoa suositellaan tueksi sellaisille raskaana oleville tupakoijille, jotka eivät muilla keinoin pysty lopettamaan tupakointia. Muista tupakoinnin lopettamisen lääkkeellisistä hoidosta ei ole näyttöä raskausaikana. Imetysaikana nikotiinikorvaushoito on lapselle tupakointia turvallisempaa. (51,52)

IMETYS

Imetys on tehokas vastasyntyneen vieroitusoireiden hoitokeino. Imetykselle on vain vähän vasta-aiheita (taulukko 34). Valvottu korvaushoitolääkitys ei ole este imetykselle. Lapsen maidon mukana saama lääkemäärä jää hyvin pieneksi. Lactbase-tietokannassa buprenorfiini ja metadoni ovat luokkaa A eli lääkettä ei erity merkittävästi äidinmaitoon eikä käytöstä ole oletettavasti haittaa imeväiselle. Lapsen altistuminen rintamaidon kautta on metadonihoidossa noin 0,1 mg/vrk. Buprenorfiinin kielenalusvalmisteilla altistus vastaa noin 2,4 % prosenttia imettäjän lääkeannoksesta. Injektiohoidossa altistus on todennäköisesti jonkin verran suurempi, mutta edelleen

hyvin pieni. Lapsen altistus ei välttämättä korreloi selkeästi imettäjän korvaushoitolääkkeen annokseen. Imetyksen kautta saatu lääkemäärä ei riitä syntymän jälkeen havaittavien vastasyntyneen vieroitusoireiden hoitoon, mutta imetys yleisemmin lievittää vieroitusoireita ja voi lyhentää niiden kestoa ja lääkehoidon tarvetta.

Taulukko 34. Korvaushoitopotilaan imetyksen vasta-aiheet.

Imetyksen vasta-aiheet
• alkoholin tai huumeiden käyttö
• tietyt lääkkeet (tarkista esim. Lactbase-tietokannasta)
• HIV, ellei imetyksestä ole sovittu infektioleäkärin kanssa
• äidin päätös.

Aiemmin metadonin osalta on käytetty ylärajana 80 mg/vrk, mutta ehdotonta annoksen ylärajaa ei ole enää määriteltä. Sekä American Academy of Pediatrics (AAP) että WHO pitävät metadonikorvaushoitoa mahdollisena myös imetyksen aikana, kun hoito sujuu ongelmitta eikä päihteiden käyttöä esiinny. Imeväisen osalta seurattavia oireita ovat ensisijaisesti väsymys ja huono syöminen. Kertyneen tiedon mukaan haitat ovat epätodennäköisiä ja lapsen rintaruokinnasta saama hyöty ylittää mahdolliset, lähinnä teoreettiset, altistumiseen liittyvät riskit.

Korvaushoitolääkkeiden lisäksi tulee huomioida imettäjän muu lääkitys tapaus- ja lääkekohtaisesti. Tarvittaessa imeväiselle järjestetään tiiviimpi neuvolaseuranta.

HIV-positiivisten henkilöiden tulee olla koko raskauden ajan ja sen jälkeen infektioleäkäreiden seurannassa, joten infektioleäkärei ottaa kantaa HIV-positiivisen imetykseen. HIV-positiivinen voi imettää, jos on tarkassa infektioleäkärin seurannassa, hyvässä HIV-hoitotasapainossa ja haluaa imettää. Tällöin HIV-tilannetta kontrolloidaan verikokeella kuukausittain. HIV-positiivinen ei saa imettää, jos hänellä on verestä mitattavissa virusta, jos äidillä on rintatulehdus tai lapsella gastroenteriitti.

C-hepatiitissa tartunnan riski imetyksen välityksellä on teoreettisesti olemassa, mutta huumeongelmien Käypä hoito -suosituksessa on kuvattu A-tason näyttö siitä, että lapsen rintaruokinta ei lisää hepatiitin tarttumisriskiä lapseen, jos äiti on HIV-negatiivinen ja rinnanpäättävät ehjät.

Tupakointia tulisi välttää suositusten mukaan 2-3 tuntia ennen imetystä, jos tupakoinnin lopetus on mahdotonta. Nikotiini kulkeutuu rintamaitoon, ja se voi aiheuttaa lapselle ärtyisyyttä, pahoinvointia ja vatsakipuja. Koliikkia esiintyy useammin, jos imettäjä tupakoi.

JATKOHOITO SYNNYTYKSEN JÄLKEEN

Raskaana olevan korvaushoitoa tulee jatkaa synnytyksen jälkeen, vaikka korvaushoito olisi aloitettu raskausaikana. Korvaushoidon arviointi ja hoitosuunnitelma tulee tehdä ja kirjata asianmukaisesti, vaikka aloitus tapahtuu nopeasti, jotta hoidon jatkamiselle synnytyksen jälkeen ei ole esteitä.

RASKAUDEN EHKÄISY

Hedelmällisessä iässä olevien korvaushoitopotilaiden hoitosuunnitelmissa on aina huomioitava myös perhesuunnittelu, ehkäisy ja mahdollinen raskastoive. Tavoitteena on, että korvaushoito on hyvässä hoitotasapainossa ja raskaus suunniteltu, kuten muiden pitkäaikaissairauksien kohdalla. Mikäli potilaalla on raskastoive, tuetaan potilasta korvaushoitotilanteen stabiloinnissa ja mahdollisesta päihteiden käytöstä eroon pääsemisessä.

Joillakin potilailla saattaa olla käsitys, että he eivät voi tulla raskaaksi, koska aktiivisen päihteen käytön aikana niin ei ole tapahtunut ehkäisyn puutteesta huolimatta. Tilanne voi kuitenkin muuttua esimerkiksi korvaushoidon aloituksen ja päihteen käytön vähenemisen myötä.

Raskaudenehkäisy on tärkeä sikiön päihdehaittojen ennaltaehkäisyn keino. Korvaushoitopotilailla tulee olla helposti saatavilla pitkäaikainen ja luotettava, käyttäjästä riippumaton raskaudenehkäisy, kuten kierukka tai ehkäisykapseli. Ehkäisyneuvontaa ja ehkäisyneuvolan palveluita suositellaan jalkauttamaan myös korvaushoitoyksikköihin.

RASKAANA OLEVAN PALVELUVERKOSTO

Opioidiriippuvuuteen ja päihteen käyttöön voi liittyä runsaasti muita ongelmia, kuten puutteita ravitsemuksessa, lähisuhdeväkivaltaa, asunnottomuutta tai taloudellisia pulmia. Raskaana olevan hoidossa tarvitaan moniammatillista yhteistyötä äitiyspoliklinikan, neuvolan, lastensuojelun, sosiaalityöntekijän ja potilaan tukiverkoston kanssa. (53)

Raskaana olevan huumeita käyttävän henkilön raskaus on aina riskiraskaus, jota tulee seurata erikoissairaanhoidossa HAL-poliklinikalla (huume-, alkoholi- ja lääkepoliklinikka) sikiön ja syntyvän lapsen kasvun ja kehityksen turvaamiseksi. Myös korvaushoitopotilaan raskautta tulee seurata tulevan synnytysairaalan HAL-poliklinikalla sekä normaalin äitiysseurannan mukaisesti neuvolassa. Lähetä HAL-poliklinikalle tehdään yleensä neuvolasta. HAL-poliklinikan vastuulla on raskauden seuranta, jota toteutetaan yleensä ultraääni- ja muilla tutkimuksilla, sekä synnytyksen suunnittelu. HAL-poliklinikalla käynnit ovat asiakkaalle maksuttomia.

Korvaushoitopotilasta hoitaa ja seuraa raskausaikana siis ainakin HAL-poliklinikka, neuvola, oma korvaushoitoyksikkö ja tarvittaessa laitousyksikkö, kuten vieroitushoitoyksikkö, perhekuntoutus ja/tai ensikoti. Lapsen synnyttyä alkaa lapsella sosiaalipediatrian kontakti. Korvaushoitoyksikössä raskaana oleva potilas tunnetaan useimmiten parhaiten, ellei korvaushoitoa ole aloitettu vasta raskausaikana. Tällöinkin korvaushoitoyksikön kontakti on usein tiivis. Korvaushoitoyksikössä on tärkeää tarjota potilaalle tämän tarvitsemaa tukea päihitteettömyyteen ja arjenhallintaan. Korvaushoitoyksikön rooli potilaan hoidon koordinoimisessa ja yhteistyössä sekä eri tahojen välisessä tiedonkulussa on keskeinen. On suositeltavaa pitää verkostoneuvotteluja tai konsultoida eri tahoja matalalla kynnyksellä työnjaon sopimiseksi.

6 Psykiatrinen oheissairastavuus

Mikäli potilaalla on psykiatrisia oireita, tilanne tulee arvioida ja tarvittaessa toteuttaa psykiatristen häiriöiden diagnostiikka ja hoito samanaikaisesti korvaushoidon kanssa.

MIELENTERVEYS OSANA HOITOKOKONAISUUTTA

Potilas tulee kohdata kokonaisuutena ja huomioida kaikki hänen terveydentilaansa vaikuttavat seikat. Päihteiden ongelmakäyttöön liittyy usein psyykkisiä oireita ja psykiatrisia sairauksia. Mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöt ja persoonallisuushäiriöt ovat näistä yleisimpiä. Psyykkinen pahoinvointi saattaa ajaa hakemaan päihteistä apua.

Päihteiden ongelmakäyttö ja vieroitusoireet voivat aiheuttaa hyvin monenlaisia psyykkisiä oireita, mm. masennus- ja ahdistusoireita, paniikkikohtauksia, unettomuutta, sekä paranoidisuutta ja muita psykoottisia oireita. Lapsuuden traumaattiset kokemukset altistavat päihdeongelmille ja päihdekäyttöön voi liittyä väkivaltaa. Vastaavasti päihteet altistavat psykoosiherkkiä sairastumaan ja psykoosien hoito on vaikeaa, jos päihdeongelmia ei hoideta samanaikaisesti. Korvaushoito antaa mahdollisuuksia ja aikaa keskittyä psyykkisten oireiden hoitoon.

Ajankohtainen hoitoyksikkö (perusterveydenhuolto vai erikoissairaanhoido) määräytyy kulloisenkin tilanteen mukaan. Päihde- ja mielenterveyshäiriöiden integroitu hoito on suositeltavinta. Mikäli hoitoa ei voida järjestää samassa hoitopaikassa, tulee hoito järjestää päihdelääketieteen ja psykiatrian tiiviissä yhteistyössä. Mikäli diagnostiikka ei vielä ole varmaa, tulee kartoittaa potilaan oireita esim. elämänaikaisia aikajanoja käyttäen ja konsultoida psykiatriaa. Psykiatrinen ohjaus on suositeltavaa korvaushoitoa toteuttavan yksikön työntekijöille.

PSYKOOTTISET HÄIRIÖT

Useiden päihteiden käyttämiseen saattaa liittyä lyhytaikaisia psykoottisia reaktioita tai sairaalahoidoa edellyttäviä päihdepsykooseja. Toistuvat päihdepsykoosit voivat ajan myötä tarkentua pitkäaikaiseksi psykoosisairaudeksi, kuten skitsofreniaksi tai harhaluuloisuushäiriöksi (54). Skitsofreniaa sairastavat opioidiriippuvaiset potilaat ovat erityisen avun ja tuen tarpeessa. Yh-täaikainen korvaushoito ja pitkäaikaisen psykoosisairauden hoito on järjestettävä aktiivisesti ja helposti saavutettavasti, koska kumpikin sairaus voi rajoittaa potilaan kykyä hakea itse aktiivisesti hoitoa. Skitsofreniaa sairastavat joutuvat myös muita useammin väkivallan tai hyväksikäytön uhreiksi ja etenkin päihteiden käytön yhteydessä heidän oma väkivaltariskinsä saattaa olla kasvanut.

Akuutin psykoosin hoidossa uudet psykoosilääkkeet ovat suositeltavimpia. Vanhojen psykoosilääkkeiden (esim. haloperidoli, tsuklopentiksoli) voimakas dopamiinisalpaus altistaa päihteitä käyttävät henkilöt muita voimakkaammille sivuvaikutuksille. Pitkäaikaisen psykoosisairauden hoidossa käytetään tavanomaisia antipsykoottisia lääkkeitä, ja tarvittaessa mielialan tasaajia ja mielialalääkkeitä. Psykoosilääkitys voidaan tarvittaessa antaa valvotusti korvaushoitolääkkeen yhteydessä. Pitkävaikutteinen injektio-lääkitys sekä psykoosisairauden että riippuvuussairauden hoidossa voi helpottaa hoidon toteuttamista. Korvaushoitoyksiköissä tulisi olla valmius pitkävaikutteisten psykoosilääkeinjektioiden antamiseen. Pitkävaikutteisilla antipsykootti-injektioilla on myös ennustetta parantava vaikutus. Hoitopäätökset tulee tehdä potilaan kanssa yhteistyössä ja lääketieteellisesti perustellusti.

Korvaushoitoyksikössä tulisi olla valmius tunnistaa potilaan akuutti psykoottisuus ja reagoida siihen tarvittaessa jatkohoitoon lähettämällä.

Lääkkeiden, tupakan, kahvin, luontaistuotteiden ja päihteiden yhteisvaikutukset täytyy aina tarkistaa (esim. metadoni sekä HIV-lääkkeet, karbamatsepiini ja ketiapiini tai tupakka sekä haloperidoli, olantsapiini ja klotsapiini).

Tälle potilasryhmälle voidaan tarjota PALKO:n suosituksen mukaisesti esim. perheenjäsenten psykoedukaatiota ja motivoivaa neuvontaa sisältävää kognitiivista integroitua terapiaa. Se saattaa koventaa potilaan toimintakykyä ja vähentää sairaalajaksoja. Skitsofreniaa sairastavilla potilailla voi olla haasteita arjessa heikkojen ADL-taitojen (Activities of Daily Living) vuoksi, ja omahoitajasuhteessa sekä ryhmissä tai päihdekuntoutuksessa on mahdollisuus käsitellä mm. peseytymistä, pukeutumista ja syömistä. Hoidossa tuetaan itsenäistä selviytymistä, toimintakykyä ja hyvinvointia.

Mikäli potilaan korvaushoito ja psykiatrinen hoito järjestetään eri yksiköissä, suositellaan myös yhteisiä hoitosuunnitelmatapaamisia potilaan ja molempien hoitavien tahojen kanssa.

Tutustu myös skitsofrenian ja bipolaarihäiriön Käypä hoito -suosituksiin.

PERSOONALLISUUSHÄIRIÖT

Persoonallisuushäiriöihin liittyvä oireilu saattaa vaikeutua päihteiden käytön aikana. Vastaavasti korvaushoidon aikana oireet usein helpottuvat elämän tasoittuessa. Persoonallisuushäiriöihin ei ole diagnoosinmukaista lääkitystä, mutta oireita voidaan helpottaa lääkkeillä, esim. mielialalääkkeillä, pieniannoksisilla psykoosilääkkeillä ja mielialan tasaajilla. Tärkeimmän persoonallisuushäiriöiden hoitomuodon muodostavat erityiset psykoterapiat, kuten dialektinen käyttäytymisterapia (DKT) tai skeematerapia, mutta samoja motivaatiota ja metakognitiivisia taitoja lisääviä elementtejä on syytä käyttää kaikessa hoidossa. Motivoiva haastattelu tekniikkana sisältää niistä keskeisimpiä: empatiaa, syyllisyyden vähentämistä ja aktivoimista omien arvojen mukaiseen elämään.

Korvaushoidossa antisosiaalinen ja epävakaa persoonallisuus altistavat eniten ristiriidoille potilaan ja henkilökunnan välille. Näiden häiriöiden olemassaoloon, niiden tunnistamiseen ja niihin liittyviin ilmiöihin tulisi olla erityistä perehtyneisyyttä hoitoyksiköissä, samoin kuin työnohjausta. Työntekijä voi auttaa potilasta hahmottamaan vääristyneitä ajatuskulkuja osana sairautta.

Antisosiaalinen persoonallisuus

Antisosiaalinen persoonallisuus, antisosiaalinen elämäntapa ja käyttäytymismallit yhdessä opioidiriippuvuuden ja mahdollisen monipäihdekäytön kanssa ajavat potilaat herkästi konfliktiin hoitopaikan ja eri viranomaisten kanssa. Antisosiaalinen persoonallisuus voi siis vaikeuttaa potilaan korvaushoidon toteutumista, koska käyttäytymismallit saattavat olla joustamattomia ja syvälle juurtuneita.

Antisosiaalisen persoonallisuuden omaavan henkilön empatiakyky ei välttämättä ole kehittynyt ja ihmissuhteita saattaa leimata hyödyn tavoittelu. Tätä voidaan käyttää hoidollisena elementtinä, jos potilasta autetaan näkemään toteutunut hoito ja kuntoutuminen itseä palvelevana tavoitteena. Kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmät ovat olleet käyttökelpoisia, ja dialektisesta käyttäytymisterapiasta, skeematerapiasta ja palkkiohoidosta on positiivisia kokemuksia (55–57), mutta näitä hoitomalleja ei ole Suomessa toistaiseksi laajasti sovellettu. Hoitosuhdetyöskentelyssä kannattaa erityisesti huomioida potilaan kunnioittava kohtelu, ammatillisuus ja hoidon läpinäkyvyys. Hoidossa vahvistetaan potilaan toivottua käytöstä antamalla välitön positiivinen palaute ja kehutaan aina kun sille on aihetta. Teennäistä ansaitsematonta kehumista kannattaa kuitenkin välttää. Hoitosuhteessa ammattilaisenkin kannattaa olla aito ja joustava.

Opioidikorvaushoidossa olevan antisosiaalisesta persoonallisuudesta kärsivän potilaan hoidon päätavoitteena on usein hoidon ja palvelujen piirissä pysyminen antisosiaaliseen persoonallisuuteensa liittyvistä käytösongelmistaan huolimatta, riittävä hoitoyhteistyö ja sujuva lääkkeenjakko. Säännöllinen korvaushoito mahdollistaa potilaan muun kuntoutumisen ja vakauttaa elämää auttaen potilasta mm. asunnon saamisessa tai pitämisessä.

Matalan kynnyksen hoitomallia on kehitetty esimerkiksi HUS Riippuvuuspsykiatrialla soveltamalla mm. DKT-mallin tunnetaitojen harjoittamista henkilöille, jotka kokevat vaikeuksia suuttumuksen ja/tai vihan tunteen hallinnassa ja joilla hallinnan menettäminen johtaa aggressiiviseen käyttäytymiseen. On olemassa myös lisenssivapaa Suuttumuksen hallinta -ohjelma (Anger Management Training). Myös Mielenterveystalossa on vihan hallinnasta tietoa.

Epävakaata persoonallisuutta

Tunne-elämän epävakaat ilmenemismuodot useimmiten impulsiivisuutena, voimakkaana tunnereaktiona vastoinkäymisiin, ihmisten jakamisena ystäviin ja vihollisiin tai omien puutteiden näkemisenä toisissa. Ristiriitoihin voi liittyä impulsiivista itsetuhoisuutta. Kuormituksen yhteydessä voi ilmetä lyhyitä, ohimeneviä psykoottisia läpilyöntejä todellisuuden tajun hetkellisen heikentymisen myötä. Päihteiden käyttö voi myös altistaa näille (esim. paranoidisuus ristiriitatilanteissa puolison kanssa päihtyneenä).

