

Opioidikorvaushoidon käytännön opas

Oppaan laatineet:

Ylilääkäri, LT Margareeta Häkkinen A-klinikka Oy; osastonylilääkäri, dosentti Hanna Putkonen HUS; ylilääkäri, LL Outi Kuikanmäki Helsingin Diakonissalaitoksen Hoiva Oy; Vs päällikkö/ylilääkäri, LL Sirpa Kurkela Helsingin kaupunki; ylilääkäri LL Kaisa Kuurne Helsingin kaupunki ja ylilääkäri LT Kirsi Riihimäki Espoon kaupunki.

Tämän oppaan luonnoksen ovat lukeneet ja sitä kommentoineet Opioidikorvaushoidon edistämisyhdistys OKEY ry, Helena Vormo, Solja Niemelä, Mauri Aalto, Carola Fabritius, Satu Ek, Ainomaija Heiska-Johansson, Hanna Kahila, Anniina Koski, Erja Kuru, Jonna Levola, Maija Niemi, Markus Partanen, Mika Rautanen, Liisa Räisänen, Pekka Tani, Meri Vehko, Kati Vesterinen.

Oppaan toimittanut:

Saara Halme, HYKS Psykiatria

Sisällys

1. JOHDANTO	4
OPPAAN KÄYTTÖTARKOITUS	4
KORVAUSHOIDON YLEISET PERIAATTEET	4
2. HOIDON TARPEEN ARVIOINTI.....	6
MILLOIN KORVAUSHOIDON TARVETTA PITÄISI ARVIOIDA?	6
MITEN KORVAUSHOIDON TARVETTA ARVIOIDAAN?.....	6
OPIOIDIRIIPPUUUS.....	7
MITEN MÄÄRITELLÄÄN VIEROITTAUTUMISEN EPÄONNISTUMINEN?.....	8
MUITA HUOMIOITAVIA SEIKKOJA	9
3. HOITOSUUNNITELMA	12
KORVAUSHOIDON TAVOITTEET, HOITOMUODON VALINTA.....	12
SOMAATTISET SAIRAUDET	13
PSYKIATRISET SAIRAUDET	13
PÄIHTEIDEN KÄYTTÖ JA MUUT RIIPPUVUUDET.....	14
SOSIAALINEN TILANNE	14
4. KORVAUSHOITOLÄÄKITYS	15
KORVAUSHOITOLÄÄKKEEN VALINTA.....	15
BUPRENORFIINI.....	15
METADONI	16
KORVAUSHOITOLÄÄKITYKSEN PROSESSI.....	16
SOPIMUKSET	17
5. HOIDON TOTEUTUS JA SEURANTA	19
ANNOKSEN MÄÄRITTÄMINEN.....	19
PÄIHTYMYSARVIO	19
VÄLIPÄIVÄT	20
KOTIANNOKSET.....	20
HUUMETESTIEN ROOLI JA SEULOMISKÄYTÄNNÖT.....	21
OMAHOITAJA JA MUU HOITOHENKILÖKUNTA	22
SUHTAUTUMINEN UHKAAVAAN KÄYTTÖKSEEN	22
KUNTOUTTAVAT PALVELUT JA VIEROITUSHOITO	23
6. OHEISKÄYTTÖ.....	25
HUUMEET.....	25
ALKOHOLI	25
BENTSODIATSEPIINIT	25
MUUT LÄÄKKEET	27
7. FYYSINEN & PSYKKINEN TERVEYS	28
FYYSINEN TERVEYS.....	28
PSYKKINEN TERVEYS	30
AJOTERVEYS	31
8. RASKAUS JA HUUMEIDEN KÄYTTÖ	32

KORVAUSHOITOPOTILAAN RASKAUS	32
9. KORVAUSHOIDON LOPETTAMINEN	33
KORVAUSHOIDON LOPETUS POTILAAN ALOITTEESTA.....	33
KORVAUSHOIDON LOPETUS HOITOYKSIKÖN ALOITTEESTA	34
10. LOPUKSI & KIRJALLISUUS	35
KIRJALLISUUS.....	35

1. Johdanto

Oppaan käyttötarkoitus

Opas johdattaa opioidikorvaushoidon teemaan. Se sisältää hyödyllistä tietoa koko opioidikorvaushoidon prosessista - sen arviota harkittaessa, arviota tehtäessä, hoidon aikana sekä hoidon lopettamista harkittaessa.

