

Päihdelääketieteen tentti 3.5.2024

1. Rahapeliongelman tunnistaminen ja hoito.

Systemaattinen peliongelman seulonta on perusteltua riskiryhmissä, esimerkiksi kun potilas hakeutuu terveydenhuoltoon muun mielenterveys- tai päihdeongelman takia. Rahapeliongelman seulontaan ja arviointiin on välineitä, kuten BBGS (Brief Biosocial Gambling Screen), PGSI (Problem Gambling Severity Index) ja nuorille SOGS-RA (South Oaks Gambling Screen Revised for Adolescents). Diagnostiset kriteerit on kuvattu: joko ICD-10 pelihimo tai ICD-11 rahapeliriippuvuus. Hoidossa on huomioitava runsas oheishäiriöisyys ja liitännäissairauksien hyvä hoito; yleisimmät psykiatriset oheishäiriöt ovat muut riippuvuussairaudet, ahdistuneisuus- ja mielialahäiriöt, kehitykselliset nepsy-kirjon häiriöt, erit. ADHD, ja käytöshäiriöt. Itsetuhoisuus on yleistä ja siitä tulee aina kysyä ja huomioida hoidossa. Ensisijaiseksi hoidoksi suositellaan kognitiivista käyttäytymisterapiaa ja motivoivaa haastattelua, lääkkehoidosta näyttö on toistaiseksi vähäisempää, eniten on tutkimusnäyttöä opioidiantagonisteista. Vertaistuki tulee muistaa, esim. GA, Peluurin vertaistukiryhmät. Sosiaalityön tarve, esim. velkaneuvonta tulee muistaa ja ohjata sen pariin. Omaisten huomiointi hoidossa, kokevat hyvin usein haittoja myös.

Lähteet: Rahapeliongelman käypä hoito -suositus

2. Toimit avohoidon päihdelääkärinä. 32-vuotiaalla potilaalla on todettu opioidiriippuvuus, josta hän ei ole kyennyt vieroittautumaan ja suunnittelet opioidiriippuvuuden korvaushoidon aloitusta. Mitä huomioit ensimmäistä hoitosuunnitelmaa tehdessäsi?

Jokaisen potilaan hoidon tarkemmat tavoitteet asetetaan yksilöllisesti hänen tarpeensa ja tilanteensa mukaan yhdessä hänen kanssaan. Arvioidaan muut riippuvuudet, vieroituksen tarve ja tehdään hoitosuunnitelma niiden osalta. Arvioidaan psyykinen ja fyysinen oheissairastavuus ja hoidon tarve, tai tarve mahdollisille lisätutkimuksille, ja näiden kiireellisyys. Suunnitellaan potilaan kanssa yhteistyössä lääkkeen valinta ja perustelut, sekä korvaushoidon aloitustapa/-paikka. Tehdään suunnitelma psykososiaalisen hoidon ja tuen osalta, arvioidaan sosiaalityön tarve. Otetaan kantaa ajoterveysteen ja tehdään suunnitelma hoidon tavoitteiden seuraamisesta ja seuraavasta hoitosuunnitelman päivityksen ajankohdasta.

Lähteet: Opioidikorvaushoitosuositus

3. Toimit konsultoivana päihdelääkärinä keskussairaalassa. Infektiotautien osaston erikoistuva lääkäri konsultoi sinua koskien hoidossa olevaa 28-vuotiasta aiemmin perustervettä potilasta, jolla ei ole aiempaa terveyden- tai päihdehoidon kontaktia. Potilaalla on tuore opioidien suonensisäiseen käyttöön liittyvä S. aureus sepsis ja endokardiitti, jonka komplikaationa on keuhkopussin märkäkertymä ja johtumishäiriöitä. Hän kuumeilee ja CRP viimeisimmin mitattuna edelleen >200. Potilas tarvitsee suonensisäistä antibioottihoitoa ja siirtoa tehovalvonta-tasoiseen hoitoon on harkittu. Potilas haluaa kuitenkin kotiutua. Kollega pohtii mahdollisuutta hoitaa potilasta tahdosta riippumattomasti, mutta toteaa kuitenkin arvioineensa, ettei potilas ole psykoottinen.

a) Mitä kerrot kollegalle mahdollisuudesta hoitaa tahdosta riippumattomasta hoidosta päihderiippuvuuden nojalla?