Epävakaan persoonallisuuden omaavat hyötyvät usein DKT-hoidosta, johon sitoutuminen voi onnistua korvaushoidon aikana. Tavoitteena on tasapainottaa potilaiden käyttäytymisen muutosstrategioita ja opettaa tunteiden hyväksyntää. DKT toteutetaan yksilöterapiassa ja ryhmätyöskentelyn yhdistelmänä. Lisäksi DKT:n elementtejä voidaan käyttää osana muuta hoitoa myös perustason yksiköissä ja tilanteissa, joissa varsinaista virallisen mallin mukaista terapiaa ei ole saatavilla. Epävakaasta persoonallisuudesta on myös Käypä hoito -suositus.

AHDISTUNEISUUSHÄIRIÖT JA KUNTOUTUSPSYKOTERAPIA

Ahdistuneisuus on yleistä opioidiriippuvaisilla, joten sen hoitoon kannattaa erityisesti paneutua. Ei-lääkkeellisiä ahdistuksen hallintakeinoja kannattaa hoitosuhteessa opettaa potilaalle ja niistä yhdessä keskustella ja suunnitella toimintamalleja ahdistuksen yllättäessä. Tavoitteena on potilaiden suuntautuminen lääkesidonnoista ratkaisuihin omaehtoiseen elämänhallintaan. Tutustu myös Käypä hoito -suositukseen ja siellä erityisesti neuvoihin bentsodiatsepiinien käytöstä.

Ahdistuneisuus on myös tyypillinen monien päihteiden vieroitusoire. Ahdistuneisuuden arvioinnissa on tärkeää erottaa varsinainen sairauden diagnostiset kriteerit täyttävä ahdistuneisuushäiriö reaktiivisesta ahdistuneisuudesta, joka liittyy esimerkiksi vieroitusoireisiin päihteiden käytön vähentämisen tai lopettamisen yhteydessä.

Hoidossa voidaan käyttää tavanomaisia psykoterapeuttisia elementtejä: neuvontaa, harjoittelua, valmistelemaa suunnittelua ja altistamista ahdistaville asioille. Ahdistuksen sisällön käsitteellistäminen pelon, häpeän ja ulkopuolisuuden tunteiksi saattaa helpottaa niistä puhumista. Yleisimmin potilaat kärsivät ahdistuksesta sosiaalisissa tilanteissa, mitä he saattavat kutsua paniikkihäiriöksi.

Bentsodiatsepiiniriippuvuus on usein kehittynyt opioidiriippuvuuden oheisriippuvuutena joko itsehoitona tai lääkärin alun perin määräämänä. Bentsodiatsepiinien hoidollisessa käytössä tulee pitäytyä ahdistuneisuushäiriöiden Käypä hoito -suosituksen lääkelinjauksissa (58). Lääkkeiden menettämisen pelon vuoksi potilaat epäilevät usein terapian tehokkuutta. Toisaalta terapiasta on hyötyä juuri lääkkeiden hitaan vierotuksen aikana. Hoitopaikassa tulisi olla työntekijöitä, joilla on terapeutista osaamista.

PSYKOTERAPIAT

Hoitopaikassa voi olla koulutettuja psykoterapeutteja, jotka voivat kouluttaa muille käytettäviä menetelmiä ja hoitaa potilaiden ahdistusta. Hyvinvointialueet hankkivat psykoterapioita lääkinnällisenä kuntoutuksena myös ostopalveluna.

Kelan kuntoutuspsykoterapia ja vaativa lääkinnällinen kuntoutus edellyttävät, että päihdeongelma on hoidettu niin, että se ei häiritse tuloksellista terapiaa. Hoidettava psykiatrinen diagnoosi

on varmistettava riittävän pitkän päihdeettömän jakson aikana. Jos tavoitteena on työ- tai opiskelukyvyyn tukeminen, kuntoutuspsykoterapia on mahdollinen. Jos päätavoite on raittius, kyse on päihdekuntoutuksesta eikä kuntoutuspsykoterapiasta, eikä Kela korvaa päihdekuntoutusta. Kohutuullinen alkoholinkäyttö tai satunnainen kannabiksen käyttö eivät ole esteitä kuntoutuspsykoterapian myöntämiselle. Säännöllinen (viikoittainen) kannabiksen käyttö sen sijaan saattaa tulla esteeksi kuntoutuspsykoterapialle. Riskikäyttöä arvioidaan laboratoriokokeilla ja huumeaseuloilla psykoterapiaan haettaessa ja sen aikana.

Palveluvalikoimaneuvosto Palko on laatinut suositukset huumeriippuvuuksien hoidon ja kuntoutuksen psykososiaalisista menetelmistä. Menetelmiin kuuluvat (41):

- Motivoiva haastattelu ja motivaatiota vahvistava hoitomalli (MI, MET) ja muut lyhytinterventiot
- Kognitiiviset ja käyttäytymisterapiat
- Pariterapia muun hoidon lisänä
- Palkkiohoito muun hoidon lisänä
- Yhteisövahvistusohjelma (CRA)
- Yhteisövahvistusohjelma ja siihen liitetty perheohjaus (CRAFT)
- 12 askeleen hoito-ohjelma.

NEUROPSYKIATRISET HÄIRIÖT

Neuropsykiatriset häiriöt ovat yleisiä päihderiippuvuuksien yhteydessä, mikä tulee ottaa huomioon hoitosuunnitelmaa tehtäessä. Diagnostiikka on vaativaa mm. siksi, että päihderiippuvuuden oireet ja vieroitusoireet muistuttavat ADHD:n oireita. Samoin aikuisiän oireiden taustalla tulee huomioida esimerkiksi mahdolliset traumaattiset pään vammat, aivojen hapenpuutteeseen johtaneet, tyypillisesti tehohoitoa vaatineet myrkytystilat, sekä ajankohtainen pkv-lääkitys. ADHD:n diagnostiikka ja lääkehoidon aloitus tehdään erikoissairaanhoidossa tai sellaisessa muussa yksikössä, jossa on riittävä osaaminen. Korvaushoitoyksiköissä seulotaan ADHD:tä ja lähetetään potilaat jatkotutkimuksiin alueellisesti sovitulla tavalla. Lääkitystä jatketaan korvaushoitoyksikössä asianmukaisen diagnoosin jälkeen erikoissairaanhoidon tekemän hoitosuunnitelman ja seurantaohjeiden mukaisesti.

Neuropsykiatriset tutkimukset kannattaa yleensä tehdä potilaan elämäntilanteen vakiinnuttua korvaushoidon myötä. Päihdeettömyyttä ei jäädä diagnostikkaa suunniteltaessa odottamaan, vaikka siihen toki potilaita kannustetaan. Esitietojen kartoittamisessa olennaista on, ettei potilas ole haastattelutilanteissa päihtynyt. Päihdeseuloja otetaan tutkimusjaksojen aikana ja päihdeiden käyttö huomioidaan tuloksia tulkittaessa. Kattavat asiakirjatiedot etenkin lapsuudesta ovat tärkeitä luotettavan diagnoosin asettamiselle. Kehityksellisen oirekuvan tulee olla todennettavissa jo lapsuudessa. Samoin omaisten haastatteleminen, tarvittavat somaattiset tutkimukset sekä alustavat arviot muusta psykiatrisesta komorbiditeetista voidaan aloittaa jo varhaisessa vaiheessa. Mikäli kerätyistä tiedoista ei saada riittävää varmuutta diagnoosin asettamiseksi, eikä potilas ole päihdeettömänä, mutta epäily ADHD:sta on olemassa, voidaan tässä tapauksessa edellyttää päihdeettömän jakson aikana tehtävää tutkimusjaksoa. Päihdeettömän jakso voidaan tarvittaessa toteuttaa laitoshoidonjakson ja/tai intensiivisen avokuntoutuksen avulla.

Neuropsykologisia tutkimuksia ei tarvita diagnoosin asettamiseksi. Ne saattavat tulla kyseeseen silloin, kun halutaan selvittää mahdollisten oppimisvaikeuksien luonnetta ja merkitystä, kognitiivista toimintakykyä laajasti tai pohditaan vakavasti vaihtoehtoista erotusdiagnostiikkaa tai pohditaan Kelan neuropsykologista kuntoutusta. Neuropsykologisia tutkimuksia on hyvä edeltää riittävä, yleensä vähintään neljän viikon päihdeettömyys, mutta harkinnan mukaan esim. osasto-olosuhteissa tutkimus voidaan tehdä jo varhaisemmin. Jos diagnoosi asetetaan ilman päihdeettömyyttä, tämä tulee todeta loppuarviossa ja kirjata diagnoosin perusteet tarkasti.

Diagnoosin varmistuttua tehdään hoitosuunnitelma. Päihderiippuvuuden hoito on edelleen keskeistä. Lääkehoito on usein hyödyksi, mutta ilman muuta kuntoutusta se saattaa olla riittä-

mätön interventio hoitovasteen saavuttamiseksi. ADHD-lääkitys on hyödyksi myös silloin, kun päihderiippuvuus ja ADHD esiintyvät samanaikaisesti, vaikka se ei ainakaan suoraan tai lyhyellä aikavälillä vähennä päihteiden käyttöä. Lääkitys helpottaa kuitenkin tarkkaavaisuushäiriön oireita.

Atomoksetiinia suositellaan ensisijaisena vaihtoehtona vain alkoholiriippuvuudesta kärsivillä. Mikäli psykostimulanttihoidon vasta-aiheita ei ole, harkitaan pitkävaikutteista metyylyfenidaatti-valmistetta tai lisdeksamfetamiinia. Deksamfetamiini ei sovellu päihderiippuvaisen potilaan hoitoon. Aktiivisen runsaan päihteiden käytön aikana ei suositella stimulanttilääkitystä mm. vakavien interaktioiden mahdollisuuden vuoksi.

Vaikuttaa siltä, että henkilöt, joilla on päihderiippuvuus, tarvitsevat joskus korkeampia lääkeannoksia kuin sellaiset, joilla ei ole päihderiippuvuutta. Eräässä tutkimuksessa saatiin hyviä tuloksia annoksella metyylyfenidaatti 180 mg (59). Nämä olivat kuitenkin vakavasti amfetamiiniriippuvaisia potilaita, eikä valtaosa muista potilaista todennäköisesti tarvitse niin suuria annoksia. Mikäli annos vaikuttaa riittämättömältä, tulee konsultoida erikoislääkärinä sen arvioimiseksi, nostetaanko annosta paremman hyödyn saavuttamiseksi. Tämä tarkoittaa tilannetta, jossa metyylyfenidaatti 108 mg ei riitä (nostetaanko esim. 120 mg, ad 180 mg) tai jossa lisdeksamfetamiini 70 mg ei riitä (nostetaanko esim. 110 mg, ad 150 mg). Erityisesti tavallista suuremmilla annoksilla potilas saattaa hyötyä, jos annostelu jaetaan kahteen osaan (esim. klo 7 ja klo 12). Esim. lisdeksamfetamiini 70 + 30 mg tai 60 + 50 mg.

Ennen kuin lääkkeitä on kokemusta, kannattaa aloittaa matalilla annoksilla ja nostaa hitaasti. Toisaalta annosten nostoa korkealle ei pidä liikaa varoa, jotta potilaat saavat lääkkeestä täyden hyödyn.

Jos potilaalla on toistuvia tai hyvin tuoreita stimulanttippsykooseja, on lääkettä mietittävä tarkkaan.

Ennen lääkityksen aloittamista tulee arvioida sen turvallisuus mm. kardiovaskulaariselta kannalta. Verenpaineen ja pulssin seuranta on tarpeen lääkemannosten nostojen yhteydessä. Huumeuseuranta toteutetaan, jos se arvioidaan tarpeelliseksi. Tämä määritellään yksilöllisesti hoitosuunnitelmassa.

Kun hoito aloitetaan, voi potilas hakea lääkityksen jopa päivittäin hoitoyksiköstä. Tämä mahdollistaa tarkan hoitovasteen seurannan ja vähentää väärinkäytön mahdollisuutta. Seurannan myötä käytitiheyttä harvennetaan. Korvaushoitopotilaan ADHD-lääkitys on mahdollista toteuttaa esim. jakamalla lääke korvaushoitolääkkeenjaon yhteydessä. Säännöllinen seuranta hoidon tehon ja vaikuttavuuden osalta on tarpeen. Myös mahdollista päihdekäyttöä seurataan. Satunnainen päihdekäyttö ei johda lääkityksen lopettamiseen. Mikäli päihdekäyttöä ilmenee, arvioidaan potilaan kokonaistilannetta.

Mikäli atomoksetiini ja stimulantit ovat vasta-aiheisia, voi kokeilla vaihtoehtona myös guanfasii-nia. Tuolloin aloitusannos 1 mg, annosnostot esim. 1 mg / vko vasteen mukaan ad 7 mg.

Katso myös Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön (ADHD) Käypä hoito -suositus.

7 Somaattinen oheissairastavuus

Korvaushoidossa olevilla potilailla voi olla paljon fyysisiä oireita ja sairauksia, mutta he hakeutuvat niiden vuoksi hoitoon keskimääräistä harvemmin. Henkilöstön on kiinnitettävä erityishuomiota potilaiden somaattiseen terveyteen ja tuettava heitä hakeutumaan tarkoituksenmukaisiin tutkimuksiin ja hoitoihin. Kiputilojen hoidossa suositellaan lääkkeitä, jotka eivät aiheuta riippuvuutta. Tarvittaessa kivunhoito suunnitellaan yhteistyössä kipupoliklinikan kanssa. C-hepatiittia testataan ja hoidetaan aktiivisesti kaikilta korvaushoitopotilailta. Suositeltavinta on järjestää C-hepatiitin testausta ja hoitoa varten tarvittavat laboratoriokokeet omassa korvaushoitoyksikössä tai muuten tukea potilaita testeihin hakeutumiseen. Potilaita tuetaan hammashoitoon hakeutumisessa ja tupakoinnin lopettamisessa ja annetaan neuvontaa seksuaaliterveyden edistämiseksi.

KIPU

Kivun hoito on opioidiriippuvaisilla vaikeaa myös korvaushoidon aikana. Varsinkin suuriannoksinen buprenorfiini estää monien muiden opioidien vaikutuksia, joten rinnakkaisia opioideja ei pidä käyttää. Toleranssi vie opioideilta kipua helpottavaa tehoa ja saattaa jopa herkistää kivulle (OIH, opioid induced hyperalgesia). On myös hyvä muistaa, että opioidien vieroitusoireisiin ja siten myös annoslaskuihin saattaa liittyä spontaaninkin kivun lisääntymistä, joka väistyy, kun vieroitusoireet helpottavat ja jota voi tarvittaessa hoitaa esimerkiksi tulehduskipulääkkeillä.

Akuutti kipu

Korvaushoidossa olevan kipu on hoidettava yhtä hyvin kuin muillakin potilailla. Akuutissa nosiseptiivisessä kivussa tulehduskipulääkkeet ja parasetamoli ovat suositeltavia. Lihasselaksantteja ja gabapentinoideja on syytä käyttää vain lyhytaikaisesti ja tarkoissa indikaatioissa.

Jos opioidilääkitys on kivunlievityksessä aiheen, kerran vuorokaudessa tai harvemmin annosteltava korvaushoitolääke ei yleensä riitä kipuongelman hoitoon. Vaikeissa vammoissa korvaushoitoannoksen nosto (varsinkin metadonin) tai lääkkeen jakaminen useamman kerran päivässä saattaa auttaa.

Mikäli potilas on menossa esimerkiksi leikkaukseen, kivunhoidosta sovitaan etukäteen leikkaavan yksikön kanssa. Buprenorfiini korvaushoitoannoksilla heikentää muiden vahvojen opioidien vaikutuksia. Suuriannoksista buprenorfiinia (yli n. 16 mg/vrk) ja opioididiagonistikipulääkkeitä (morfiini, fentanyl, metadoni) ei tule yleensä käyttää samanaikaisesti eikä vuorotellen, ellei anesthesiologi muuta ohjeista. Toleranssista johtuen potilaat tarvitsevat tavanomaista suurempia opioidiannoksia riittävän analgesian saavuttamiseksi.

Krooninen kipu

Päihdehäiriöistä kärsivillä on usein päällekkäisiä lääketieteellisiä ongelmia. Vaikeat vammat ja niiden jälkitilat ovat keskimääräistä yleisempiä. Ahdistus, syyllisyys- ja tunneherkkyys voimistavat kipuun liittyvää epäoikeudenmukaisuuden kokemusta ja tarvetta saada vastetta kivun ohessa myös psyykkiseen tuskaan. Riippuvuussairauteen liittyy usein vakiintuneita käsityksiä eri lääkkeiden hyödyistä ja haitoista usein painottuen niin, että juuri riippuvuutta aiheuttavat lääkkeet koetaan hyödyllisimpinä. Vakiintuneen, mutta kivun hoitoon tarpeettomaksi käyneen kolmiolääkkeen lopettamisen aiheuttamat vieroitusoireet aiheuttavat pelkoa. Kieltäytyminen muista lääkkeistä saattaa sisältää toiveen saada tilalle PKV-lääkkeitä.

Yli kolme kuukautta kestävä kiputila lasketaan krooniseksi. Anamneesi ja huolellinen somaattinen status ovat oleelliset tutkimuskeinot myös päihderiippuvaisen potilaan kroonisen kivun selvittämisessä. Lisätutkimukset ovat harvoin tarpeen, mutta ne on oleellista tehdä tarvittaessa samoil-

la periaatteilla kuin muillakin kipupotilailla. Kivun voimakkuuden ja haittaavuuden arvioinnissa numeerisista arvioista (0 – 10) ei yleensä ole hyötyä, koska päihdehäiriöistä kärsivillä potilailla lääkehakuisuus usein johtaa suuriin lukemiin, oli vointi mikä hyvänsä. Toimintakyvyn arviointi on käyttökelpoisempi tapa (esim. liikuntakyky sisällä ja ulkona, yöuni).

Kroonisen kivun hoidossa lääkkeiden vaikutus on vähäinen ja lääkkeettömillä keinoilla on päärooli. Päihdeongelmaisten potilaiden kohdalla haasteena on motivoida potilas lääkkeettömien keinojen harjoitteluun ja säännölliseen käyttöön. Fysioterapeutin ohjaama liikehoito ja TENS (transcutaneous nerve stimulation) ovat turvallisia ja monille kipupotilaille tarpeellisia. Psykologisista keinoista kognitiivisen psykoterapian keinot ja dissosiaatiotekniikat ovat tehokkaimpia. Jos potilaan on vaikea sitoutua käymään vastaanotoilla fysioterapeuttisten ja psykologisten keinojen ohjausta varten, ohjeita löytyy myös verkosta, esim. Terveyskylästä (<https://www.terveyskyla.fi>: Kivunhallintatalo, Kuntoutumistalo, Mielenterveystalo).