Tämä käytännön käsikirja täydentää mm. [Huumeongelman hoidon Käypä hoito -suositukset](#) sekä lainsäädäntöä.

Opas on tarkoitettu ammattilaisten käyttöön, mutta avoimuuden ja läpinäkyvyyden vuoksi se on kaikkien luettavissa.

Opas on tarkoitettu käytettäväksi koko opioidikorvaushoidon prosessissa:

- sen arviota harkittaessa
- arviota tehtäessä
- hoidon aikana sekä
- hoidon lopettamista harkittaessa.

Kaikeaa ei käsitellä yksityiskohtaisesti, tämä ei esimerkiksi ole diagnostiikka- tai lääkitysopas. Tämä ei myöskään ole lakiopas, eikä käsittele riippuvuusongelmien epidemiologiaa, neurobiologiaa tms. Vastuun hoidosta kantaa aina hoitava lääkäri ja hoidon järjestävä organisaatio.

Opas perustuu pääkaupunkiseudulla havaittuihin hyviin toimintatapoihin. Pääkaupunkiseudulla tarkoitetaan tässä Helsingin, Espoon, Vantaan, Kauniaisten ja muita Uudenmaan alueita HUS-kuntayhtymää vastaten sekä julkisen että yksityisen terveydenhuollon palveluissa. Oppaan ajatuksia ja linjauksia voidaan soveltaa kaikkialla Suomessa, mutta toimintamalleja voi joutua hiomaan paikallisiin prosesseihin paremmin sopiviksi.

Korvaushoidolla tarkoitetaan tässä opioidikorvaushoitoa.

Tämän oppaan alkuperäiset kirjoittajat tai heidän seuraajansa tarkistavat oppaan ajantasaisuuden vähintään vuosittain ja päivittävät sitä aina tarpeen mukaan. Jos katsot, että jotain oppaasta täytyy seuraavassa päivytyksessä täsmentää, ota yhteyttä kirjoittajiin: hanna.putkonen@hus.fi tai margareeta.hakkinen@a-klinikka.fi.

Korvaushoidon yleiset periaatteet

Opioidiriippuvuus on pitkäaikainen, usein uusiva sairaus, johon tulee suhtautua samoin kuin muihinkin pitkäaikaissairauksiin, kuten esimerkiksi astma tai diabetes. Opioidiriippuvuuden korvaushoito on tällaisen pitkäaikaissairauden hoitoa siinä missä muutkin hoidot.

Korvaushoito on lääketieteellistä hoitoa, joten perustelut hoidolle, hoidossa käytettäville menetelmille sekä hoidossa tehtäville muutoksille ovat hoidollisia ja lääketieteellisiä. Hoitopäätökset eivät koskaan voi olla rangaistuksellisia.

Opioidikorvaushoitoarvio tulee tehdä kaikille opioidiriippuvaisille asuinpaikasta riippumatta. Opioidikorvaushoitoa tulee tarjota hoitotakuun rajoissa tilanteissa, joissa korvaushoidon kriteerit täyttyvät (Käypä hoito-suositus).

Henkilöt, joilla on riippuvuussairaus, tulee diagnosoida huolella. Hoidon tarpeen arvioinnissa tulee huomioida opioidiriippuvuuden lisäksi myös muiden päihteiden käyttöhäiriöt sekä somaattinen ja psykiatrinen oheissairastavuus. Hoidon tulee olla riittävään tutkimusnäyttöön perustuvaa. Hoidon tulee aina perustua yksilölliseen, potilaan kanssa laadittuun hoitosuunnitelmaan, jossa määritellään hoidon tavoitteet, biologinen ja psykososiaalinen hoito, kuntoutus ja seuranta.