Tahdosta riippumaton hoito päihdehuoltolaissa in mahdollista vakavan terveysvaaran perusteella. Hoito voi kestää yhdellä päätöksellä enintään 5 pv. Yksikön vastuulääkäri päätöksen hoitavan lääkärin esityksestä. Mielenterveyslakia ei voida soveltaa, jos potilas ei ole psykoottinen.

b) Kollega kysyy potilaan uhkaavasta käytöksestä ja pohtii, eikö väkivaltaisuuden perusteella voi hoitaa tahdosta riippumatta?

Päihdehuoltolain viimeisemmässä muutoksessa poistui mahdollisuus hoitaa tahdosta riippumatta väkivaltaisuusperustein, ei voi myöskään mt-lakia voi soveltaa, jos potilas ei ole psykoottinen.

c) Mitä kerrot mahdollisuuksista rajoittaa potilasta päihdehuoltolain nojalla, jos väkivallan uhkaa tai päihteiden käyttöepäilyä on osastohoidossa?

Jos potilas on päihdehuoltolain mukaisessa tahdosta riippumattomassa hoidossa, voidaan tarkistaa potilaan huone ja tavarat, sekä ottaa haltuun päihteet ja niiden käyttövälineet. Potilas voidaan eristää, jos hän on vaaraksi itselleen taikka muille tai jos eristäminen on henkilön hoidon kannalta muutoin erityisen perusteltua. Eristäminen ei saa ilman uutta päätöstä jatkua yhtämittaisesti yli 24 tuntia ja sen tulee tapahtua toimintayksikön henkilöstön jatkuvan huolenpidon alaisena.

d) Mitä muuta kehottaisit kollegaa huomioimaan hoidon suunnittelussa?

Hyvä huomioida ainakin vieroitusoireiden arviointi ja hoito, opioiditukihoidon tarve, korvaushoidon tarpeen arviointi, päihdehoidon käynnistäminen.

Lähteet: Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41

4. Ikääntyneiden päihdeongelmat

Ikääntyneiden päihdeongelmien tunnistamisen tärkeimmät menetelmät vastaanoton aikana

Jos päihdeongelma ei ole vielä edennyt elämänpiiriä kapeuttavaksi ja terveydelle haitalliseksi, puheeksi ottamisesta ja riskikäytön huomioimisesta on ongelman vaikeutumisen estämisessä todettu merkittävää hyötyä. Ikääntyneiden riippuvuusongelmiin liittyy usein huomattavaa häpeää, joten puheeksi ottamisen tapaan tulee kiinnittää huomiota. Suurin osa päihdehäiriöistä jää kuitenkin tunnistamatta, ja siksi hoito viivästy.

Ikääntyneiden päihdeongelman arviossa kannattaa käyttää ensisijaisesti motivoivaa haastattelua ja täydentävinä menetelminä kyselytestejä. Alkoholin käyttöä voidaan selvittää AUDIT-kyselyllä ja riippuvuusoireistoa CAGE-kyselyllä. Reseptilääkkeiden käyttötavoista kannattaa kysellä yksityiskohtaisesti. Muita päihdeongelmia voidaan selvittää kysymällä esimerkiksi: "Oletteko käyttänyt muita aineita päihtymistarkoituksessa?"

Päihdeanamneesin oton perusteissa voi hyödyntää RAAMIT-kyselyä, avoimia kysymyksiä, refleктоivaa kuuntelua ja muistaa myös kysyä muista päihteistä. Lisätietoa voi saada kysymällä reseptilääkkeistä ja onko joku läheinen huolissaan arvioitavan päihteen käytöstä, ja toiminnallisten riippuvuuksien huomioiminen.