Opioidit ovat pitkäaikaisesta kivusta kärsivillä potilailla vain harvoin indisoituja, ellei kivun syytä ole etenevä syöpä. Opioidikorvaushoidon aikana ei muita opioideja muutoin kuin syöpäkivun hoidossa pidä lainkaan käyttää. Neuropaattisen ja muun pitkittyvän kivun ensisijaiset lääkevaihtoehdot ovat eräät antiepileptit (gabapentiniidit, okskarbatsepiini, lamotrigiini) ja noradrenergiset antidepressantit. Niiden vaste tulee hitaasti, mikä vaatii potilaalta ja hoitohenkilöstöltä kärsivällisyyttä. Lamotrigiinin annosnosto on hidas ja vakavien ihosivuvaikutuksien mahdollisuus lisääntyy, ellei potilas kykene säännölliseen lääkitykseen ja aloittaa tauolle jääneen lääkityksen suoraan ylläpitoannoksella. Gabapentiniidien käyttö tulisi riippuvuusongelmaisilla rajata erityistilanteisiin, joissa varmistetulle neuropaattiselle kivulle ei löydy muuta soveliaista lääkitystä. Pregabaliinilla on nopean imeytymisen vuoksi suurempi riippuvuuspotentiaali kuin gabapentiinillä, mutta molempia gabapentinoideja käytetään laajalti päihdetarkoituksessa.

Osalla potilaista on huonoja kokemuksia päihdeidenkäytön aikaisista mielialälääkityksistä ja enakkoluuloja niiden tehoa ja sivuvaikutuksia kohtaan. Duloksetiini, venlafaksiini, nortriptyliini ja amitriptyliini ovat tehokkaita neuropaattisen kivun hoidossa säännöllisesti käytettynä (ks. taulukko 35).

Bentsodiatsepiineilla tai lihasrelaksanteilla ei ole roolia kroonisen kivun hoidossa. Molemmat aiheuttavat riippuvuutta. Lihasrelaksantit (orfenadiiri Norflex, Norgesic ja tisanidiini Sirdalud) ovat indisoituja vain spastisten tilojen jatkuvaan hoitoon.

Kroonisesta kipuongelmasta ja tarvittavasta kipulääkityksestä sekä lääkkeettömistä hoitovaihtoehdoista konsultoidaan tarvittaessa kipulääkärinä tai monialaista kiputyöryhmää. Parantumattoman kivun kanssa voi oppia elämään ja se voi olla osa muutakin persoonallisuuden kehitystä, mutta edellyttää asiantuntevaa ohjausta. Tavoitteena on potilaiden suuntautuminen ainesidonnaisista ratkaisuista omaehtoiseen elämänhallintaan.

Taulukko 35. Tavallisimpia lääkemuotoja (mg/vrk) pitkäaikaisen kivun hoidossa

Lääkeryhmä	Vaikuttava aine	Annos (mg/vrk)
Antidepressantit	Amitriptyliini	25–75
	Nortriptyliini	25–75
	Venlafaksiini	150–225
	Duloksetiini	60–120
Antiepileptit	Lamotrigiini	200–400
	Okskarbatsepiini	600–1200
	Gabapentiini	1800–3600
	Pregabaliini	150–600

C-HEPATIITTI

WHO tavoittelee C-hepatiitin eliminaatiota vuoteen 2030 mennessä. Myös Suomen C-hepatiitistrategiassa C-hepatiitin hoito on kansallinen tavoite maksavaurion asteesta riippumatta. C-hepatiitin hoidon hoitopolun (60) mukaan päihdeitä käyttävien henkilöiden C-hepatiittitartuntojen seulonta ja hoito toteutetaan päihdehoidossa, terveysneuvontapisteissä tai muussa yksikössä, jossa päihdeitä käyttävät tai käyttäneet potilaat asioivat ja jossa on siihen valmiudet. C-hepatiitin hoitopolun mukaisesti korvaushoidossa olevien C-hepatiittitartuntojen testaus ja tartunnan saaneiden hoito pyritään aloittamaan mahdollisimman nopeasti. Tartuntojen seulonnassa ja laboratoriotutkimuksissa suositellaan varmistamaan potilaille mahdollisimman helppo pääsy laboratorioon, mikä voidaan tarvittaessa toteuttaa esimerkiksi yksikössä paikan päällä tapahtuvalla näytteenotolla tai sormenpääverinäytteillä. C-hepatiitin hoitoarvio otetaan hoitopolun mukaan osaksi potilaan arviointiprosessia ja hoito aloitetaan korvaushoidon alkaessa. Korvaushoitopotilaat hoidetaan pääsääntöisesti korvaushoitoyksikössä. (60)

C-hepatiitin hoitaminen edellyttää korvaushoitopotilaalta siinä määrin stabiilia tilannetta, että hän kykenee ottamaan päivittäin C-hepatiittilääkkeen 8 tai 12 viikon ajan. Satunnaiset välipäivät C-hepatiittilääkkeistä eivät kuitenkaan ole käytännössä vaarantaneet hoitojen onnistumisia. Vaatimuksia pistämisen tai muun päihdeiden käytön lopettamisesta ennen C-hepatiittihoitoa ei tule olla.

C-hepatiitti tulee seuloa kaikilta korvaushoitopotilailta. Seulontatutkimuksena voidaan käyttää vasta-ainetutkimusta S-HCVAb, mikäli sitä ei ole aiemmin otettu tai se on ollut negatiivinen. Jos HCVAb on positiivinen tai se on joskus ollut positiivinen, määritetään S-HCVNhTy aktiivin infektion toteamiseksi ja genotyypin määrittämiseksi. S-HCVNh0 paljastaa myös aktiivisen, hoitoa vaativan C-hepatiitin, mutta päihdeitä käyttävillä henkilöillä suositellaan C-hepatiittiviruksen genotyypin määrittystä eli testiä S-HCVNhTy riippumatta siitä, käytetäänkö pangenotyypistä tai genotyypispesifiä lääkitystä. Genotyypityksen avulla voidaan selvittää ja seurata hoidon vaikuttavuutta uusintatartuntojen ja relapsien määrällä sekä epidemiologista tilannetta. Hoitoon liittyvät laboratoriotutkimukset on taulukossa 36.

Taulukko 36. Esimerkki C-hepatiittihoidon aloitusta ja hoidon lopputuloksen varmistamista varten otettavista laboratoriotutkimuksista.

Ajankohta	Laboratoriotutkimukset
Ennen hoitoa	<ul style="list-style-type: none">• C-hepatiittitutkimus HCVNhTy• Infektio- ja immunologiset tutkimukset HBsAg, HIVAgAb• Munuaisten toiminta kreatiniini, GFR• Maksakokeet ASAT, ALAT, GT, Bil, APRI• Pieni verenkuvakuva ja trombosyytit• Raskaustesti fertiili-ikäisiltä naisilta
12 vko hoidon jälkeen	<ul style="list-style-type: none">• HCVNh0

Erikoissairaanhoidossa hoidetaan potilaat, joilla epäillään edennyttä maksavauriota tai kirroosia (APRI > 1), joilla on todettu munuaisten vajaatoiminta (GFR < 60 ml/min) sekä jos potilaalla on todettu HIV, B-hepatiitti (HBsAg positiivinen), muu maksasairaus, maksan pesäkemuutos, jos on merkittäviä lääketeraktioita käytettävän lääkeyhdistelmän kanssa tai jos aikaisempi C-hepatiittihoito on epäonnistunut. Erikoissairaanhoidon konsultaation perusteella voidaan myös näissä tapauksissa hoitaa potilas korvaushoitoyksikössä, mikäli erikoissairaanhoito näin ohjeistaa.

C-hepatiittilääkkeet jaetaan korvaushoidossa yhtä aikaa korvaushoitolääkkeen kanssa. Injektio- ja tablettilääkityksille luovutetaan lääkkeitä tilanteen mukaan esim. 1-2 viikon annoksina. Potilaalle suositellaan annettavaksi muutama ylimääräinen tabletti mukaan siltä varalta, että lääkkeenjakokäynnit

eivät toteudu sovitusti, jolloin potilaalla on mahdollisen välipäivän aikana mahdollisuus ottaa lääke kotona. Mikäli potilas on hoidon aikana laitoshoidossa tai muussa hoitopaikassa, huolehditaan siitä, että C-hepatiitin lääkehoito toteutuu edelleen. Mikäli potilaalle tulee C-hepatiittihoidosta yksittäisiä välipäiviä, lääke annetaan ja hoitoa jatketaan heti, kun se on mahdollista. Hoidon aikana ei tarvita laboratorioseurantaa. Fertiili-ikäisille naisille suositellaan vahvasti luotettavaa raskaudenehkäisyä hepatiittihoidon ajaksi.

C-hepatiittihoidon jälkeen potilaille kerrataan, miten hän voi välttää uusintainfektion. Hoidon jälkeen tutkitaan S-HCVN_{h0} 12 viikon kuluttua hoidon päättymisestä. Mikäli S-HCVN_{h0} on positiivinen, kyseessä on joko hoidon epäonnistuminen tai uusintainfektio, ja uudesta hoidosta konsultoidaan erikoissairaanhoidon konsultaatiota. Ennen erikoissairaanhoidon konsultaatiota kannattaa tutkia viruksen genotyyppi (S-HCVN_{hTy}). Uusintainfektioita tulee aktiivisesti etsiä ja C-hepatiittitestejä tehdä henkilöille, joilla pistäminen jatkuu C-hepatiittihoidon jälkeen. C-hepatiittitestit kontrolloidaan heiltä yksilöllisen tarpeen mukaan vähintään vuosittain, mutta tarvittaessa useammin.

C-hepatiittihoidon kirjaaminen

C-hepatiittihoitoa ja hoidon onnistumista varten on THL-toimenpideluokituksessa koodit, joita suositellaan käytettäväksi, jotta saadaan valtakunnallista ja organisaation omaan käyttöön sopivaa tietoa hepatiittihoitojen määristä ja onnistumisesta (taulukko 37).

Taulukko 37. *C-hepatiitin testaamiseen ja hoitoihin liittyvät THL-toimenpidekoodit.*

THL-toimenpideluokituksen koodi	Toimenpiteen nimi	Milloin koodia käytetään
IBZ16	C-hepatiitin lääkehoidon tarpeen arviointi	Kun tehdään HCV-nukleinihappotesti C-hepatiittitartunnan löytämiseksi ja hoidon suunnittelemiseksi
IBZ17	C-hepatiitin lääkehoidon tuloksen arviointi	Kun tehdään HCV-nukleinihappotesti C-hepatiittihoidon jälkeen hoitotuloksen arvioimiseksi
IFC09	C-hepatiitin lääkehoidon aloitus	HCV-hoidon aloituksen yhteydessä

Korvaushoitoon sopivat koodit ja niiden käytön opastus on Tiedä ja toimi -kortissa (18) <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2022020217404>.

Kaikki toimenpidekoodit ovat THL:n sivulla <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyspalvelut/toimenpidekoodit-mielenterveys-ja-paihdepalveluissa> ja sieltä päihde- ja mielenterveyshoidossa käytettävät koodit (myös C-hepatiittihoitoon liittyvät koodit) ovat erillisessä xls-tiedostossa kohdassa I-ryhmän toimenpideluokitus.

Rakenteisesta kirjaamisesta ja THL-toimenpideluokituksesta on laajemmin tietoa THL:n sivuilla <https://thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/paihdehoito/paihdehoidon-rakenteinen-kirjaaminen-potilas-ja-asiakastietojarjestelmaan>.

HIV, MUUT HEPATIITIT, MUUT INFEKTIOT

HIV:n ja hepatiittien tarttumista ehkäistään terveysneuvonnalla ja puhtaiden pistosvälineiden jakamisella. Potilaille annetaan tietoa veriteitse ja eritteiden kautta tarttuvista taudeista ja heitä kannustetaan käyttämään puhtaita pistosvälineitä ja kondomia. Potilaille kerrotaan terveysneuvontapisteiden sijainneista.

Huumeongelmien Käypä hoito -suosituksen mukaan puhtaiden pistosvälineiden vaihto vähentää HIV:n ilmaantuvuutta. Puhtaiden pistosvälineiden vaihto yhdistettynä korvaushoitoon vähentää hepatiitti- ja HIV-infektioiden ilmaantuvuutta paremmin kuin pelkkä puhtaiden pistosvälineiden vaihto.

HIV-tartuntoja ja B-hepatiittia tulee etsiä aktiivisesti testaamalla ja niiden leviämistä tulee ehkäistä. B-hepatiittirokotus annetaan kaikille huumeita käyttäville henkilöille. B-hepatiitin laboratoriotutkimukset ovat taulukossa 38.

Taulukko 38. B-hepatiitin laboratoriotutkimukset ja niiden tulkinta.

Laboratoriotestin tulos	Tuloksen tulkinta	Toimenpide
S-HBcAb positiivinen	sairastanut B-hepatiitin	ei rokoteta
S-HBsAg positiivinen	tartuttava B-hepatiitti	verieristys ja jatkoselvittelyt
S-HBsAb < 10 mIU/ml	ei immuniteettia	aloitetaan B-hepatiitin rokotus-sarja

Ihoinfektiot ovat melko tavallisia pistämällä huumeita käyttävien keskuudessa. Pinnalliset infektiot tulee hoitaa korvaushoidossa ja vakavien ja komplisoituneiden infektioiden hoitoon potilaat tulee lähettää korvaushoitoyksiköstä erikoissairaanhoidon.

SEKSUAALITERVEYS

Alkoholin, tupakan ja muiden päihteiden välttäminen sekä terveelliset elämäntavat ovat merkittäviä tekijöitä seksuaaliterveyden ylläpidossa. Seksuaaliterveydestä kannattaa keskustella, jos potilas niin toivoo, sekä antaa neuvontaa ja tarvittaessa ohjata jatkoselvittelyihin. Katso myös luvun 5 kohta Raskauden ehkäisy.

Testosteroni

Opioidien pitkäaikainen käyttö saattaa aiheuttaa testosteronitason laskua. Mikäli korvaushoitopotilaalla on testosteronivajeeseen sopivia oireita, asia tulee tutkia. Epäillyn testosteronivajeen alkututkimukset tehdään perusterveydenhuollossa, josta potilas ohjataan tarvittaessa erikoissairaanhoidon. Testosteronikorvaushoidon suunnittelu ja aloitus on syytä jättää endokrinologin arvioitavaksi.

Jos potilas on käyttänyt anabolisia steroideja, testosteronipitoisuutta ei kannata mitata ennen kuin edellisestä anabolisten steroidien käyttökerrasta on vähintään puoli vuotta.

Testosteronilla ja anabolisilla steroideilla on useita somaattisia ja psyykkisiä haittavaikutuksia. Niiden käyttöön voi liittyä masennusta, mielialan voimakasta vaihtelua tai aggressiivisuutta. Käyttäjän jälkeen saattaa esiintyä unio ongelmia ja väsymystä. Somaattisina oireina voi tulla verenpaineen nousua, rytmihäiriöitä, sydänlihaksen liikakasvua ja sydänlihaskvaurioita sekä erektiohäiriöitä. Kolesteroli- ja maksa-arvot sekä verensokeri saattavat nousta. Metadonipotilailta on tärkeää kysyä steroidien käytöstä ja käyttöhistoriasta, etenkin, jos QTc-ajassa on poikkeavuutta. Lisätietoja esim. Dopinglinkistä, <https://dopinglinkki.fi/>.

HAMMASTERVEYS

Suun terveydestä huolehtimiseen annetaan ohjausta. Potilaita ohjataan aktiivisesti hakeutumaan hammaslääkäriin. Potilaita muistutetaan, että hammaslääkärissä asioidessaan he kertoisivat olevansa opioidikorvaushoidossa.

Hammaslääkärit saattavat käyttää esilääkityksenä bentsodiatsepiineja. Hoito ja siihen mahdollisesti hyödynnettävä esilääkitys ovat hammaslääkäriin erityisosaamista, ja ratkaisut lääkityksistä tulee jättää hammaslääkärille. Hammaslääkäriltä voi pyytää todistuksen tai korvaushoidon työntekijä voi potilaan luvalla tarvittaessa kysyä sieltä esilääkityksen käytöstä, jottei tule aiheettomia päihteiden käytön epäilyjä.

TUPAKOINTI

Tupakointi on tärkein estettävissä ja poistettavissa oleva sairastuvuutta ja kuolleisuutta aiheuttava riskitekijä. Mielensterveys- ja päihdeongelmista kärsivät tupakoivat henkilöt ovat yhtä haavoittavia ja motivoituneita lopettamaan tupakoinnin kuin muukin tupakoiva väestö. Tupakoinnin lopettaminen vähentää potilaiden fyysistä ja psyykkistä sairastavuutta, pidentää elinikää sekä kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja. Tupakoinnin lopettaminen voi vähentää potilaan ahdistuneisuutta, masentuneisuutta ja stressiä sekä vaikuttaa myönteisesti potilaan lääkitykseen.

Terveydenhuollon ammattilaisen antama lopetuskehoitus ja tuki lopettamiseen lisäävät motivaatiota merkittävästi. Onnistumisen kokemus on päihderiippuvaiselle tupakoinnin lopettajalle erityisen tärkeää. Tupakoinnin lopettamisen tukena voidaan käyttää häkämittaria.

Hoidon alussa ja hoitosuunnitelmien päivityksen yhteydessä kysytään ja kirjataan tupakointi ja nuuskan käyttö. Potilasta tuetaan tupakoinnin ja nuuskan käytön lopettamiseen ja arvioidaan esimerkiksi nikotiinikorvaushoidon tai muun lääkehoidon tarvetta sekä psykososiaalisen tuen tarvetta.

Mielensterveystalon ammattilaisosiossa on verkkokurssi Mielensterveys- ja päihdepotilaiden tupakoinnin lopettamisen tuki. Lisäksi tupakka- ja nikotiiniriippuvuudesta ja hoidosta on Käypä hoito -suositus.

8 Väkivaltaisen käytöksen ehkäisy

Korvaushoidossa tulee olla turvallista niin potilaille kuin työntekijöillekin. Hyvä, suunniteltu ja johdonmukaisesti hoitosuunnitelman mukaisesti toteutettava hoito yleensä ehkäisee väkivaltatilanteita ennalta. Väkivaltatilanteita voidaan myös ennaltaehkäistä erilaisilla väkivaltariskin huomioivilla käytännöillä.

MITÄ ON VÄKIVALTAINEN KÄYTÖS?

WHO määrittelee väkivallan vallan, kontrollin tai fyysisen voiman tahalliseksi käytöksi tai sillä uhkaamiseksi siten, että tämä kohdistuu toiseen ihmiseen tai ihmisryhmään ja että tämä johtaa tai voi johtaa fyysisen tai psyykkisen vamman syntymiseen, kehityksen häiriytymiseen, perustarpeiden tyydyttymättä jäämiseen tai kuolemaan. Väkivalta siis kohdistuu aina ihmiseen, ilkivalta kohdistuu yleistä järjestystä vastaan. Rikoslaisissa omaisuuden vahingoittamista kutsutaan vahingonteoksi.