"Korvaushoidon tavoitteena on estää tai merkittävästi pienentää laittomien opioidien käyttöä, rikollisuutta ja suonensisäiseen käyttöön ja yliannostukseen liittyviä riskejä ja mahdollistaa riippuvuuksien hoito ja psykososiaalinen kuntoutus." ([Käypä hoito -suositus](#))

"Korvaushoito...saadaan aloittaa sellaiselle opioidiriippuvaiselle potilaalle, joka ei ole vieroittunut opioideista. Korvaushoidon tavoite tulee selvittää hoitoa aloitettaessa ja tavoitetta tulee tarvittaessa tarkistaa. Haittojen vähentämisen tulee olla tavoitteena erityisesti henkilöillä, joita ei todennäköisesti saada lopettamaan kokonaan huumeiden käyttöä, mutta joiden kohdalla voidaan todennäköisesti ehkäistä tartuntatautien leviämistä ja muita terveyshaittoja ja joiden elämän laatua voidaan siten parantaa ja joita voidaan valmentaa vaativampaan kuntouttavaan korvaushoitoon." ([Korvaushoitoasetus 33/2008](#))

Jo korvaushoitoa suunniteltaessa sen mahdollisesti aloittavalle henkilölle on kerrottava kaikista hoitoon liittyvistä seikoista avoimesti ja ymmärrettävästi. Potilaalle tulee antaa myös kirjallista tietoa. Se, mitä hoitoon pääsystä (hoitotakuu) säädetään terveydenhuoltolaissa, koskee myös korvaushoidon aloitusta.

Päihderiippuvuuksiin liittyvän stigmatisaation vuoksi potilaiden kunnioittavaan kohteluun ja heidän osallisuuteensa tulee kiinnittää erityistä huomiota. Käytettyyn kieleen tulee suhtautua erityisellä huolellisuudella. Leimaavaa kieltä ei tule käyttää.

2. Hoidon tarpeen arviointi

Milloin korvaushoidon tarvetta pitäisi arvioida?

Opioidikorvaushoitoarvioon ohjaamista suositellaan kaikille opioideja riippuvuustasoisesti käyttäville. Mikäli opioideja käyttävä henkilö missä tahansa terveyspalveluissa ilmaisee toivovansa korvaushoitoa tai pohtii sen mahdollisuutta, kannattaa hänet lähettää korvaushoitoarvioon matalalla kynnyksellä. Lähetearvioon on tarpeen etenkin silloin, kun käytöstä on jo aiheutunut vakavia haittoja, esimerkiksi terveyshaittoja tai sosiaalisia tai oikeudellisia ongelmia. Jo lähettävän tahon kannattaa motivoida henkilöä asiallisen tiedon kera. Tietoa on saatavilla mm. [Päihdelinkki](#)-verkkosivustolta.

Korvaushoitoarvioon ohjaamista suositellaan myös niille opioideja riippuvuustasoisesti käyttäville, jotka eivät itse aktiivisesti osaa arviointia toivoa. Etenkin päihdehuollon kontakteissa on syytä keskustella korvaushoidon mahdollisuudesta ja korvaushoidon käytännön toteutuksesta.

Lähetearvioon korvaushoidon tarpeen arviointiin ei automaattisesti tarkoita sitä, että korvaushoito aloitetaan. Arvioprosessissa arvioidaan, täytyvätkö opioidiriippuvuuden diagnostiset kriteerit ajankohtaisesti, pohditaan kaikki hoitovaihtoehdot ja valitaan kutakin henkilöä parhaiten tukeva hoito. Jos kaikki korvaushoidon tarpeen arviointit johtavat myönteiseen päätökseen, kynnys arvioon lähettämiseen on todennäköisesti liian tiukka.

Lähetteessä on olennaista huomioida seuraavat asiat:

- Ajankohtainen päihdeanamneesi
- Päihdehistoria pääpiirteissään
- On suositeltavaa kuvata, kuinka moni ICD-10 opioidiriippuvuuden kriteereistä täyttyy, esim. "opioidiriippuvuuden kriteereistä täyttyy 6/6" (ks alla kohta Opioidiriippuvuus)
- On suositeltavaa, että riippuvuuden vaikeusastetta arvioidaan systemaattisesti Päihderiippuvuuden vakavuuden arviointiasteikko, SDS -itsearviolomakkein
- Tiedot mahdollisista vieroitusjaksoista, aiemmista psykiatrisista tutkimus- ja hoitokaksoista voidaan lisätä liitteinä
- Päihderiippuvuutta todentavaa tietoa, esimerkiksi seulatuloksia, käytitestejä päihdeklinalta tai terveydenhuollosta voidaan lisätä liitteinä

Tiedot aiemmista vaiheista ovat olennaisia arviointijakson käynnistyessä, mutta niiden puuttuminen ei ole este lähetteen tekemiselle eikä niiden hankinnan tule viivästyttää kohtuuttomasti lähetteen tekemistä. Tarvittaessa ne voidaan kerätä myös arviointijaksolla. Mikäli arvioprosessi on tarkoitus toteuttaa laitoshoidossa, mahdolliset liitteet on hyvä toimittaa lähetteen mukana, jottei niiden hankkiminen viivästyttä arviota.