II Miksi päihteet vaikuttavat ikääntyneeseen haitallisemmin kuin työikäiseen?

Elimistön ikääntyminen herkistää päihteiden vaikutuksille, riskikäyttö on yhteydessä fyysisiin ja psyykkisiin sairauksiin. Ikääntyneiden henkilöiden päihdehäiriöiden tunnistaminen on vaativaa ja alidiagnosointi tavallista, koska oireet voivat viitata esimerkiksi muistisairauteen tai masennukseen. Ikääntymiseen liittyy sopeutumishaasteita niin sosiaalisen ympäristön, roolien kuin oman toimintakyvynkin kannalta. Luopuminen työstä ja asemasta, fyysiset sairaudet sekä elämänpiirin ja sosiaalisten verkostojen kapeutuminen voivat aiheuttaa päihteiden käytölle altistavaa merkityksettömyyden, avuttomuuden ja turvattomuuden kokemusta.

Ikääntymisen myötä tapahtuvat osin yksilölliset muutokset lihasmassassa, maksan toiminnassa ja keskushermoston herkkyydessä altistavat päihteiden käytön lisääntyville riskeille. Alkoholin sietokyky heikkenee iän myötä lineaarisesti, ja siihen vaikuttavat myös sairaudet ja käytössä olevat lääkkeet, usein monilääkitys. Päihteiden käyttö lisää tapaturma-alttiutta ja sydän -ja verisuonitautien riski lisääntyy.

Päihdehäiriöt ovat yhteydessä muun muassa mielialahäiriöihin, unettomuuteen, ruuansulatusvaivoihin, huimaukseen, kognitio-ongelmiin ja sekavuuteen. Ikääntyneen päihdehäiriö voi vaikeutua nopeasti, heikentää hänen terveydentilaansa ja toimintakykyään ja siten lisätä hoivan tarvetta. Koska ikääntyneiden päihdehäiriön tunnistaminen on vaativaa, hoito viivästyy. Vaikka ikääntyneet hyötyvät heille suunnatuista päihdepalveluista, niitä on saatavilla rajallisesti.

Ikääntyneillä on usein elämänvaiheeseen liittyviä riskitekijöitä, jotka voivat altistaa päihdeongelmille. Tällaisia ovat aiemman päihdeongelman lisäksi muun muassa pitkäaikainen kipu, liikkumisen väheneminen, huonokuntoisuus, mielenterveyden häiriöt, yksinäisyys, eristäytyneisyys, vähäinen koettu sosiaalinen tuki, taloudelliset haasteet, muutokset elinolosuhteissa sekä niihin liittyvät toimimattomat sopeutumiskeinot ja välttely.

Lähteet: Duodecim 4/2024 Ikääntyneiden päihdehäiriöt ja riippuvuudet (22.2.2024), THL-opas; Puheeksiotto on ajan antamista ikääntyneelle, Hki 2022

5. Stimulanttiyliannostus - oireet ja akuuttihoito

I Stimulanttimyrkytyksen/yliannostuksen oireet

Amfetamiini, kokaiini ja ekstaasi luetaan stimulantteihin, jotka aktivoivat keskushermostoa vapauttamalla katekoliamiineja presynaptisista hermopäätteistä. Aineilla on sympatomimeettinen vaikutus, jolloin oireena esiintyy hypertermiaa, hypertensiota, rytmihäiriöitä, sepelvaltimoiden supistumisen aiheuttamaa sydänlihaksen hapenpuutetta ja kohonneen lihastonuksen myötä lihasvauriota eli rabdomyolyyysiä. Erityisesti ekstaasin käyttöön liittyy merkittävä hyponatremian ja serotoniinioireyhtymän riski.