Väkivallasta on tarjolla paljon kirjallisuutta eri näkökulmista, esim. väkivallan eri muodoista (<https://thl.fi/fi/web/vakivalta/vakivallan-muodot>), väkivallan käsitteistä (61) tai väkivallan uhasta työpaikalla (<https://www.tyosuojelu.fi/tyoolot/vakivallan-uhka>). Väkivallan ehkäisyyn ja hallintaan on kehitetty useita malleja, joista ajankohtaisesti ehkä yleisimmin Suomessa käytetty on MAPA (<https://suomenmapakeskus.fi/>) (Management of Actual or Potential Aggression). Viime aikoina psykiatrisilla osastoilla on yleistynyt myös Safewards-malli (<https://www.safewards.net/fi/>).

HYVÄ HOITO EHKÄISEE VÄKIVALTAAN RAKENTAMALLA SOPIMISEN KULTTUURIA

Väkivalta liittyy usein tilanteisiin, joissa potilas tai asiakas pettyy odotuksissaan, esimerkkeinä lääkkeiden, lomien tai muiden odottamiensa asioiden lykkääntyminen tai ”kasvojen menetys”. Tunnelma voi kiristyä nopeasti, mikä voi eskaloitua väkivallaksi. Pahimmillaan väkivallan ajatus on kytenyt osallistujien mielessä jo ennen tilannetta ja laukaiseva ärsyke vaikuttaa mitättömältä reaktioon nähden. Eri ihmisillä on erilaiset valmiudet hallita konfliktitilanteita ja niihin liittyviä tunteita. Taitoja ja valmiuksia, jotka liittyvät tähän ovat mm. pettymysten ja ahdistuksensieto sekä impulssikontrolli. Osa näistä liittyy synnynnäiseen temperamenttiin, ja näihin valmiuksiin voidaan vaikuttaa vain vähän. Osa taas liittyy oppimiskokemuksiin ja nämä ovat mahdollisia muutostyön tavoitteita, joista voidaan sopia potilaan kanssa. Kun näitä ongelmia tiedetään esiintyneen tai henkilön käyttäytymisen kontrolli vaihtelee suuresti, on ammattilaisen syytä huomioida tämä omassa kommunikaatiossaan. Päihteiden käyttö usein heikentää pettymysten sietoa ja impulssikontrollia.

Korvaushoidossa olevilla henkilöillä saattaa olla samanaikaisesti muutakin sairastavuutta, mikä vaikuttaa ihmissuhdetaitoihin. Myös näitä muita sairauksia on syytä hoitaa asianmukaisesti. Päihteitä käyttävillä henkilöillä on usein kokemuksia siitä, että heistä ei pidetä ihmisinä, heitä ei ole kohdeltu kunnioituksella tai sopimukset eivät pidä. Heidän huonot kokemuksensa aiemmista hoitopaikoista vaikuttavat heidän odotuksiinsa myös uusissa hoitoyksiköissä.

Sopimisen kulttuuri tarkoittaa sitä, että potilas ja henkilökunta keskustellen ja toisiinsa tutustuen tunnistavat sen, mistä voidaan sopia, mistä ollaan perustellusti eri mieltä ja millä tavoin erimielisyydet ratkaistaan ilman konflikteja tai väkivallan uhkaa. Se ei siis tarkoita sitä, että potilas ja henkilökunta ovat kaikkea samaa mieltä. Erityisesti sellaisten henkilöiden kanssa, jotka ovat aiemmissa hoitosuhteissaan joutuneet konflikteihin, tulee uudessa hoitokontaktissa olla valmis aloittamaan ”puhtaalta pöydältä” ja kiinnittää korostunutta huomiota potilaan kokemukseen, jotta hän tulee kohdelluksi kunnioituksella ja oikeudenmukaisesti. Henkilökunnan tulee välttää

konflikteja ja hakea sopimalla ratkaisuja kärsivällisesti ja joustavasti. Auktoriteettiin ei pidä vedota, vaan rauhallisesti perustella päätöksiä ja pyrkiä yhteistyöhön löytäen yhteisiä tavoitteita. Juupas-eipäs-väittelyt eivät johda mihinkään hyvään. Motivoivan haastattelun keinot ovat usein toimivia.

Mahdollisesti tai aiemmin väkivaltaisesti käyttäytyneiden henkilöiden kanssa toimiessa on hyvä toimia korostuneen korkealla ammattietiikalla – avoimesti, kiinnostuneesti, johdonmukaisesti, luotettavasti ja tuomitsematta. On muistettava, että positiivinen ja toiveikas ote pitää potilaita paremmin hoidossa kuin rankaiseva tai tuomitseva. On tärkeää keskustella hoitovaihtoehtoista toivon ja optimismin ilmapiirissä ja kertoa toipumisen olevan mahdollista.

Potilaan toivottua käyttäytymistä kannattaa vahvistaa reaaliaikaisella palkitsemisella. Hoitopaamisilla tilanteen ollessa sille suotuinen voidaan käydä läpi ahdistuksen tai impulsiivisuuden hallintataitoja sekä tunnetaitoja. Hyvä hoito siis sisältää myös psykososiaalisen hoidon elementtejä. Lisää tietoa hoidon menetelmistä on saatavilla mm. Mielenterveystalosta (https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/mielenterveys_puheeksi/Pages/vihan_hallinta.aspx). Erityisiä suuttumuksen hoitomalleja on kehitetty ja on myös hyödynnetty mm. DKT, mentalisaatio- ja skeematerapian menetelmiä. Hyvä hoito edellyttää pitkäjänteistä monialaista yhteistyötä, ja potilaan lähettäminen johonkin yksittäiseen terapiaan on harvoin ainoa riittävä hoito.

VÄKIVALTARISKIN ARVIOINTI

Jos potilas on aiemmin käyttäytynyt väkivaltaisesti, saattaa hänen hoitosuunnitelmansa laatimisen tueksi olla tarpeen tehdä riskiarvio. Väkivaltariskin arviointiin on kehitetty satoja menetelmiä, kuten esimerkiksi aktuaarinen DASA (<https://www.swinburne.edu.au/research/centres-groups-clinics/centre-for-forensic-behavioural-science/our-publications-products/dasa/>) (Dynamic Appraisal of Situational Aggression) ja strukturoituun ammatilliseen arvioon perustuva START (https://www.hogrefe.fi/tuote?product_id=170) (Short-Term Assessment of Risk and Treatability).

Riskinarvioiden olennaisin tarkoitus on vahingon välttäminen tunnistamalla potilaan henkilökohtaiset riskikäyttämistä lisäävät ongelmat sekä riskiä vähentävät voimavarat. Näiden pohjalta muodostetaan muutamia skenaarioita, joiden toteutumista seuraamalla hoitoa kohdennetaan tarpeen mukaan. Hoidon suunnittelun ytimessä on riskikäyttämisen ymmärtäminen. Oikein käytettynä riskinarviointi hyödyttää etenkin potilasta itseään:

- tunnistetaan oikeasti hyödyllinen hoito ja hoidon kohde
- saattaa nopeuttaa sairaalasta/muusta yksiköstä pääsyä
- vaikka pitkittäisi hoitoa, on sen hyöty pitkällä tähtäimellä tosiasiallinen myös potilaalle itselleen
- hoidetaan sitä, mitä pitää – ei pelätä turhia.

Riskiarvioiden tekeminen edellyttää hoitopaikalta korkeaa ammatillisuutta ja reflektivoivaa toimintakulttuuria, kuten työnohjausta yms. Riskinarvioiden vaaroina ovat potilaan leimautuminen, stigmatisaatio, syrjintä, hoitojen pitkittyminen tai liian aikainen päättyminen. Riskinarvio on siis syytä tehdä ammattitaidolla ja huolella, hoidot on syytä suunnitella niiden pohjalta. Riskinarvioiden käyttö on yleisintä erikoissairaanhoidossa mutta jokaisella alueella on syytä suunnitella, miten nämä organisoidaan – konsultaatioina, lähettämällä potilas erikoissairaanhoidon vai omana toimintana.

KÄYTÄNNÖN MALLEJA VÄKIVALLAN EHKÄISEMISEKSI

On selvää, että henkilöstön tulee kokea olonsa turvalliseksi työssään. Silti myös sellaisten henkilöiden, jotka ovat käyttäytyneet väkivaltaisesti, pitäisi saada tarvitsemansa korvaushoito, jotta myös heidän väkivaltainen käytöksensä vähenisi. Joskus näiden asioiden tasapainottelu on haastavaa.

Kuitenkin on paljon käytännön mahdollisuuksia, jotta tilanne ei pahenisi, vaan hoito voi jatkua entisessä yksikössä. Joskus on tarpeen, että potilas lähetetään samaan hoitoa väkivallan hallintaan erikoistuneeseen yksikköön, jos tällainen on saatavilla. Jos siirtoon päädytään, on tärkeä korostaa toimenpiteen hoidollista, useimmiten väliaikaista luonnetta järjestämällä siirtoa ennen tai pian sen jälkeen yhteispalaveri tai huolehtia kaikin keinoin muuten, ettei siirtoa koeta rangaistuksena tai palkintona.

Hoitosuhdetyöskentelyssä kannattaa erityisesti huomioida potilaan kunnioittava kohtelu, ammatillisuus ja hoidon läpinäkyvyys. Vahvistetaan potilaan toivottua käytöstä antamalla välitön positiivinen palaute ja kehutaan aina kun suinkin on aihetta. Teennäistä ansaitsematonta kehumista kannattaa kuitenkin välttää. Hoitosuhteessa ammattilaisenkin kannattaa olla aito ja joustava.

Kuten edellä todettiin, hyvä hoito ehkäisee väkivaltaista käytöstä hoidon aikana. Mikäli kuitenkin vaikuttaa, että potilas alkaa kiihtyä, on tärkeää, että ammattihenkilö pysyy rauhallisena. Toisen käytöstä ei pidä ottaa henkilökohtaisesti, vaan työhön ammatillisesti liittyvänä asiana. Kannattaa kuunnella avoimena ja tuomitsematta, kannattaa pitää omat ilmeet ja eleet rauhallisina ja neutraaleina, puhua hitaasti ja varmasti, lempeällä äänensävyllä. Ilmaisujen kannattaa olla positiivisia tai ainakin neutraaleja, ei negatiivisia. Kannattaa validoida henkilön kokemuksia, ei väitellä niistä. Vältä siis valtataistelua. Jos henkilö haluaa liikkua tilanteessa (ilman väkivaltaista tarkoitusta) tai poistua, se kannattaa sallia. Kannattaa muistaa tarkkailulähetteen indikaatiot ja turvalliset toimintamallit kussakin yksikössä. Väkivaltaisuus ei ole kuitenkaan peruste tarkkailulähettelelle, jos taustalla ei ole psykoosiepäilyä. Väkivalta on tällöin poliisiasia, ei terveydenhoidollinen.

Uhkauksiin kannattaa suhtautua vakavasti ja tilanteen rauhoituttua, vaikkapa seuraavana päivänä, ottaa asia uudestaan esille ja selvittää, miten vakavissaan uhkaus esitettiin. Joskus suuttumuksen vallassa sanotaan asioita, mitä ei tarkoiteta. Tämä on hyvä käsitellä hoitosuhteessa. Myös työyhteisössä kannattaa käsitellä kaikki uhkatilanteet sopimalla menettelytavat kirjaamisesta ja purkukokouksista (defusing). Tarvittaessa apua jälkipuintiin (debriefing) voi pyytää myös työterveyshuollosta. Jokaisella työpaikalla pitäisi olla toimintamallit näitä tilanteita varten – myös poliisille ilmoittamisen prosessista.

Vartijoiden läsnäolo saattaa provosoida kiihtynyttä henkilöä, joten heidän läsnäolonsa kannattaa suunnitella harkiten. Mieluiten myös niin, että henkilöä informoidaan asiasta etukäteen. Varti- ja voi olla esimerkiksi varmistamassa tilannetta oven takana mutta ei näkyvillä. Joitakin henkilöitä vartijan näkyvä läsnäolo rauhoittaa. Tässä auttaa henkilön yksilöllinen tunteminen.

Joskus potilas saattaa hyötyä omasta käyntiajasta lääkkeenjaolla. Oman ajan tulee tuottaa potilaalle hoidollista hyötyä tilanteen vakauttamiseksi. Esimerkkitalanteina voivat olla ristiriidat potilastovereiden kanssa. Joskus konfliktitalanteiden myötä tilanteen saattaa vakauttaa se, että korvaushoito haetaan ns. luukulta niin, että siihen ei liity juurikaan sosiaalista kontaktia. Tällaisen on kuitenkin syytä olla määräaikaista, jos se ei sisällä minkäänlaista psykososiaalista hoitoa. Luukutyypin hoitoonkin voidaan liittää aktiivinen psykososiaalinen tuki esim. puhelinkontaktien muodossa, jolloin tukeen ei liity väkivallan uhkaa. Myös injektioimuotoinen lääkitys saattaa helpottaa ristiriitoja.

Hoidon järjestämisessä ristiriitoja vähentävät mm. väljät lääkkeenhakuajat, odottamisen välttäminen sekä yleinen joustavuus. Myös läheisten mukaan ottaminen yleensä vakauttaa hoitoa. Tiiloissa on huomioitava mm. yksilönsuoja, riittävä väljyys ja rauhallisuus sekä useat poistumisreitit. Omasta hyvinvoinnista ja jaksamisesta kannattaa huolehtia. Mikäli jotkut toimintamallit, tilat tai mikä tahansa lisäävät riskejä, niistä kannattaa keskustella esihenkilöiden kanssa tilanteen parantamiseksi. Hyvä hoito tarvitsee hyvät puitteet.

9 Korvaushoitopotilaan ajoterveys

Ajoterveyden arviointi toteutetaan osana korvaushoidon arviointia ja hoidon seuranta. Ajoterveyteen vaikuttavat korvaushoitolääkkeen lisäksi päihteiden käyttö sekä psykiatriset ja somaattiset sairaudet ja oireet. Korvaushoidon alkuvaiheessa potilaan ajoterveysvaatimukset eivät täyty. Ajo-oikeus on mahdollista saada stabiilissa korvaushoidossa, jossa ei ole lääkkeiden tai huumeiden käyttöä eikä runsasta alkoholin käyttöä. Potilaalle tulee aina antaa vähintään suullinen ajokielto, jos hoidon aikana tulee esiin päihteiden käyttöä tai huolta ajoterveydestä. Lääkäri päättää tapauskohtaisesti ajokiellon pituuden ja tarvittavan seurannan käytännön toteutuksen.

Aiemmat tutkimustulokset korvaushoitolääkkeiden vaikutuksesta potilaiden ajoterveyteen ovat vähäisiä ja jonkin verran ristiriitaisia (62). Vuonna 2023 ilmestyneessä meta-analyysissä metadonihoitoon vaikuttavista ajokykyyn todettiin, että metadoni lähes kaksinkertaistaa moottoriajoneuvolla kolaroimisen riskin (63). Korvaushoidon vaikutukset ajokykyyn täytyy aina arvioida jokaisen potilaan kohdalla yksilöllisesti.

PÄIHTEIDEN KÄYTTÖ JA AJOTERVEYSVAATIMUKSET

Ajoterveysvaatimukset eivät täyty, mikäli henkilö on riippuvainen huumeista, käyttää niitä säännöllisesti, väärinkäyttää keskushermostoon vaikuttavia lääkkeitä tai mikäli huumeiden tai lääkkeiden väärinkäytöstä on aiheutunut pysyväisluonteisia ajokykyä haittaavia tai ajoturvallisuutta vaarantavia terveydentilan muutoksia (64).

Alkoholin osalta ajoterveysvaatimukset eivät täyty, jos henkilö ei kykene pidättäytymään ajamisesta alkoholin vaikutuksen alaisena, jos hänellä on alkoholiriippuvuus eikä päihteettömyydestä voida varmistua hoidon ja seurannan avulla (esim. valvottu Antabus ja säännölliset alkometripuhallutukset) tai jos alkoholin käytöstä on aiheutunut pysyväisluonteisia ajokykyä haittaavia tai ajoturvallisuutta vaarantavia terveydentilan muutoksia (64).

Päihteiden aiheuttamat pysyväisluonteiset ajoterveyttä haittaavat muutokset vaikuttavat henkilön yleiseen toiminta-, havainnointi-, arvostelu- tai reagointikykyyn tai käyttäytymiseen, esim. keskushermostoon, tasapainoon, kognitioon tai persoonallisuuteen.

Korvaushoidon lääkärin tulee arvioida ja seurata potilaan ajoterveyttä. Ryhmän 1 kuljettajan ajoterveysvaatimukset voivat täytyä, kun hoidon tilanne on vakiintunut eikä hänellä ole säännöllistä huumeiden käyttöä tai lääkkeiden väärinkäyttöä eikä runsasta alkoholin käyttöä. Ryhmän 2 ajoterveysvaatimukset voivat täytyä vain poikkeustapauksissa, mikäli henkilöllä on ollut aiemmin ryhmän 2 ajo-oikeus ja hän on stabiilissa korvaushoidossa.

Katso ajantasainen ohjeistus Traficin sivuilta: <https://www.traficom.fi/fi/saadokset/ajoterveyden-arviointiohjeet-terveydenhuollon-ammattilaisille>.

AJOTERVEYDEN ARVIOINTI KÄYTÄNNÖSSÄ

Kaikilta korvaushoidon tarpeen arviointiin tulevilta ja korvaushoidossa jo olevilta potilailta tulee kysyä ajo-oikeudesta ja ajamisesta.

Korvaushoidon tarpeen arviointi ja hoidon aloitus

Korvaushoidon arviointijaksolla tulee ottaa kantaa ajoterveyteen ja määrätä ajokielto. Ajokiellon pituus arvioidaan yksilöllisesti. Mikäli arvioidaan, että ajokielto kestää yli 6 kk, tulee tehdä ilmoitus poliisille ajoterveydentilan pysyvistä muutoksesta.

Korvaushoitoa aloittaessa potilas on ajokiellossa, kunnes tilanne on vakiintunut eikä hänellä ole alkoholin tai lääkkeiden ajokykyä haittaavaa käyttöä eikä muuta päihteiden käyttöä.

Korvaushoidossa oleva potilas

Mikäli korvaushoidossa olevalla henkilöllä on voimassa oleva ajo-oikeus, ajoterveyttä arvioidaan korvaushoidon aikana säännöllisesti osana korvaushoidon toteutusta (taulukko 39).

Taulukko 39. Korvaushoitopotilaan ajoterveyteen vaikuttavia seikkoja.

Ajoterveyteen vaikuttavat korvaushoitolääkityksen lisäksi mm.
• päihteiden käyttö sisältäen huumeiden käytön, lääkkeiden väärinkäytön sekä kohtuullisenkin alkoholin käytön
• muu reseptilääkitys, erityisesti keskushermostoon vaikuttavat lääkkeet
• epäsosiaalinen persoonallisuus, johon voi liittyä toistuvaa impulsiivista ja riskialtista käytöstä ja toistuvia vaaratapahtumia liikenteessä
• ADHD ja vaikea-asteinen tarkkaavuuden heikentyminen sekä voimakas elämishakuisuus ja riskikäyttäytyminen
• fyysiset ja psyykkiset sairaudet (esim. kouristuskohtaukset, diabetes, unihäiriöt, uniapnea, aivovammat, vakavat psyykkiset oireet, impulsiivinen käytös).