Miten korvaushoidon tarvetta arvioidaan?

Korvaushoidon tarve arvioidaan huolella yksilöllisin perustein. Arviot tehdään lähtökohtaisesti polikliinisesti.

Arvio voidaan tehdä laitosesuhteissa, jos:

- henkilöllä on runsasta sekakäyttöä
- henkilöllä on arvioon tai aloitukseen ja sen turvallisuuteen vaikuttava vaikea psykiatrinen tai somaattinen oheissairaus

- henkilöllä on korkea-annoksinen bentsodiatsepiiniriippuvuus
- henkilö ei pysty asioimaan poliklinikalla riittävän usein tai
- aiemmista kokemuksista tiedetään, ettei avohoito onnistu.

Korvaushoito saadaan aloittaa sellaiselle opioidiriippuvaiselle potilaalle, joka ei ole vieroittunut opioideista.

Arvioissa on suositeltavaa käyttää strukutroituja instrumentteja. Esim. European Addiction Severity Index eli EuropaSI olisi hyvä tehdä kaikille opioidikorvaushoitoarvion yhteydessä kautta Suomen. Diagnostiikan tukena voidaan käyttää myös semistrukturoitua [PRISM](#)-haastattelua (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders), jos yksikössä on tämän käyttöön valmius.

Opioidiriippuvuus

Opioidiriippuvuus on edellytys korvaushoidolle. Opioidiriippuvuus määritellään kulloinkin käytössä olevan diagnoosijärjestelmän kriteerein, ja niiden tulee täytyä. Tällä hetkellä Suomessa virallisesti käytössä oleva tautiluokitus on [ICD-10](#). Sen mukaiset kriteerit esitetään alla.

F11.2 Opioidien käytön aiheuttama riippuvuusoireyhtymä

Vähintään kolme seuraavista on todettu yhtäaikaaisesti vähintään kuukauden ajan, tai mikäli jaksot ovat lyhyempiä, toistuvasti viimeksi kuluneen vuoden aikana:

1. Voimakas halu tai pakonomainen tarve käyttää ainetta
2. Kyky kontrolloida aineen käytön aloittamista ja lopettamista tai käytettävän aineen määrää on heikentynyt. Tällöin ainetta käytetään usein suurempia määriä tai pidemmän ajan kuin oli tarkoitus, todetaan jatkuva halu aineen käyttöön tai yritykset vähentää tai kontrolloida aineen käyttöä epäonnistuvat.
3. Fysiologinen vieroitusoireisto, kun aineen käyttö loppuu tai vähenee, mistä on osoituksena aineelle tyyppilliset vieroitusoireet. Vähintään kolme seuraavista:
 - opioidipäihteen himo
 - nenäeritteet ja aivastelu
 - kyynelvuoto
 - lihassäryt tai kouristukset
 - suoliston kouristukset
 - pahoinvointi tai oksentelu
 - ripuli
 - pupillien laajentuminen
 - ihokarvat nousevat pystyyn tai toistuvia vilunväristyksiä
 - sydämentykytys tai kohonnut verenpaine
 - haukottelu
 - nukkuminen on levotonta tai
 - henkilöllä on saman tai läheisesti sukua olevan aineen käyttöä vieroitusoireiden vähentämiseksi tai välttämiseksi.
4. Osoitus sietokyvyn kasvusta; tarvitaan esimerkiksi selvästi aikaisempaa suurempia annoksia päihtymistilan tai toivotun vaikutuksen saavuttamiseksi tai aineen käyttöä seuraa selvästi aiempaa heikompi vaikutus, kun käytetään ainetta jatkuvasti samalla annoksella. Esimerkiksi opioidiriippuvaiset henkilöt voivat käyttää niin suuria päiväannoksia, että ne voisivat lamaannuttaa tai tappa sietokyvyltään normaalin henkilön.