Stimulanttimyrkytykseen liittyy kuoleman vaara ja potilaan kliininen tilanne saattaa äkillisesti heikentyä huolimatta tehohoidosta. Onneksi amfetamiinin kaltaisten stimulanttien aiheuttamien myrkytyskuolemien määrä on melko pieni. Suurin osa amfetamiinien käyttöön liittyvistä kuolemista on yliannostuskuolemien sijasta muita tapaturmia, jotka johtuvat riskinotosta ja arviointivirheistä.

Stimulanttimyrkytyksen/ yliannostuksen oireita ovat ainakin takykardia, hypertensio, hypertermia, hikoilu, mydriaasi, ahdistuneisuus, motorinen levottomuus, lihasjäykkyys ja hyperrefleksia. Lisäksi usein mainitaan kouristustaipumus ja tajuttomuus, sydämen rytmihäiriöt, bruksismi ja aistiharhat sekä paranoia.

II Luettele stimulanttimyrkytyksen/ yliannostuksen akuuttihoidon keskeiset toimet

Spesifistä amfetamiinimyrkytyksen vasta-ainetta ei ole. Lievän amfetamiinimyrkytyksen hoidoksi riittänevät nesteytys ja diatsepaami, mutta tutkimuksia aiheesta ei ole.

Vakavassa myrkytyksessä lasketaan kehon lämpötilaa viilentämällä, nesteytetään potilasta runsaasti ja huolehditaan suolatasapainosta. Hypertermian ja rhabdomyolyyisin uhkaan on kiinnitettävä erityistä huomiota.

Keskeisinä toimina stimulanttimyrkytyksessä on huomioitava kuolemanvaara elintoimintojen äkillisen romahtamisen takia, jonka takia tarvitaan sairaalatasoinen, usein tehohoito ja yleisanestesia. Vakavaa tilannetta lisää deliriumin vaara. Hoidossa on tärkeää edellä mainittujen lisäksi. Lääkehoitoina mainitaan ainakin bentsodiatsepiinit, haloperidoli, nitraatti, labetaloli ja aspiiriini.

Lähteet: Huume -ja lääkeriippuvuudet kirja (Amfetamiinimyrkytyksen ensihoito ja Huumeausaine- ja lääkelöydökset myrkytyskuolemista) ja Huumeongelmat – Käypä hoito ja Luento Päihdelääketieteen päivät 2024 James Boyd

6. Alkoholi ja ajoterveys

I Onko mahdollista säilyttää ajokortti, jos arvioitava ei sitoudu alkoholiriippuvuuden hoitoon ja seurantaan. Keskeiset huomiot.

Alkolukkoajokortti (alkolukolla valvottu ajo-oikeus) voidaan myöntää henkilölle, joka on epäiltynä rattijuopumuksesta tai törkeästä rattijuopumuksesta alkoholin takia. Jos on epäiltynä rattijuopumuksesta tai törkeästä rattijuopumuksesta (alkoholin perusteella), voi pyytää alkolukolla valvottua ajo-oikeutta. Valvottua ajo-oikeutta ei voi saada, jos on jo muusta syystä ajokiellossa tai vakinainen asuinpaikka ei ole Suomessa.

Kun hakee alkolukolla valvottua ajo-oikeutta, tulee toimittaa poliisille todistus lääkäriltä tai muulta terveydenhuollon ammattihenkilöltä käynnistä, jossa on keskusteltu päihteiden käytöstä, niiden terveysvaikutuksista ja hoitomahdollisuuksista.

Valvotun ajo-oikeuden koeajan päätyttyä alkolukkoajokortti palautetaan poliisille. Poliisi luovuttaa aikaisemman kortin takaisin.