Pelkkä korvaushoitolääkitys ei yleensä ole este ryhmän 1 ajokortille. Korvaushoitolääkitys voi kuitenkin vaikuttaa myös stabiilissa vaiheessa jonkin verran esim. vireystasoon ja reaktionopeuteen, minkä vuoksi korvaushoidossa ollessa ajoterveyttä tulee arvioida erityisen huolellisesti. Jos korvaushoitolääkitys tai muu keskushermostoon vaikuttava lääke aiheuttaa potilaassa väsymystä tai alentunutta huomiokykyä, ajoterveysvaatimukset eivät täyty. Jos lääke esimerkiksi väsyttää potilasta jatkuvasti, tulee ajokieltoa jatkaa koko kyseisen lääkeyhdistelmän ajan.

Mikäli aiemmin stabiilissa hoidossa olevalla potilaalla tulee esiin päihteiden käyttöä, tulee häntä kieltää ajamasta, kunnes tilanne on hallinnassa. Viimeistään silloin, jos arvioidaan, että tilanne tulee jatkumaan epästabiilina puoli vuotta, tulee tehdä ilmoitus poliisille, että ajoterveysvaatimukset eivät täyty. Kun tilanne saadaan hallintaan, ajokielto puretaan.

Mikäli korvaushoidossa oleva potilas tarvitsee selvityksen ajoterveydentilastaan esimerkiksi uuden ajokorttihakemuksen, poliisilta tulleen selvityspyynnön tai määräaikaisen ajoluvan päättymisen takia, suunnitellaan ajoterveyden arviointi ja sen kesto yksilöllisesti (taulukko 40).

Taulukko 40. Korvaushoitopotilaan ajoterveysarvioinnin kokonaisuus.

Korvaushoitopotilaan ajoterveysarviossa huomioidaan ainakin seuraavat asiat
• korvaushoitolääke ja sen annos
• päihteiden käyttö ja miten sitä on seurattu
• muu lääkehoito, etenkin sedatiiviset ja keskushermostoon vaikuttavat lääkkeet
• psykiatriset ja somaattiset sairaudet
• pitkäaikaisen päihteiden käytön aiheuttamat kognitiiviset haitat
• kouristukset
• aiempi liikennekäyttäytyminen: liikennerikkomukset, päihtyneenä ajaminen, riskinotto liikenteessä.

Puoltava lausunto voidaan tehdä korvaushoitopotilaalle, kun todetaan korvaushoidon sujuvan suunnitelman mukaisesti eikä päihteiden käyttöä ole. Korvaushoitopotilaan puoltava ajoterveyslausunto laaditaan yleensä määräaikaiseksi.

10 Ilmoitusvelvollisuudet

Terveydenhuollon ammattilaisia ja korvaushoitoyksikön työntekijöitä koskevat useat ilmoitusvelvollisuudet ja -oikeudet, jolloin voidaan antaa tietoa toiselle viranomaiselle salassapitosäädöksistä välittämättä. Lastensuojeluilmoitus on tehtävä kaikista korvaushoidossa olevista vanhemmista, joilla on kontakti lapseensa. Ampuma-aseluvista lääkäreillä on oikeus ilmoittaa poliisille, mutta lastensuojelu- ja ajokorttiasioissa ilmoituksen tekoon on velvollisuus.

Terveydenhuollon ja poliisin väliseen tiedonvaihtoon on olemassa ohje, jossa käsitellään esimerkiksi yksiköstä löytyneiden huumeiden toimittamista poliisille (65). Myös Valvira ohjeistaa ilmoitusvelvollisuuksista ja -oikeuksista: <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/terveydenhuollon-ammattihenkilön-ilmoitusvelvollisuuksia>.

LASTENSUOJELU

Kaikilla terveydenhuollon ammattilaisilla ja terveydenhuollon ja sosiaalihuollon työntekijöillä eli kaikilla korvaushoitoyksikön työntekijöillä on velvollisuus salassapitosäännösten estämättä ilmoittaa viipymättä hyvinvointialueen sosiaalihuollosta vastaavalle toimielimelle, jos he ovat saaneet työssään tietää lapsesta, jonka hoidon ja huolenpidon tarve, kehitystä vaarantavat olosuhteet tai oma käyttäytyminen edellyttää mahdollista lastensuojelun tarpeen selvittämistä. Pelkkä huoli riittää, ilmoitus ei vaadi varmaa tietoa lastensuojelun toimenpiteiden tarpeesta. Ilmoitusvelvollisuus koskee sitä ammattilaista, jolla huoli tilanteesta herää.

Mikäli on epäily lapseen kohdistuvasta väkivallasta tai seksuaalirikoksesta, ilmoitus tehdään sekä poliisille että sosiaalitoimeen.

Vanhempien päihteiden käyttö on aina mahdollisesti lapsen kehitystä vaarantava olosuhde, josta ilmoitus tulee tehdä. Korvaushoidossa olevalla, lapsen huoltajana toimivalla tai lasta tapaavalla vanhemmalla tulee lähtökohtaisesti olla lastensuojelukontakti. Lastensuojelun tehtävä on suunnitella tarvittavat tukitoimet ja pohtia myös tarvittaessa lastensuojelukontaktin päättämistä, jos hoito sujuu hyvin ja tukitoimille ei ole tarvetta. Mikäli stabiilissa hoidossa olevalle vanhemmalla tulee esiin päihteiden käyttöä tai muuta huolta, joka voi vaikuttaa lapseen, korvaushoidosta tulee tehdä lastensuojeluilmoitus riippumatta siitä, onko perhe sillä hetkellä lastensuojelun asiakas. Päihderiippuvaisen potilaan kohdalla myös runsaan alkoholin käytön kohdalla ilmoituksen tekemistä kannattaa herkästi harkita, vaikka muiden päihteiden käyttöä ei enää olisikaan.

Lastensuojeluilmoitus tehdään lapsen asuinkunnan hyvinvointialueen sosiaalitoimistoon. Jos tilanne on kiireellinen, ilmoitus tehdään alueen sosiaalipäivystykseen tai hätäkeskukseen (112). Jos lapsen asuinkunta tai lastensuojelun yhteystiedot eivät ole tiedossa, ilmoitus tehdään hätäkeskukseen.

Korvaushoitoyksikön työntekijöillä on velvollisuus tarvittaessa tehdä **ennakollinen lastensuojeluilmoitus**. Ennakollinen lastensuojeluilmoitus tehdään silloin, jos on perusteltua syytä epäillä, että syntävä lapsi tulee tarvitsemaan lastensuojelun tukitoimia välittömästi syntymänsä jälkeen. Pelkkä epäily ei riitä, vaan tarvitaan varmaa tietoa esimerkiksi tulevan vanhemman päihdeongelmasta, vakavasta mielenterveyden häiriöstä tai vapausrangaistuksesta. Ennakollinen lastensuojeluilmoitus tulee tehdä aina, kun lapsen jommankumman vanhemman korvaushoito ei ole stabiilissa tilanteessa tai kun on syytä epäillä, että lapsi tulee syntyessään tarvitsemaan lastensuojelun tukitoimia. Tukitoimet on tällöin mahdollista suunnitella etukäteen. Ilmoitus tehdään aikuissosiaalityöhön ja vasta lapsen syntyessä lastensuojelun asiakkuus alkaa lastensuojelussa. On tärkeää huolehtia, että tieto kulkee niin korvaushoidon, aikuissosiaalityön kuin lastensuojelunkin kesken.

Lisätietoja ja ohjeita ammattilaisille lastensuojelusta, lastensuojeluilmoituksista ja lapsiperheiden sosiaalipalveluista on saatavilla THL:n Lastensuojelun käsikirjasta: <https://thl.fi/fi/web/lastensuojelun-kasikirja>

SOSIAALIHUOLLON TUEN TARVE

Jos terveydenhuollon ammattihenkilö on saanut tehtävässään tietää henkilöstä, jonka sosiaalihuollon tarve on ilmeinen, hänen tulee ohjata henkilö hakemaan sosiaalipalveluja tai otettava henkilön suostumuksella yhteyttä sosiaalihuoltoon tuen tarpeen arvioimiseksi. Jos suostumusta ei voi saada ja henkilö on ilmeisen kykenemätön vastaamaan huolenpidostaan, terveydestään tai turvallisuudestaan, ammattihenkilöllä on velvollisuus tehdä ilmoitus sosiaaliviranomaisille viipymättä.

AJOKORTTI

Lääkärillä on velvollisuus ilmoittaa poliisille, ellei ajokorttiluvan hakija tai ajo-oikeuden haltija enää täytä ajokortin terveysvaatimuksia terveydentilan muuten kuin tilapäisesti tapahtuneen heikentymisen tai jatkuvan päihteiden väärinkäytön takia. Lisäksi sairaanhoitajalla ja terveydenhoitajalla on oikeus ilmoittaa poliisille, jos ajoterveydedellytykset eivät täyty jatkuvan päihteiden käytön takia. Sairaanhoitajan ja terveydenhoitajan ilmoitusoikeutta voidaan hyödyntää silloin, jos hoito keskeytyy ennen kuin lääkäri ehtii arvioida tilannetta tai tilanteessa ei ole muuten mahdollisuutta lääkärin arvioon.

Katso tarkemmin luku 9 Korvaushoitopotilaan ajoterveys.

ASEET

Lääkärillä ja terveydenhuollon ammattihenkilöllä on oikeus tehdä poliisille ampuma-aseilmoitus henkilöstä, jonka hän potilastietojen ja henkilön tapaamisen perusteella katsoo perustellusta syystä olevan terveydentilansa tai käyttäytymisensä perusteella sopimaton pitämään hallussaan ampuma-asetta, aseiden osaa, patruunoita tai erityisen vaarallisia ammuksia. Ilmoituksen tulee sisältää sopimattomuutta koskeva kannanotto perusteluineen. Poliisin ohjeen mukaan mm. päihteiden tai lääkeaineiden väärinkäyttö ovat perusteet aseluvan peruuttamiselle (66). Ilmoitus tehdään poliisille lomakkeella Terveydenhuollon ammattihenkilön ampuma-aseilmoitus, joka on poliisin nettisivuilla (<https://poliisi.fi/lomakkeet>).

Lääkärillä on velvollisuus tehdä vastaava ilmoitus poliisille silloin, kun potilas on oikeuspsykiatrisessa tutkimuksessa todettu itselle tai toisille vaaralliseksi tai hänet on otettu itsemurhayrityksen vuoksi tahdosta riippumattomaan psykiatriseen hoitoon ja lääkäri katsoo, että hän on sopimaton pitämään hallussaan asetta tai sen osia tai ammuksia.

11 Erityistilanteita

Lääkehoitoa korvaushoitoon tarkoitetuilla valmisteilla voidaan antaa sairaalahoidon aikaisena tukihoidona, jolloin kyseessä ei ole varsinainen korvaushoitoasetuksen määrittelemä korvaushoito. Sairalahoidon aikana annettu tukihoido voi mahdollistaa potilaan sitoutumisen hoitoon, ja jatko-hoido suunnitellaan yhdessä päihdehoitoyksikön kanssa. Tarvittaessa myös varsinainen korvaushoito voidaan aloittaa somaattisin syin. Korvaushoitoasetuksessa ei ole ikärajoja ja alaikäisilläkin voi olla pitkälle edennyt opioidiriippuvuus. Myös alaikäisen vieroitusoireita voidaan hoitaa lääkkeellisesti ja alaikäiselle voidaan aloittaa korvaushoito, mikäli kriteerit täyttyvät. Vangeista ja valtion mielisairaalan potilaista monella on päihderiippuvuus. Opioidikorvaushoitoa tulee jatkaa vankilassa tai valtion mielisairaalassa samalla lääkityksellä ja lääkemuodolla kuin ennen suljettua hoitoa, ellei potilas toivo vaihtoa toiseen lääkitykseen. Opioidikorvaushoidon arviointeja tulee tehdä ja korvaushoitoja aloittaa vankiloissa ja valtion mielisairaaloissa, vaikka vanki/potilas olisi edeltävästi ollut rajoittavista olosuhteista johtuen ilman opioideja.

OPIOIDITUKIHOITO SAIRAALAHOIDON AIKANA

Mikäli sairaalahoidon arvioidaan olevan suhteellisen lyhyt (esim. alle kaksi viikkoa), suositellaan opioidiriippuvaisen potilaan opioidien vieroitusoireiden hoitoa oireenmukaisella lääkityksellä. Jos opioidiriippuvaisen potilaan psykiatrinen tai somaattinen sairaalassa tapahtuva hoito uhkaa vaarantua vieroitustilan tai aineenhimon vuoksi, voidaan käyttää päihdettä korvaavaa lääkettä sairaalahoidon aikaisena tukihoidona, ensisijaisesti buprenorfiini-naloksoni-yhdistelmävalmisteella tai joissakin tapauksissa buprenorfiini-injektiohoidolla. Kyseessä ei ole opioidikorvaushoito, jonka arviointi ja toteutus on määritelty korvaushoitoasetuksessa.

Tukihoidoa suunniteltaessa selvitetään tarkka päihdeanamneesi hoitoa edeltäneen kuukauden ajalta (aineet, määrät, käyttötapa) ja erityisesti hoitoa edeltäneiden vuorokausien ajalta. Huume-seuloja voidaan käyttää anamneesin tukena. Tukihoido voidaan aloittaa, kun opioidien vieroitusoireiksi sopivat oireet on todettu. Vieroitusoireita ovat esim. psyykkinen ja fyysinen levottomuus, mielialan vaihtelu, ahdistuneisuus, hoidosta pois pyrkiminen, laajentuneet pupillit, verenpaine- ja pulssitason nousu, palelu, hikoilu, vapina, silmien ja nenän vuotaminen ja kivut. Vieroitusoireiden arvioinnissa suositellaan SOWS/COWS-mittareiden käyttöä.

Buprenorfiini-naloksoni aloitetaan 2-4 mg × 1, tarvittaessa annosta voidaan nostaa oireiden perusteella tavallisesti ad 8 mg/vrk. Somaattisessa kriisitilanteessa, jossa hoidossa pysyminen on erityisen tärkeää, annosta voidaan huolellisen arvion ja potilaan voinnin perusteella tarvittaessa nostaa enintään tasolle 16 mg/vrk. Buprenorfiini-naloksoni annetaan kerran vuorokaudessa, mutta tarvittaessa se voidaan annostella 2-3 kertaa vuorokaudessa psykologisista syistä tai jos lääkkeestä tarvitaan tehostusta kivunhoitoon. Tukihoidolääkettä ei anneta, jos potilas arvioidaan päihtyneeksi. Tukihoidon toteutuksesta vastaa sairaalahoidosta vastaava lääkäri, joka huolehtii myös lääkityksen purkamisesta viimeisinä päivinä ennen kotiutusta tai jatkohoitoon siirtymistä.

Buprenorfiini-naloksonille vaihtoehtona voidaan antaa buprenorfiiniriippuvaiselle henkilölle viikko- tai kuukausi-injektio. Tänä aikana voidaan aloittaa korvaushoidon tarpeen arviointi. Injektio-lääkitys antaa potilaalle aikaa hakeutua hänen niin halutessaan hoitojärjestelmän piiriin, kun hän on saanut injektion jo sairaalahoidon aikana eikä heti kotiutuessa tarvitse hankkia opioideja kadulta. Tämä antaa aikaa myös korvaushoidon tarpeen perusteelliselle arvioinnille ja tarvittaessa asetuksen mukaisen korvaushoidon aloitukselle. Ensin tulee varmistaa, että potilaalla on ollut opioidien ajankohtaista, säännöllistä ja riippuvuustasoista käyttöä ja hänellä on todettavissa opioidien vieroitusoireet. Ensimmäisinä päivinä annostellaan buprenorfiini kielenalusvalmisteenä, jotta voidaan varmistua, että henkilö sietää buprenorfiinin. Mikäli buprenorfiiniriippuvaisen

henkilön buprenorfiinin aiempi käyttöannos on ollut yli 4 mg/vrk suonensisäisesti tai yli 12 mg/vrk kielen alle annosteltuna, suositellaan Buvidalin kerta-annokseksi 24 mg/vko tai 96 mg/kk tai Subutex depot 300 mg/kk.

Bentsodiatsepiinit eivät ole varsinaisesti opioidivieroitusoireiden lääkkeitä. Mikäli potilas on käyttänyt sairaalahoitoa edeltävästi rauhoittavia lääkkeitä niin, että hänellä on niistä vieroitusoireita tai on kouristusriski, suositellaan sairaalahoidon aikana käytettävän ensisijaisesti oksatsepaamia, esim. 3-4 kertaa päivässä alenevin annoksin, ei tarvittaessa käytettävänä. Mikäli bentsodiatsepiiniannokset ovat olleet hyvin isoja, voidaan tarvittaessa käyttää diatsepaamia. Rauhoittavat lääkkeet on syytä purkaa pois ennen sairaalahoidon päättymistä. Mikäli potilas siirtyy jatkohoitoon päihdehoitoon tai -kuntoutukseen, suunnitellaan bentsodiatsepiinivieroitus yhteistyössä jatkohoitoyksikön kanssa.

Somaattisten tai psykiatristen syiden vuoksi sairaalahoidossa olevan potilaan hoidossa on tärkeää tehdä yhteistyötä sekä somatiikan/psykiatrian että päihdehoidon kanssa. Jatkohoito voidaan usein toteuttaa päihdeyksikössä, mikäli potilas niin haluaa. Ennen siirtymistä päihdeyksikköön hoidon jatkuvuus on suunniteltava huolellisesti. Jatkohoidon suunnitelma tehdään yhteistyössä somatiikan/psykiatrian, päihdeyksikön ja potilaan kanssa. Somatiikalta/psykiatrialta täytyy olla tehtynä tarvittavat somaattiset/psykiatriset ja esim. kivunhoidon konsultaatiot ja suunnitelmat, joissa päihdeyksikön asiantuntemusta voidaan hyödyntää. Päihdeyksikössä jatketaan tarvittaessa riippuvuutta aiheuttavien lääkkeiden vieroitukset ja päihdehoidon jatkosuunnittelu. Verkostotapaamiset esim. etäyhteydellä ennen siirtoa ovat suositeltavia.

SOMAATTISISTA SYISTÄ ALOITETTAVA KORVAUSHOITO

Joissain tilanteissa on potilaan edun mukaista aloittaa korvaushoito mahdollisimman nopeasti. Mikäli potilaalla on henkeä uhkaava päihdeiden käyttöön liittyvä infektio tai muu komplikaatio, voidaan korvaushoito aloittaa somaattisin syin, jolloin arvio tehdään nopeutetusti. Tällöin konsultaatiopyynnön tultua sairaanhoitaja tai lääkäri tekee somatiikan osastolla päihdekartoituksen. Samalla motivoidaan potilasta hoitoon ja annetaan hänelle tietoa korvaushoidosta. Korvaushoitoon perehtyneen lääkärin tapaaminen pyritään järjestämään mahdollisimman nopeasti, tarvittaessa etäyhteyksillä.

Opioidiriippuvuuden diagnoosi varmistetaan (haastattelu, omaisten haastattelu, tulovaiheen seulavastaukset, pistosjäljet, potilasasiakirjat, SOWS yms.). Samalla otetaan huomioon somaattinen tilanne, esim. kivun hoito. Kipulääkityksen ja korvaushoitolääkityksen yhteensovittaminen saattaa vaatia yhteistyötä anesthesiologin kanssa. Joskus korvaushoito päästään aloittamaan vasta silloin, kun potilaan opioidikipulääkitys on saatu vähennettyä riittävän matalalle tasolle. Tässä hyödynnetään anesthesiologin arviota.

Korvaushoito voidaan aloittaa jo somaattisen sairaalahoidon aikana, kun korvaushoidon tarpeen arvio on tehty. Lääkevalinta tehdään samoin periaattein kuin muussakin korvaushoidossa. Mahdollinen vieroittautuminen bentsodiatsepiineista on hyvä aloittaa jo somaattisessa sairaalahoidossa. Korvaushoitoon perehtynyt lääkäri ohjeistaa tarvittaessa somatiikan osastoa korvaushoidon aloituksessa (kirjalliset ohjeet hoidon aloituksesta, seurannasta jne.). Hoitosuunnitelma, mukana lukien lääkevalinta, tehdään aina yksilöllisesti.

Korvaushoidosta saatetaan joutua antamaan potilalle uudestaan tietoa myöhemmin, kun somaattinen akuuttivaihe on ohi, sillä kriisi voi vaikuttaa potilaan kykyyn vastaanottaa tietoa. Myöhemmin hoitosuunnitelma saattaa tarkentua esimerkiksi diagnostiikan tarkentumisen myötä.

Korvaushoitoyksikössä potilasta tuetaan jatkossa kiinnittymään myös somaattiseen hoitoonsa ja seurantaan. Erityisen tärkeitä saattavat olla kannustaminen pistämisen vähentämiseen tai lopettamiseen, työntekijöiden pysyminen ajan tasalla somaattisen hoidon kulusta ja potilaan tukeminen itsensä hoitamiseen. Potilasta tuetaan myös kohentuneeseen elämänhallintaan ja hän saa psykososiaalista hoitoa kuten muutkin potilaat.

ALAIKÄISTEN OPIOIDIRIIPPUVAISTEN HOITO

Alaikäisten vieroitusoireiden hoito

Myös alaikäisten opioidien vieroitusoireita tulee hoitaa. Huumeongelmien Käypä hoito -suosituksen mukaan alaikäisille sopivat samat lääkehoidon linjaukset kuin aikuisilla (ks. luku 1 kohta Opioidivieroituksen toteuttaminen). Alaikäisten opioidivieroitus voidaan siis toteuttaa oireenmuksien tukilääkkeiden avulla tai opioidiavusteisesti.

Alaikäisten korvaushoito

Korvaushoitoasetus ei rajaa korvaushoitoa pelkästään täysi-ikäisille. Alaikäiselle nuorelle tulee tehdä korvaushoidon tarpeen arvio, mikäli hän on käyttänyt opioideja säännöllisesti ja on mahdollisesti niistä riippuvainen. Arvioinnin suorituspaikasta ja hoidon toteutuspaikasta tulee sopia hyvinvointialueilla nuorisopsykiatrian ja muiden nuorten keskeisten palvelujen järjestäjien kesken.

Hoito voidaan toteuttaa esimerkiksi nuorisopsykiatrian ja riippuvuuspsykiatrian tai muun päihdehoitoyksikön yhteistyönä. Potilaalla on tällöin samanaikainen hoitokontakti nuorisopsykiatrialle, mutta korvaushoidon tarpeen arviointi ja vieroitus- tai korvaushoidon lääkkeenjako toteutetaan riippuvuuspsykiatrialta tai muusta päihdehoitoyksiköstä. Lääkkeenjako tulee järjestää eri paikassa tai eri aikaan aikuispotilaiden lääkkeenjaon kanssa.

KORVAUSHOITO VANKILASSA JA VALTION MIELISAIRAALASSA

Vankiloissa ja valtion mielisairaaloissa toteutetaan korvaushoitoa samoin periaattein kuin muualla. Erityisesti on huomioitava, että hoidollisia ratkaisuja ei käytetä rangaistuksina.

Korvaushoidossa jo olevan potilaan korvaushoitoa jatketaan vankilassa/valtion mielisairaalassa. Korvaushoitoa tulee jatkaa pääsääntöisesti samalla lääkityksellä, valmistemuodolla ja annoksella kuin ennen suljettua hoitoa. Mikäli potilaan suljettua hoitoa edeltänyt tilanne on ollut epästabili, esimerkiksi on ollut paljon päihteiden käyttöä, arvioidaan vankilassa/valtion mielisairaalassa korvaushoitolääkkeen annoksen riittävyttä ja tarvittaessa nostetaan annosta.

Opioidiriippuvaiselle vangille/potilaalle tulee tehdä korvaushoidon tarpeen arviointi ja aloittaa korvaushoito, mikäli korvaushoidon kriteerit täyttyvät ja vanki/potilas haluaa korvaushoitoa. Hoitotakuu koskee myös vankiterveydenhuoltoa, joten esimerkiksi korvaushoidon tarpeen arviointi on tehtävä sen mukaisesti.

Vangin korvaushoidon tarpeen arvioinnissa on tärkeää pohtia tilannetta myös kotiutumisen kannalta. Vaikka vanki olisi vankilaan tullessaan tai potilas valtion mielisairaalaan tullessaan vieroitettu opioideista, niin jos hänellä on vahva psyykinen riippuvuus niihin ja korvaushoidon kriteerit täyttyvät, korvaushoito tulee aloittaa vankilassa/valtion mielisairaalassa. Tällöin korvaushoidon aloituksen esteenä ei saa olla se, että henkilö on ajankohtaisesti vieroittunut opioideista vankeustuomion tai tahdosta riippumattoman psykiatrisen hoidon vuoksi, vaan tarkastellaan riskiä opioidien käytön jatkumiselle ja henkilön terveydelle sekä vankeus- tai hoitoaikana että kotiutumisen jälkeen. Ilman korvaushoitoa kuolemaan johtavan yliannostuksen riski vapautumisen jälkeen on merkittävä. Korvaushoitoasetuksen kriteerinä on opioidiriippuvuus F11.2x, jolloin riippuvuus voi olla myös F11.20 Opioidien käytön aiheuttama riippuvuusoireyhtymä tällä hetkellä vieroittunut tai F11.21 Opioidien käytön aiheuttama riippuvuusoireyhtymä tällä hetkellä ei käytä, mutta oleskelee rajoittavassa ympäristössä.

Mikäli aiemmin opioideista riippuvainen potilas on ollut vankilassa tai valtion mielisairaalassa vuosia ilman opioidiretkahduksia, ensisijainen hoitomuoto on vieroittautumisen tukeminen. Korvaushoidon arviointi ja aloitus tulee kuitenkin tehdä myös pitkään vankilassa tai valtion mielisairaalassa hoidossa olleelle henkilölle, mikäli hän tuomion tai hoidon aikana retkahtaa toistuvasti käyttämään opioideja tai vieroittautuminen arvioidaan muuten mahdolliseksi.

Opioidiriippuvaiselle, korvaushoidon ulkopuolella olevalle henkilölle voidaan tehdä vankilaan tai valtion mielisairaalaan tullessa buprenorfiiniavusteinen vieroitus injektiovalmisteilla, mikäli

hän on käyttänyt opioideja säännöllisesti ennen vankeusrangaistusta. Kun on varmistettu, että potilaalla on ollut opioidien säännöllistä käyttöä ja hänellä on todettavissa opioidien vieroitusoireet, voidaan hänelle antaa buprenorfiinin kuukausi-injektio. Ennen hoidon aloitusta annetaan tarvittaessa kielenalusvalmistetta muutaman päivän ajan. Mikäli buprenorfiinin käyttöannos on ollut yli 4 mg/vrk suonensisäisesti tai yli 12 mg/vrk kielenalle annosteltuna, suositellaan Buvidalin annokseksi 96 mg ja Subutex depot 300 mg. Tänä aikana voidaan aloittaa korvaushoidon tarpeen arviointi.

Kirjallisuutta

1. Kriikku P, Ojanperä I. Alkoholimyrkytyskuolemat ovat vähentyneet, huumekuolemat eivät. Suomen Lääkärilehti. 2020;75:126–30.
2. Kriikku P, Häkkinen M, Ojanperä I. High buprenorphine-related mortality is persistent in Finland. Forensic Science International. 2018;291:76–82.
3. Kalso E, Klintrup K, Kastarinen H. Oksikodonin ja fentanyylin käyttö avohoidossa. 2019;74(23):1512–4.
4. Sugarman A, Vittitow A, Cheng A, Malone M, McDonald R, Pace N, ym. Opioid Use Disorder Treatments: An Evidence Map. Drug and Alcohol Dependence. 2022;241:109657.
5. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Huumeongelmat. Käypä hoito -suositus. Helsinki; 2022. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50041>
6. 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. Addictive Behaviors. 2020;105:106330.
7. Santo T Jr, Clark B, Hickman M, Grebely J, Campbell G, Sordo L, ym. Association of Opioid Agonist Treatment With All-Cause Mortality and Specific Causes of Death Among People With Opioid Dependence: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Psychiatry. 2021;78(9):979–93.
8. Sordo L, Barrio G, Bravo MJ, Indave BI, Degenhardt L, Wiessing L, ym. Mortality risk during and after opioid substitution treatment: systematic review and meta-analysis of cohort studies. BMJ. 2017;357:j1550.
9. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvuuden vieroitus- ja korvaushoidosta opioidilääkkeillä 642/2023. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2023/20230642>
10. Terveystieteiden tutkimuskeskus. 30.12.2010/1326. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
11. NSW Ministry of Health. NSW Clinical Guidelines: Treatment of Opioid Dependence - 2018. Saatavissa: <https://www.health.nsw.gov.au/aod/Publications/nsw-clinical-guidelines-opioid.pdf>
12. NSW Ministry of Health. Clinical guidelines for use of depot buprenorphine (Buvidal® and Sublocade®) in the treatment of opioid dependence. 2019. Saatavissa: <https://www.health.nsw.gov.au/aod/Publications/full-depot-bupe-interim-gl.pdf>
13. Kourounis G, Richards BDW, Kyprianou E, Symeonidou E, Malliori MM, Samartzis L. Opioid substitution therapy: Lowering the treatment thresholds. Drug and Alcohol Dependence. 2016;161:1–8.
14. Partanen A, Vormaa H, Alho H, Leppo A. Opioidiriippuvuuden lääkkeellinen vieroitus- ja korvaushoito Suomessa. Suomen Lääkärilehti. 2014;7:481–6.
15. Partanen A, Alho H, Forsell M, Kotovirta E, Kuussaari K, Mäkelä N, ym. Opioidikorvaushoito on laajentunut ja monimuotoistunut. Suomen Lääkärilehti. 2017;(50–52):2981–5.
16. Partanen A, Alho H, Kuussaari K, Niemelä S, Partanen M, Rönkä S, ym. Opioidikorvaushoidossa olevien määrä jatkaa kasvuaan. Suomen Lääkärilehti. 2019;77:e32696.
17. Partanen A, Jääskeläinen M. Opioidiriippuvuuden lääkkeellinen vieroitus- ja korvaushoito Suomessa 2011–2021. Työpaperi 16/2023. Terveystieteiden tutkimuskeskus; 2023. Saatavissa: <https://urn.fi/URN:IS-BN:978-952-408-095-8>
18. Häkkinen M. Opioidikorvaushoidon toimenpidekoodien kirjauksilla työn sisältö näkyväksi. Tiedä ja toimi -kortti. 2022. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2022020217404>
19. Srivastava AB, Mariani JJ, Levin FR. New directions in the treatment of opioid withdrawal. Lancet. 2020;395(10241):1938–48.
20. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
21. Faggiano F, Vigna-Taglianti F, Versino E, Lemma P. Methadone maintenance at different dosages for opioid

- dependence. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2003 [viitattu 26. huhtikuuta 2023]. Saatavissa: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002208/full>
22. Purokivi M, Tacke U, Koskela H, Kokkarinen J, Leutola H. Äkillinen hengitysvajaus - metadonikorvaushoidon aloittamiseen liittyvä harvinainen haittavaikutus. *Duodecim*. 2008;124(15):1753–6.
 23. Kaipainen E, Lamminen S, Niemelä S. Huumeiden oheiskäyttö opioidikorvaushoidossa Turussa ja Jyväskylän seudulla. *Suomen Lääkärilehti*. 2016;71(8):573–8.
 24. Mäkelä N, Partanen A, Alho H, Kuussaari K. Miten opioidikorvaushoidossa olevat eroavat muista päihdeasiakkaista? *Suomen Lääkärilehti*. 2019;74(9):545–9.
 25. Degenhardt L, Clark B, Macpherson G, Leppan O, Nielsen S, Zahra E, ym. Buprenorphine versus methadone for the treatment of opioid dependence: a systematic review and meta-analysis of randomised and observational studies. *The Lancet Psychiatry*. 2023;10(6):386–402.
 26. Baxley C, Borsari B, Reavis JV, Manuel JK, Herbst E, Becker W, ym. Effects of buprenorphine on opioid craving in comparison to other medications for opioid use disorder: A systematic review of randomized controlled trials. *Addictive Behaviors*. 2023;139:107589.
 27. Rapeli P. Cognitive function in opioid substitution treated patients: associations with drug treatment variables. Kognitiiviset toiminnot opioidiriippuvuuden korvaushoitopotilailla: yhteydet lääkemuuttujiin [Internet]. 2014 [viitattu 19. joulukuuta 2022]; Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/45200>
 28. WHO. Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. 2009. Saatavissa: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241547543>
 29. Laki terveydenhuoltolain muuttamisesta 116/2023. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2023/20230116>
 30. Hallitus. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi terveydenhuoltolain muuttamisesta ja siihen liittyviksi laeiksi. HE 74/2022. Saatavissa: https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/HallituksenEsitys/Documents/HE_74+2022.pdf
 31. Eduskunnan oikeusasiamies. Hoitosopimuksen käyttö päihdepalveluissa. 2022 [viitattu 24. helmikuuta 2023]. EOAK/2686/2021. Saatavissa: <https://www.oikeusasiamies.fi/r/fi/ratkaisut/-/eoar/2686/2021>
 32. Lääkelaki 55 b §. 22.2.2019/208. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870395#L6P55b>
 33. Apteekkariliitto. Apteekkisopimukset. Ohjeistus lääkäreille ja apteekkeille. 2022. Saatavissa: <https://www.apteekkariliitto.fi/media/apteekkisopimusohje-2022.pdf>
 34. Tay Wee Teck J, Baldacchino A, Gibson L, Lafferty C. Using Microdosing to Induct Patients Into a Long-Acting Injectable Buprenorphine Depot Medication in Low Threshold Community Settings: A Case Study. *Front Pharmacol*. 2021;12:631784.
 35. Greenwald MK, Comer SD, Fiellin DA. Buprenorphine maintenance and mu-opioid receptor availability in the treatment of opioid use disorder: implications for clinical use and policy. *Drug Alcohol Depend*. 2014;0:1–11.
 36. Laffont CM, Ngaimisi E, Gopalakrishnan M, Ivaturi V, Young M, Greenwald MK, ym. Buprenorphine exposure levels to optimize treatment outcomes in opioid use disorder. *Front Pharmacol*. 2022;13:1052113.
 37. Laukkanen E, Ruokoniemi P. Turvallinen lääkehoito. Opas lääkehoitosuunnitelman laatimiseen. Helsinki; 2021. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2021:6. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-8682-4>
 38. Heinonen M, Pitkänen T. Korvaushoitopotilaiden oheispäihteen käyttö ja toimintakyky. *Tietopuu: Tutkimussarja*. 2017;(3):1–16.
 39. A-klinikkasäätiö. PARADISE24fin-kysely. 2017. https://tietopuu.a-klinikksaatio.fi/arjen_toimintakyky/Paradise24fin-kysely
 40. Paltamaa J (suom.). WHODAS 2.0: terveyden ja toimintarajoitteiden arvioinnin käsikirjan osat 2 & 3. Jyväskylän ammattikorkeakoulu; 2014. Saatavissa: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-830-348-3>
 41. Palveluvalikoimaneuvosto. Palveluvalikoimaneuvoston suositus Huumeriippuvuuksien hoidon ja kuntoutuksen psykososiaaliset menetelmät. 2021. Saatavissa: <https://palveluvalikoima.fi/huumeriippuvuuksien-hoidon-ja-kuntoutuksen-psykososiaaliset-menetelmat>