Ajo-oikeuden terveysvaatimusten mukaan alkoholin jatkuva väärinkäyttö on pääsääntöisesti esteenä ajokorttiluvan myöntämiselle ja perusteena ajokortin peruuttamiselle. Jos ajokorttiin liitetään ehto, jonka mukaan saa kuljettaa ainoastaan alkolukolla varustettua ajoneuvoa, voidaan ajokorttilupa kuitenkin myöntää tai ajo-oikeus säilyttää. Lääkäri voi ehdottaa terveysperusteisen alkolukkoehdon lisäämistä ajokorttiin ennaltaehkäisevänä toimenä alkoholin jatkuvan väärinkäytön takia ajokiellon vaihtoehtona esimerkiksi lääkärin ollessa epävarma ajo-oikeuden perusteista tai vaikka alkoholiriippuvuutta ei todettaisikaan. Terveysperusteinen alkolukko myönnetään määräaikaisena (1–2 v), jona aikana pyritään jatkamaan päihdehoitoa ja arvioidaan päihdehäiriöstä toipumista.

Ajoterveysvaatimukset eivät kuitenkaan täyty, jos alkoholin käytöstä on aiheutunut pysyväisluonteisia ajokykyä haittaavia tai ajoturvallisuutta vaarantavia terveydentilan muutoksia, jotka vaikuttavat henkilön yleiseen toiminta-, havainnointi-, arvostelu- tai reagoitokykyyn taikka käyttäytymiseen, esim. alkoholin käytön aiheuttamat pysyvät elimelliset muutokset keskushermostoon tai tasapainoon, älyllisen toiminnan heikkeneminen tai persoonallisuuden muutokset. Näiden pysyvien muutosten vaikutusta ei voida poistaa käyttämällä terveysperusteista alkolukkoa.

II Jos potilas sitoutuu alkoholiriippuvuuden hoitoon ja seurantaan, niin miten toteutat seurannan?

Seuranta joko poliisiin määräämänä tai lääkärin aloitteesta. Arviointijakso ei pääsääntöisesti saisi kestää yli kolmea kuukautta.

Arvioon kuuluu:

- huolellinen esitietojen selvittäminen ja Audit-kysely
- kliininen tutkimus
- tarvittaessa laboratoriotutkimukset (alkoholin käyttö: B-PEth, S-CDT, S-GT, E-MCV, ja huume- ja lääkekäyttö: virtsan huume- ja lääkeseulat)
- tarvittaessa tilattavat potilasasiakirjat muista terveydenhuollon toimintayksiköistä

Lievisissä tapauksissa riittää alkuun lääkärin antama ajokielto ja sen jälkeen 3 kuukauden seuranta laboratorioskokeineen (esim. PVK, ALAT, ASAT, GT, CDT/DST sekä B-PEth) ja puhallutuksineen. Seurannan aikana henkilö tavataan säännöllisesti vastaanotolla 1-2 x/kk. Pääpaino tapaamisissa on lisätä henkilön ymmärrystä päihteiden vaikutuksesta ajokykyyn sekä korjata mahdollisesti vähättelevää tai myönteistä asennetta päihtyneenä ajamista kohtaan. Lisäksi tulisi tukea niiden toimintamallien vahvistumista, joiden avulla saavutetaan pysyvää muutosta.

Vaikeammissa tapauksissa on suositeltavaa antaa alkuun määräaikainen kielteinen lausunto ajokyvystä, minkä jälkeen 6 kk seuranta laboratorioskokeineen, puhallutuksineen ja säännöllisine tapaamisineen. Pääpaino tapaamisissa on haitallisen käyttäytymisen muuttaminen, tarkempi päihdeongelman diagnosointi sekä tarvittaessa hoitoon ohjaus. Seurantajakson jälkeen tulisi alkuun ajo-oikeutta puoltaa määräaikaisena 6-12 kuukautta kerrallaan. Aikaistettu ajoterveystarkastus merkitään Erikoisalan lääkärinlausunto - lomakkeelle (F127), kunnes on todennäköistä, ettei henkilö aja päihtyneenä.

Niin seuranta-aikana kuin sen jälkeen voidaan käyttää terveysperusteista alkolukkoa, myös kontrolloitu Antabus-hoito.

Lähteet: Traficom: Ajoterveyden arviointiohjeet terveydenhuollon ammattilaisille 4.11.2019;
Ajokorttidirektiivi 2006/126/EY; Ajokorttilaki 386/2011; Tieliikennelaki 729/2018