42. Gunnar T. Huumetestien aikarajoja. 2018. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/nix00462>
43. Mykkänen S, Kuoppasalmi K, Tissari P, Henriksson M. Suositus terveydenhoidollisesta huumetestauksesta. Asianmukaiset menettelytavat sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköille [Internet]. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos; 2015. Saatavissa: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-488-5>
44. Ritvo AD, Calcaterra SL, Ritvo JI. Using Extended Release Buprenorphine Injection to Discontinue Sublingual Buprenorphine: A Case Series. *Journal of Addiction Medicine*. 2021;15(3):252.
45. Klamon SL, Isaacs K, Leopold A, Perpich J, Hayashi S, Vender J, ym. Treating Women Who Are Pregnant and Parenting for Opioid Use Disorder and the Concurrent Care of Their Infants and Children: Literature Review to Support National Guidance. *J Addict Med*. 2017;11(3):178–90.
46. Suarez EA, Huybrechts KF, Straub L, Hernández-Díaz S, Jones HE, Connery HS, ym. Buprenorphine versus Methadone for Opioid Use Disorder in Pregnancy. *N Engl J Med*. 2022;387(22):2033–44.
47. Minozzi S, Amato L, Jahanfar S, Bellisario C, Ferri M, Davoli M. Maintenance agonist treatments for opiate-dependent pregnant women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;2020(11):CD006318.
48. Ordean A, Tubman-Broeren M. Safety and Efficacy of Buprenorphine-Naloxone in Pregnancy: A Systematic Review of the Literature. *Pathophysiology*. 2023;30(1):27–36.
49. Kanervo MM, Tupola SJ, Nikkola EM, Rantakari KM, Kahila HK. Buprenorphine-naloxone, buprenorphine, and methadone throughout pregnancy in maternal opioid use disorder. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2023;102(3):313–22.
50. Nelson LF, Yocum VK, Patel KD, Qeadan F, Hsi A, Weitzen S. Cognitive Outcomes of Young Children After Prenatal Exposure to Medications for Opioid Use Disorder. *JAMA Netw Open*. 2020;3(3):e201195.
51. Ekblad M, Vähäkangas K. Kannattaako nikotiinikorvaushoito raskauden aikana? *Duodecim*. 2020;136(1):23–9.
52. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito. Käypä hoito -suositus. 2018. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/hoi40020>
53. Arponen A, Häkkinen M. Päänteitä käyttävien raskaana olevien naisten ja vauvaperheiden palveluketju ja palvelukokonaisuus. Neuvoja alueellisen palvelukokonaisuuden rakentamiseen. THL Työpäpaperi 23/2021. Saatavissa: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-745-6>
54. Peltonen T, Levola J, Niemelä S. Huumeiden käyttöön liittyvät psykoosit. *Suomen Lääkärilehti*. 2019;74(48):2798–804.
55. Black DW. The Treatment of Antisocial Personality Disorder. *Curr Treat Options Psych*. 2017;4(4):295–302.
56. Gibbon S, Khalifa NR, Cheung NHY, Völlm BA, McCarthy L. Psychological interventions for antisocial personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2020. Saatavissa: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007668.pub3/full>
57. Wetterborg D, Dehlbom P, Långström N, Andersson G, Fruzzetti AE, Enebrink P. Dialectical Behavior Therapy for Men With Borderline Personality Disorder and Antisocial Behavior: A Clinical Trial. *Journal of Personality Disorders*. 2020;34(1):22–39.
58. Niemelä S. Bentsodiatsepiinien käyttöön liittyvät hoitokäytännöt. 2020. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/nix02647>
59. Konstenius M, Jayaram-Lindström N, Guterstam J, Beck O, Philips B, Franck J. Methylphenidate for attention deficit hyperactivity disorder and drug relapse in criminal offenders with substance dependence: a 24-week randomized placebo-controlled trial. *Addiction*. 2014;109(3):440–9.
60. Kansallinen hiv- ja hepatiittiasiantuntijaryhmä, Brummer-Korvenkontio H (toim.). C-hepatiitin hoitopolku - maksasairauden hoidosta infektion eliminaatioon. THL ohjaus 4/2019. Saatavissa: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-324-3>
61. Bildjuschkin K, Ewalds H, Hietämäki J, Kettunen H, Koivula T, Mäkelä J, ym. Väikivaltakäsitteiden sanasto. THL Työpäpaperi 1/2020. Saatavissa: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-211-6>
62. Strand MC, Fjeld B, Arnestad M, Mørland J. Can Patients Receiving Opioid Maintenance Therapy Safely Drive? A Systematic Review of Epidemiological and Experimental Studies on Driving Ability With a Focus

- on Concomitant Methadone or Buprenorphine Administration. *Traffic Injury Prevention*. 2013;14(1):26–38.
63. Tsai TY, Tu SY, Wu CC, Ho PS, Tung CL, Tsai JH, ym. Risk of motor vehicle collisions after methadone use: A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*. 2023;246:109832.
64. Traficom. Ajoterveyden arviointiohjeet terveydenhuollon ammattilaisille. 2021. Ohje 251562/03.04.03.06/2021. Saatavissa: https://www.traficom.fi/sites/default/files/media/regulation/Ajoterveysohje_Traficom_2021.pdf
65. Sosiaali- ja terveysministeriö. Ohje terveydenhuollon ja poliisin väliseen tiedonvaihtoon. 2020. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe202002034389>
66. Poliisi. Ampuma-aselupakäytäntöjen yhtenäistäminen, liite 2 Perusteet luvan peruuttamiselle. POL-2021-79077, ID-22448956. <https://poliisi.fi/ampuma-aselupakaytantojen-yhtenaistaminen-liite-2-perusteet-luvan-peruuttamiselle>

Liite: Korvaushoidon hoitosuunnitelma

Korvaushoitoasetuksen mukaan korvaushoidon tulee perustua hoitosuunnitelmaan, jossa lääkehoidon lisäksi määritellään hoidon tavoitteet, potilaan muu terveyden- ja sairaanhoito, kuntoutus ja seuranta sekä yhteistyö sosiaali- ja terveystieteiden välillä. Hoitosuunnitelma voi kattaa sekä päihde- ja päihteettömyyteen että päihteiden käytön haittojen vähentämiseen ja elämänlaadun parantamiseen liittyviä tavoitteita. Hoitosuunnitelma tulee tehdä kunkin potilaan kohdalla yksilöllisesti ja yhteistyössä potilaan kanssa. Hoitosuunnitelman tulee lähteä potilaan omista hoidollisista tavoitteista, mutta se voi sisältää myös potilaan motivoimista kohti sellaisia tavoitteita, joihin tämä ei vielä ole valmis sitoutumaan, sekä hoitavan tahon ehdottamia tavoitteita, jotka potilas on valmis hyväksymään. Tavoitteet on hyvä esittää mahdollisimman konkreettisesti, jotta niiden toteutumista on mahdollista seurata. Laajemmista tavoitteista voidaan eritellä eri osatavoitteita. Hoidon kohdentamiseksi tarkoituksenmukaisesti hoitosuunnitelmassa tavoitteet voidaan asettaa myös järjestykseen sen mukaan, minkä tavoitteiden edistäminen vaikuttaa ensisijaiselta tai kiireelliseltä ja minkä tavoitteiden edistäminen vaikuttaa tarpeelliselta tai mahdolliselta vasta myöhemmin.

Korvaushoidon hoitosuunnitelma tulee laatia heti hoidon alussa ja se tulee päivittää säännöllisesti. Ennen hoitosuunnitelman laatimista potilaasta on oltava käytettävissä riittävästi tietoa ja myös potilasta itseään on hyvä herätellä pohtimaan sitä, mitä asioita hän toivoo hoidoltaan ja elämältään. Hoidon alkuvaiheessa tai epästabiiilissa tilanteessa hoitosuunnitelmaa voidaan joutua päivittämään viikoittain tai kuukausittain, rauhallisemmassa vaiheessa voi riittää päivittäminen puolen vuoden tai vuoden välein. Hoitosuunnitelmaa päivitetäessä sitä muokataan tarvittavilta osin poistaen jo toteutuneita tai epäolennaisilta vaikuttavia seikkoja ja lisäten uusia hoitoon liitettäviä tavoitteita tai hoito-/kuntoutusmuotoja. Hoitosuunnitelma tulee laatia moniammatillisesti. Hoitosuunnitelman kokonaisuudesta vastaa hoidosta vastaava lääkäri ja hoitosuunnitelman toteutuksen koordinoinnista yleensä potilaan omahoitaja tai muu omatyöntekijä. Hoitosuunnitelman päivittäminen edellyttää yleensä sitä, että potilas tapaa hoitavan lääkärin ja voi keskustella tämän kanssa hoitosuunnitelman sisällöstä. Työryhmässä sovitaan, kuka huolehtii hoitosuunnitelman kirjaamisesta potilaan sairauskertomukseen.

Korvaushoidossa hoitokontakti potilaan kanssa on usein säännöllinen, tiivis ja pitkäaikainen. Tämä mahdollistaa hoidon ja kuntoutumisen eri osa-alueiden huomioimisen kokonaisvaltaisesti. Jos potilaan toimintakyky on matala, ei tämän ole välttämättä helppoa käyttää muita terveydenhoito- ja sosiaalipalveluita. Tällöin tarkoituksenmukaisinta olisi, että mahdollisimman suuri osa palveluista voitaisiin tarjota yhdestä paikasta. Yleensä potilaan hoito koostuu kuitenkin useiden hoito- ja yhteistyötahojen toiminnasta, jolloin on luontevaa, että korvaushoito toimii eri palveluita koordinoivana ja niiden toteutumista tukevana tahona. Tällöin myös yhteistyö eri palvelumuotojen kanssa ja niissä potilaan asioita hoitavien yhteyshenkilöiden yhteystiedot on hyvä sisällyttää potilaan hoitosuunnitelmaan.

Oheinen kysymysrunko on tarkoitettu tueksi yksilöllisen, kokonaisvaltaisen ja konkreettisen korvaushoidon hoitosuunnitelman laatimiseksi. Kysymysrunosta voi kunkin potilaan kohdalla hyödyntää niitä osa-alueita, jotka ovat tämän

kohdalla olennaisia, ja lisätä tarvittaessa sellaisia kokonaisuuksia, joita rungossa ei ole mainittu. Runko sisältää kysymyksiä sekä hoitosuunnitelman laatimista varten tarvittaviin tietoihin että hoidon suunnitteluun liittyen

Hoidon rakenne ja hoitosuhde

Korvaushoidosta vastaavat henkilöt ja vastaanottokäynnit

Kuka toimii potilaan korvaushoidosta vastaavana lääkärinä? Kuinka usein lääkärin vastaanottokäyntejä vähintään on potilaan kohdalla tarpeen järjestää? Miten potilas saa tarvittaessa yhteyden hoitavaan lääkäriin? Miten toimitaan, jos potilas tarvitsee kiireellistä lääkärin arviota korvaushoitoon liittyvässä asiassa? Entä fyysiseen tai psyykkiseen terveyteen liittyvässä asiassa?

Onko potilaalla oma nimetty omatyöntekijä? Kuinka usein potilas tapaa omatyöntekijää? Miten muuten potilas voi pitää yhteyttä omatyöntekijään? Mitkä ovat omatyöntekijäkäyntien keskeinen sisältö ja tavoitteet (psykososiaalinen tuki, tiettyjen terapeuttisen menetelmien käyttö, asioiden hoitaminen, hoidon koordinointi jne.)?

Osallistuuko korvaushoidossa potilaan hoitoon muita työntekijöitä tai henkilöitä (esim. sosiaalityöntekijä, psykologi, toimintaterapeutti, kokemusasian-tuntija)? Mikä muiden työntekijöiden rooli on potilaan hoidossa? Kuinka usein potilas tapaa muita työntekijöitä?

Tapaako potilas korvaushoidossa vain yhtä työntekijää kerrallaan vai järjestetäänkö usean työntekijän yhteistapaamisia?

Muut hoitavat tahot/tukimuodot

Mitkä muut tahot osallistuvat potilaan hoidon tai tukipalveluiden järjestämiseen (sosiaalipalvelut, asumisen tukipalvelut, avokuntoutus, kolmannen sektorin palvelut, erikoissairaanhoido jne.)? Mikä eri tahojen rooli on potilaan hoidossa? Ketkä ovat potilaan nimettyjä työntekijöitä eri tahoilla? Onko korvaushoidosta lupa pitää yhteyttä näihin tahoihin? Miten yhteydenpito tapahtuu? Mikä on eri hoitavien tahojen välinen työnjako, miten näiden työ sovitetaan yhteen ja miten vältetään päällekkäinen työ?

Verkostotapaamiset

Kuinka usein eri hoitavien tahojen välillä järjestetään verkostotapaamisia? Keitä verkostotapaamisiin osallistuu? Kuka järjestää ja kutsuu koolle verkostotapaamiset?

Potilaan tavoitteet ja voimavarat

Tavoitteet

Mitä tavoitteita potilas nimeää pitkällä tähtäimellä elämäänsä, vointiinsa tai päihiteiden käyttöönsä liittyen? Millaisia lähitavoitteita näistä voidaan muotoilla?

Mikä on potilaan muutosmotivaation vaihe? Tarvitaanko motivaation herättelyä ja mitä keinoja siihen voidaan käyttää? Mitä konkreettista potilas on valmis tekemään ja millä aikavälillä? Miten tavoitteiden saavuttamista seurataan tai mitataan? Millaista muutosta potilas toivoo tavoitteiden saavuttamisen tuovan vointiinsa, elämänlaatuunsa tai muuhun?

Voimavarat

Mitä henkilökohtaisia vahvuuksia potilaalla on, joista on etua tavoitteiden saavuttamiseksi? Mitä hän itse tunnistaa ja nimeää? Mitä on nostettavissa esiin muun haastattelun perusteella? Tunnistaako potilas haasteita tai esteitä tavoitteidensa saavuttamiselle?

Korvaushoitolääkitys

Korvaushoitolääkitys, lääkemuoto ja -annos

Mikä korvaushoitolääke ja lääkemuoto potilaalla on käytössä? Millä perusteilla kyseinen lääke ja lääkemuoto on valittu? Mitä annosta käytetään? Minkälainen vaste korvaushoitolääkityksellä on saavutettu? Miten annoksen sopivuutta arvioidaan? Tarvitaanko strukturoituja vieroitusoirekyselyjä tai pitoisuusmittauksia? Onko tarvetta korvaushoitolääkkeen/lääkemuodon vaihtoon tai annosmuutokseen? Tarvitaanko lääkityksen suhteen seurantakokeita (EKG) ja jos tarvitaan, niin kuinka usein?

Lääkityksen toteutus

Kuinka usein ja mihin aikaan päivästä lääkkeenanto toteutetaan? Saako potilas lääkkeen yksilö- vai ryhmäkäynnillä? Miten lääkkeen ottamista valvotaan? Miten lääketurvallisuutta arvioidaan lääkkeenannon yhteydessä? Miten toimitaan, jos potilas ei pääse saapumaan sovittuna päivänä tai sovittuun aikaan? Miten toimitaan, jos lääkityksessä tulee taukoja tai lääkitys keskeytyy? Onko apteekkijakelu mahdollinen potilaan kohdalla?

Kotilääkkeet

Onko potilaalla mahdollisuus saada kotilääkkeitä? Millä perusteilla kotilääkkeitä voidaan antaa? Kuinka pitkäksi aikaa kotilääkkeitä voidaan antaa kerralla? Miten kotilääkkeiden asianmukaista käyttöä seurataan? Voidaanko tilapäisesti antaa ylimääräisiä kotilääkkeitä esim. matkan vuoksi? Mikäli potilaan ei ole mahdollista saada kotilääkkeitä, onko esim. matkan vuoksi korvaushoito mahdollista tilapäisesti siirtää toiseen yksikköön tai vaihtaa lääkemuotoa tai annostelutiheyttä?

Muu lääkehoito

Muu lääkitys

Mitä muita lääkityksiä potilaalla on käytössä? Mitkä ovat lääkitysten indikaatiot? Onko lääkehoidon suhteen hoitovastuu korvaushoidossa vai jossakin muualla? Minkälainen hoitovaste lääkityksillä on saatu ja miten sitä seurataan? Tarvitaanko lääkehoidon seurantaan laboratorioskokeita (lääkevasteen seuranta, pitoisuusmittaukset, turvakokeet, haittavaikutusten seuranta) ja jos tarvitaan, niin kuinka usein? Käyttääkö potilas lääkityksiä säännöllisesti? Voidaanko lääkityksen säännöllistä toteutumista tukea korvaushoidosta (esim. lääkitysten anto korvaushoidon lääkkeenannon yhteydessä) tai jostakin muualta (esim. asumisyksikkö)? Onko potilaalla taloudelliset mahdollisuudet lääkitysten hankkimiseen? Hoidetaanko reseptien uusiminen korvaushoidosta vai jostakin muualta?

Väärinkäyttöön soveltuvat lääkkeet

Onko potilaalla käytössä väärinkäyttöön soveltuvia lääkkeitä? Onko lääkityksille selkeät ja perustellut indikaatiot? Miten lääkitysten asianmukaista käyttöä

seurataan? Onko käytössä apteekkisopimus? Miten lääkitykset jaetaan potilaalle (korvaushoitolääkkeen haun yhteydessä, tietyin määräajoin apteekista tms.)?

Päihteiden käyttö ja riippuvuudet

Päihteiden käytön kartoittaminen ja seuranta

Esiintyykö potilaalla huumeiden käyttöä, lääkkeiden väärinkäyttöä tai runsasta alkoholinkäyttöä? Tupakoiko potilas? Onko potilaalla opioidiriippuvuuden lisäksi muita päihderiippuvuuksia? Tarvitaanko päihteiden käytön osalta riippuvuusdiagnoosin tarkentamista? Onko potilaalla toiminnallisia riippuvuuksia?

Miten potilaan päihteiden käyttöä seurataan? Otetaanko potilaalta virtsan huumeeseuloja? Kuinka usein ja minkä tyyppisiä seuloja otetaan? Mitä tehdään, jos seulatulos ei vastaa potilaan lääkitystä tai hoitosuunnitelmaa? Mitä tehdään, jos seulojen antaminen ei toteudu sovitusti? Puhallutetaanko potilasta ja jos, niin kuinka usein? Tutkitaanko potilaalta alkoholilaboratoriokokeita? Mitä laboratoriokokeita tutkitaan ja kuinka usein? Tarkastetaanko potilaalta pistopaikkoja, kuinka usein ja miltä alueilta?

Miten potilaan päihteiden käyttö tai sen muutoksen vaikuttavat hoidon suunnitteluun?

Potilaan tavoitteet päihteiden käytön suhteen

Minkälaiset potilaan omat tavoitteet eri päihteiden käytön suhteen ovat? Tarvitaanko potilaan motivaation herättelyä?

Terapeuttinen hoito

Tarvitseeko potilas päihdehäiriöiden tai toiminnallisten riippuvuuksien terapeuttista hoitoa? Mitä terapeuttisia menetelmiä käytetään? Sisältääkö hoito yksilö-, pari- tai perhetapaamisia? Onko käytössä verkkoterapiaa? Osallistuuko potilas vertaisryhmien toimintaan?

Päihteiden käytön vähentäminen tai lopettaminen

Minkälaiset elämänmuutokset auttaisivat potilasta vähentämään päihteiden käyttöä? Miten näitä elämänmuutoksia voisi konkreettisesti tukea?

Tarvitseeko potilas lääkeavusteista vieroitusta? Toteutetaanko vieroitus avovai laitoshoidossa? Millä lääkityksillä vieroitus toteutetaan? Tarvitseeko potilas vieroitushoitoa laitoksessa? Entä laitospäihdekuntoutusta?

Tarvitseeko potilas alkoholiriippuvuuden lääkehoitoa? Mitkä lääkevaihtoehdot tulevat kysymykseen (disulfiraami, akamprosaatti, muut lääkitykset)? Tarvitaanko lääkehoidon vasteen ja turvallisuuden seurantaan laboratoriokokeita?

Tarvitseeko potilas lääkitystä tupakasta vieroittautumisen tueksi? Mitkä lääkevaihtoehdot tulevat kysymykseen? Sopiiko potilaalle paremmin lääkehoito vai nikotiinikorvaushoito? Miten nikotiinikorvaushoito toteutetaan? Minkälaista psykososiaalista tukea potilaalle tulisi tarjota tupakasta vieroittautumisen tueksi?

Päihteiden käyttöön liittyvien haittojen vähentäminen

Onko potilas saanut riittävästi psykoedukaatiota päihteiden käyttöön liittyvistä haitoista ja niiden vähentämisestä? Miten pistämällä tapahtuvan käytön riskejä potilaan kohdalla voidaan vähentää? Entä yliannostusriskiä? Käyttääkö potilas puhtaita pistovälineitä? Tarvitseeko potilas neuvontaa puhtaiden pistovälineiden hankkimisen tai pistotekniikan tai vaihtoehtoisten käyttötapojen suhteen?

Ajoterveys

Täyttääkö potilas ajoterveysvaatimukset? Jos täyttää, kuinka pitkäksi aikaa ajolupa on myönnetty ja minkälaista seuranta uuden lausunnon laatiminen edellyttää? Jos ei täytä, onko ajoterveysilmoitus tehty? Minkälaista seuranta tarvitaan ajoluvan palauttamiseksi?

Psyykinen terveys

Psykiatriset häiriöt ja niiden hoito

Mitä psykiatrisia häiriöitä potilaalla on todettu? Mitä hoitomuotoja niihin on käytössä? Miten mahdollinen lääkehoito on toteutunut? Onko käytössä terapeutista hoitoa ja toteutetaanko se korvaushoidossa, perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa vai jossakin muualla? Miten keskustelukäynnit ovat toteutuneet? Mitä terapeuttisia menetelmiä on käytössä? Sisältääkö hoito yksilö-, pari- tai perhetapaamisia? Onko käytössä verkkoterapiaa? Minkälainen hoitotasapaino on saavutettu? Miten hoitotasapainoa seurataan (esim. itsearviolomakkeet, konkreettisten hoitotavoitteiden toteutuminen)? Seurataanko hoidon toteutumista korvaushoidossa, perusterveydenhuollossa vai erikoissairaanhoidossa? Tarvitaanko hoidon jatkon järjestämiseksi lähetettä psykiatrilialle? Voidaanko psykiatristen häiriöiden hoidon toteutumista tukea korvaushoidosta? Voidaanko lääkehoito (esim. pitkävaikutteinen psykoosilääkeinjektio) antaa korvaushoidossa?

Onko potilaalla tarvetta psykoterapiaan? Soveltuuko potilas psykoterapeuttiseen hoitoon? Miten terapeuttinen hoito kannattaa ajoittaa? Tulisiko mahdollinen psykoterapia järjestää Kelan kuntoutusterapiana, vaativana lääkinnällisenä kuntoutuksena vai muuta kautta? Missä psykoterapia-arvio tulisi toteuttaa? Onko tarvetta muulle kuntoutukselle (esim. neuropsykologinen kuntoutus, toimintaterapia)?

Onko potilas saanut riittävästi psykoedukaatiota psykiatrisiin häiriön liittyen? Miten psyykkistä vointia tukevat elämäntapamuutokset ovat toteutuneet? Voidaanko niiden toteutumista tukea korvaushoidosta?

Psykiatriset tutkimukset

Onko potilaalla psykiatrisia oireita, joita ei ole riittävästi tutkittu? Onko potilaalla ADHD-oireita? Tarvitaanko diagnostisia tutkimuksia (esim. strukturoidut haastattelut)? Mitä tutkimuksia voidaan tehdä korvaushoidossa? Tarvitaanko ohjausta psykiatriseen erikoissairaanhoidon tai psykiatrin konsultaatiota? Tarvitaanko psykologisia tai neuropsykologisia tutkimuksia? Vaikuttaako potilaan päihteiden käyttö tai muu aktiivinen psykiatrisen oireilu diagnostisten tutkimusten tekemiseen tai luotettavuuteen?

Päihteiden käyttö ja psykiatriset oireet

Saattaako päihteiden käyttö aiheuttaa potilaalle psykiatrisia oireita tai pahentaa se jo todettujen häiriöiden oireita? Onko potilas saanut tähän liittyen riittävästi psykoedukaatiota? Ylläpitävätkö potilaan psykiatriset oireet tai psyykkiseen terveyteen liittyvät uskomukset päihteiden käyttöä ("itselääkintä")? Voidaanko tähän vaikuttaa hoidon tehostamisella?

Fyysinen terveys

Somaattiset sairaudet ja niiden hoito

Mitä sairauksia potilaalla on todettu? Mitä hoitoja niihin on käytössä? Miten hoidot ovat toteutuneet? Miten tutkimukset ja seuranta ovat toteutuneet? Minkälainen hoitotasapaino on saavutettu? Seurataanko hoidon toteutumista yleislääkärin toimesta, erikoissairaanhoidossa vai korvaushoidossa? Miten hoidon toteutumista, hoitotasapainoa ja seurantaa voidaan tukea korvaushoidosta? Tarvitaanko hoidon jatkon järjestämiseksi ajanvarauksia yleislääkärille tai lähetteitä erikoislääkärille?

Miten potilaan lääkehoito toteutuu? Voidaanko sitä tukea korvaushoidosta? Onko tarvetta muulle kuntoutukselle (esim. fysio- tai toimintaterapia, neuropsykologinen kuntoutus)?

Onko potilas saanut riittävästi psykoedukaatiota sairauksiinsa liittyen? Miten sairauksien hoitoon liittyvät elämäntapamuutokset ovat toteutuneet? Voidaanko niiden toteutumista tukea korvaushoidosta? Tarvitaanko potilaan motivaation herättelyä?

Somaattiset tutkimukset

Onko potilaalla somaattisia oireita, joita ei ole riittävästi tutkittu? Onko potilaalla kroonisia kipuja? Minkälainen potilaan hampaiden kunto on? Onko testosteronin puutokseen viittaavia oireita?

Tarvitaanko diagnostisia tutkimuksia (somaattinen status, laboratoriotestit, EKG, kuvantamistutkimukset, kliinisen neurofysiologian tutkimukset jne.)? Mitä tutkimuksia voidaan tehdä korvaushoidon kautta? Tarvitaanko ohjausta yleislääkärin vastaanotolle tai erikoislääkärille? Onko tutkimusten toteutumiselle esteitä? Miten niiden toteutumista voidaan tukea?

Seurantakokeet

Mitä laboratoriotestejä potilaan somaattisen terveyden seurantaan tarvitaan ja kuinka usein? Kuka seuraa kokeiden toteutumista ja muistuttaa potilasta niistä tarvittaessa? Tarvitaanko seurantakokeiden toteutumiseen muuta tukea (esim. erityisjärjestelyt verinäytteen otossa, ajanvaraukset, potilaan saattaminen laboratorioon)?

Päihteiden käyttö ja somaattiset sairaudet

Aiheuttaako päihteiden käyttö erityisiä riskejä potilaan somaattisen terveydentilan huomioiden? Onko potilas saanut tähän liittyen riittävästi psykoedukaatiota? Ylläpitävätkö potilaan somaattiset oireet tai somaattiseen terveyteen liittyvät uskomukset päihteiden käyttöä ("itselääkintä")? Voidaanko tähän vaikuttaa hoidon tehostamisella?

Veriteitse tarttuvat infektiot

Tarvitseeko potilas psykoedukaatiota veriteitse tarttuvien infektioiden ehkäisystä? Koska veriteitse tarttuvia infektiota on viimeksi seulottu? Kuinka usein niitä seulotaan jatkossa? Onko C-hepatiitin hoito järjestetty? Tarvitaanko C-hepatiitin hoidon suunnitteluun erikoissairaanhoidon konsultaatiota (hoidon porrastus)?

Elämäntavat

Minkälaista potilaan ravitsemus on? Harrastaako hän liikuntaa? Miten riittävästä ravitsemuksesta voidaan tukea? Tarvitseeko potilas psykoedukaatiota tai motivaation herättelyä elämäntapoihin liittyen? Miten terveellisiä elämäntapoja voidaan tukea korvaushoidosta?

Seksuaaliterveys

Onko potilaalla käytössä ehkäisyä? Tarvitseeko potilas konkreettisesti apua, että saa pitkäaikaisen, käyttäjästä riippumattoman ehkäisyn? Tarvitseeko potilas seksuaaliterveyteen, ehkäisyyn tai seksitauteihin liittyvää neuvontaa?

Sosiaaliset suhteet

Parisuhde

Onko potilas parisuhteessa? Asuuko hän yhdessä kumppaninsa kanssa? Mitä on sovittu yhteydenpidosta kumppaniin ja tietojen antamisesta? Onko tarvetta järjestää yhteistapaamisia tai pariterapiaa?

Tarvitseeko kumppani psykoedukaatiota potilaan päihteiden käyttöön tai terveydentilaan liittyen? Onko kumppanilla päihde- tai mielenterveysongelmia? Onko kumppani ohjattu tarpeellisten palveluiden piiriin (mm. omaisten tuki, päihde- ja mielenterveyspalvelut, hepatiitti- ja HIV-seulonta)? Onko ehkäisystä huolehdittu?

Onko parisuhteessa väkivaltaa? Onko potilaan kanssa tehty turvasuunnitelma? Tarvitseeko potilas ohjausta turvakotiin tai muuta tukea väkivaltaisesta parisuhteesta irtaantumisessa?

Lapset (myös kumppanin)

Onko potilaalla tai tämän kumppanilla lapsia? Kuinka paljon alaikäisiä lapsia on? Asuvatko heidän kanssaan? Onko lasten hyvinvointi otettu puheeksi potilaan kanssa? Onko tarpeen tehdä lastensuojeluilmoitus? Ovatko lapset lastensuojelun asiakkaita? Ovatko lapset sijoitettu kodin ulkopuolelle? Jos ovat, missä lapset asuvat? Tapaako potilas lapsia? Voidaanko lasten tapaamisten onnistumista tukea korvaushoidosta?

Miten lastensuojelu tukee perhettä? Mitä korvaushoidon ja lastensuojelun yhteistyöstä on sovittu? Onko lastensuojelun kanssa sovittu jotakin päihteiden käytön seurannasta? Mitä on sovittu tietojen vaihtamisesta ja luovutuksesta? Onko tarpeen suunnitella perhekuntoutusta?

Raskausajan erityistarpeet

Onko potilaan korvaushoitoon tai muuhun lääkehoitoon tarpeellista tehdä muutoksia raskauden vuoksi? Onko tehty ennakkollinen lastensuojeluilmoitus? Onko järjestetty verkostotapaamista yhdessä raskauden seurantaan osallistuvien tahojen kanssa? Mitä korvaushoidon roolista on sovittu seurantaan liittyen? Mitä on sovittu raskausajan päihteiden käytön seurannasta ja tietojen vaihtamisesta? Miten korvaushoito voi tukea äitiysneuvolan ja äitiyspoliklinikan (HAL-poliklinikka) tapaamisten onnistumista? Mikä on tulevan toisen vanhemman rooli raskauden aikana ja lapsen synnyttyä? Onko toisen vanhemman tai kumppanin hoito ja kuntoutus järjestetty?

Vanhemmat/sisarukset

Millainen on potilaan lapsuuden perhe? Onko potilas tekemisissä perheensä kanssa? Minkälaiset suhteet perheenjäseniin ovat? Ovatko perheenjäsenet tukena kuntoutumisessa tai voiko perhesuhteista löytyä tukea potilaalle päihdekäytöstä irrottautumiseen? Mitä on sovittu yhteydenpidosta ja tietojen vaihdosta perheenjäsenten kanssa?

Onko tarvetta perhetapaamisille? Onko tarpeen tarjota perheelle tietoa korvaushoidosta? Onko omaiset ohjattu tukijärjestöjen tai vertaistuen piiriin? Voiko korvaushoito muuten tukea potilasta korjaamaan mahdollisia katkenneita perhesuhteita?

Ystävät

Millaisia ystävyys-suhteita potilaalla on? Tukevatko vai vaikeuttavatko potilaan ystävyys-suhteet päihteiden käytön lopettamista? Onko mahdollista elvyttää päihteidenkäytön lopettamista tai vähentämistä tukevia ystävyys-suhteita?

Sosiaalisen kuntoutumisen tuki

Onko potilaalla tai tarvitseeko hän tukihenkilön? Onko potilas ohjattu päiväkeskuksiin tai muihin päihteettömiin ajanviettopaikkoihin? Onko potilas ohjattu esim. verkossa oleviin keskustelufoorumeihin?

Työ- ja toimintakyky

Työ

Onko potilaalla ammattia ja/tai työhistoriaa? Onko potilaan työkykyä arvioitu tai tarpeen arvioida? Tarvitseeko potilas tällä hetkellä sairauslomaa ja mistä syystä? Onko perusteita hakea potilaalle työkyvyttömyyseläkettä? Mistä potilas saa tarvittavat lausunnot sairausloma- ja eläkeasioissa? Onko eläkettä aiemmin haettu ja mitä prosessissa on tapahtunut? Tarvitseeko tämän suhteen laajempia työkykyyn liittyviä tutkimuksia (esim. erikoislääkärin arvio, neuropsykologiset tutkimukset)? Miten potilaan työkykyä voidaan kuntouttaa tai ylläpitää?

Onko potilas ollut kuntouttavassa työtoiminnassa ja jos on, miten tämä on sujunut? Voisiko potilas hyötyä kuntouttavasta työtoiminnasta nyt? Millainen kontakti potilaalla on työvoimapalveluihin? Tarvitseeko potilas ammatinvalinnan ohjausta, ammatillista kuntoutusta tai muuta apua työllistymiseen? Miten korvaushoidosta voitaisiin tukea potilaan siirtymistä työelämään? Onko tarpeen tai mahdollista osallistua aktivointisuunnitelman tekoon tai muihin tapauxiin työvoimapalveluissa? Onko potilaalla työvoimapalveluissa oma työntekijä tai yhteyshenkilö?

Miten potilaan työssä käymistä voidaan tukea korvaushoidossa? Vaikuttaako työssä käyminen potilaan tarpeisiin korvaushoidon lääkejaon järjestämisen tai lääkemuodon suhteen?

Opiskelu

Opiskeleeko potilas parhaillaan tai onko hän opiskellut peruskoulun jälkeen? Miksi opiskelu on päätynyt? Millainen on potilaan tämänhetkinen opiskelukyky? Miten opiskelukykyä voitaisiin parantaa? Mitä tukea potilas voisi saada opiskeluunsa? Voisiko potilaan opiskelu olla tarpeen toteuttaa mukautetusti tai erityisammattioppilaitoksessa tai oppisopimuskoulutuksena?

Voisiko opiskelua hakea ammatillisena kuntoutuksena? Millä keinoin korvaushoidosta voidaan tukea potilaan opiskelun onnistumista? Onko tarvetta tehdä yhteistyötä oppilaitoksen kanssa?

Harrastukset

Harrastaako potilas jotain? Onko potilaalla ollut aiemmin harrastuksia ja jos on, miksi hän on lopettanut ne? Olisiko vanha harrastus elvytettävissä ja voisiko se tukea kuntoutumista? Onko potilaalla tarpeeksi tietoa saavutettavissa olevista harrastemahdollisuuksista?

Toimintakyky

Millainen on potilaan toimintakyky? Onko toimintakykyä testattu tai arvioitu systemaattisesti? Mitä mittareita tähän on käytetty? Onko potilaan toimintakyvystä tehty tai tarpeen tehdä toimintaterapeutin arviota? Tarvitseeko potilas

joitakin tukitoimia? Selviytyykö potilas itsenäisesti asumisesta, arkitoimista ja omien asioiden hoitamisesta? Tarvitseeko potilas jotakin apuvälineitä? Tarvitseeko potilas korvaushoitoon päästäkseen joitakin erityisjärjestelyjä kuten kuljetuspalvelua, kelataksia tms.? Mistä potilas saa näihin tarvittavat lausunnot?

Asuminen ja toimeentulo

Asuminen

Onko potilaalla asunto? Asuuko potilas yksin vai yhdessä muiden henkilöiden kanssa? Miten potilas pystyy huolehtimaan asunnostaan? Onko asunnossa mahdollista laittaa ruokaa sekä huolehtia henkilökohtaisesti hygieniasta ja vaatehuollosta? Onko asuminen turvallista (väkivallan uhka, paloturvallisuus, kotivakuutus)? Pystyykö potilas rajoittamaan, ketkä henkilöt tulevat hänen asuntoonsa tai viettävät siellä aikaa? Liittyykö asunnon lähiympäristöön haasteita, jotka tulee ottaa huomioon (kulkuyhteydet, päihteille altistuminen, turvallisuus)? Tarvitaanko kotikäyntiä potilaan asuinolosuhteiden kartoittamiseen?

Pystyykö potilas huolehtimaan asumiseen liittyvistä taloudellisista seikoista (vuokranmaksu, sähkölasku)? Tarvitaanko vuokranmaksun turvaamiseksi tukijärjestelyjä (välitystili, edunvalvonta)? Onko potilaalla vuokratilaa? Onko potilas saanut asumiseen liittyen varoituksia tai onko muita tekijöitä, jotka saattaisivat johtaa asunnon menetykseen?

Jos potilaalla ei ole asuntoa, milloin sellainen on viimeksi ollut? Missä potilas tällä hetkellä majoituu? Mitä asioita potilas on tehnyt asunnon saamisen eteen? Onko jotakin muuta tehtävissä? Onko potilaalla riittävästi tietoa yömajoina, ensisuojusta tai muista asunnottomille tarjolla olevista yöpymismahdollisuuksista?

Onko potilaalla tarvetta tuki- tai palveluasumiselle? Minkälaista tukea potilas tarvitsee asumisen suhteen? Onko tarvetta ohjata potilas sosiaalityöntekijän arvioon tai järjestää yhteistapaaminen asumisen tukipalveluiden suunnitteluun?

Toimeentulo

Onko potilaalla jokin säännöllinen toimeentulo? Saako potilas palkkaa vai jotakin sosiaalietuutta? Onko tarpeen hakea jotakin etuutta, johon hän olisi mahdollisesti oikeutettu? Onko potilaalla tarpeeksi tietoa eri tukimuotoihin liittyen? Tarvitseeko potilas käytännön apua hakemusten täyttämiseksi? Mitä lausuntoja tai tositteita etuuksien hakemiseen tarvitaan ja mistä ne voi saada? Tarvitseeko potilas toimeentulotukea esim. lääkkeiden tai bussikortin hankkimiseen? Onko potilaalla kontaktia aikuissosiaalityöhön?

Onko potilaalla velkoja tai ulosottoja? Onko potilaan tarve saada velkaneuvontaa? Tietääkö potilas, mistä saa ruoka- ja vaateapua, jos sellainen on tarpeen? Tarvitseeko potilas tietoa vähävaraisille suunnatuista palveluista (esim. diakoniatyö, muut kolmannen sektorin toimijat)?

Rikollisuus

Oikeudenkäynnit ja tuomiot

Onko potilaalla tiedossa tulossa olevia oikeudenkäyntejä tai vankeusrangautuksia? Onko potilaalla maksamattomia sakkoja? Vaikuttavatko mahdollisesti tulossa olevat tuomiot hoidon toteutukseen? Tarvitseeko potilas lausuntoja

tuomioiden siirtämiseksi? Onko tuomioita mahdollista suorittaa päihdekuntoutuksen yhteydessä? Tarvitaanko yhteistyötä Rikosseuraamuslaitoksen kanssa?

Huumeisiin liittyvä rikollisuus

Joutuuko potilas tekemään rikoksia päihteiden käytön rahoittamiseksi? Miten potilasta voidaan tukea vähentämään tai lopettamaan rikollinen toiminta? Onko potilaalla huumevelkoja ja miten hän ajattelee suoriutuvansa niistä? Liittyykö velkoihin väkivallan uhkaa?

Järjestäytynyt rikollisuus

Onko potilaalla yhteyksiä järjestäytyneeseen rikollisuuteen? Onko potilaalla riittävästi tietoa palveluista, jotka on tarkoitettu järjestäytyneestä rikollisuudesta irtautumisen tueksi?



Päihdelääketieteen yhdistys ry

Finnish Society of Addiction Medicine