5. Keskittyminen aineen käyttöön, mikä ilmenee muiden tärkeiden mielihyvän lähteiden tai kiinnostuksen kohteiden laiminlyöntinä tai siten, että aikaa kuluu runsaasti aineen hankkimiseen, käyttämiseen tai sen vaikutuksista toipumiseen.
6. Aineen jatkuva käyttö huolimatta sen selvästi haitallisista seurauksista, mistä osoituksena on käytön jatkuminen, vaikka henkilö on tietoinen haitan luonteesta ja suuruudesta. Hän on esimerkiksi tietoinen siitä, että opiaattien suonensisäiseen käyttöön liittyy lisääntynyt infektio- sekä yliannoskuoleman riski. On syytä varmistaa, että käyttäjällä todella on tietoa haitan luonteesta ja laajuudesta.

Riippuvuus voidaan todentaa esimerkiksi potilasasiakirjoista. Opioidien käytön lopettamisvaiheessa todettu vieroitusoireisto vahvistaa riippuvuusarviota. Jos on kirjattu useita opioidiposiivisia huumeaseuloja, on selvää, että opioideja on toistuvasti käytetty. Jos käytettävissä on vain potilaan kertomus käyttöjakson pituudesta, yritetään saada tietoa käytöstä riippuvuusdiagnoosin tueksi myös muun muassa päivystysyksiköiden teksteistä (esim. pistosinfektiot) tai vankiterveydenhuollon kirjauksista. Myös omaisilta pyritään saamaan esitietoja.

Pelkän oman kertoman lisäksi tarvitaan objektiivista näyttöä riippuvuudesta. Jos muuta näyttöä ei ole, voidaan esimerkiksi arvioida, ilmaantuuko potilaalle vieroitusoireita opioidin lopettamisyrityksen yhteydessä. Myöskin opioidiriippuvuus saatetaan pystyä varmentamaan säännöllisessä huumeaseurannassa, jonka varsinainen tarkoitus on kuitenkin kokonaiskuvan saaminen henkilön käyttämistä aineista. Joissain tapauksissa myös ympärivuorokautinen laitosjakso voi olla hyödyllinen.

Pelkkä todennettu opioidiriippuvuus ei riitä korvaushoidon aloittamiseksi. Jos riippuvuus on kestänyt vain lyhyen aikaa, esim. alle vuoden, potilaan kokonaistilanne ei ole kovin kaoottinen eikä hänellä ole esimerkiksi merkittävää kognitiivisen tason laskua tai muuta ennustetta heikentävää lisätekijää, vieroittautuminen ja sen tukeminen voi olla korvaushoitoa suositeltavampaa. Vieroitushoito on kuitenkin onnistuessaan elämää vähemmän rajoittava vaihtoehto.

Miten määritellään vieroittautumisen epäonnistuminen?

Tiettyjä ennalta määrättyjä vieroitusjaksojen määriä tai pituuksia ei voida pitää korvaushoidon vaatimuksina. Arvioiden tulisi kuitenkin olla riittävän tasalaatuiset yhdenvertaisuuden varmistamiseksi. Olennaista on se, että henkilön riippuvuus on niin vaikea, ettei vieroittautuminen onnistu.

Vieroitusyritys tulee suhteuttaa potilaan kokonaistilanteeseen ja käytön kestoan. Henkilö, jolla on takanaan useiden vuosien tai vuosikymmenten käyttö ja muutenkin komplisoitunut tilanne sekä mahdollisesti huono psyykinen tai somaattinen terveydentila, vieroittautuu vähemmän todennäköisesti kuin lyhyemmän aikaa käyttänyt henkilö, jolle vieroittautuminen voi olla parempi vaihtoehto kuin korvaushoito.

Yksittäisissä tapauksissa, esimerkiksi silloin kun henkilöllä ei ole vahvaa yhteyttä päihteidenkäyttöä vahvistavaan sosiaaliseen piiriin, muu kuin laitosvieroitus voi tulla kyseeseen. Esimerkiksi valvottu muutaman viikon avokatkaisujakso voidaan katsoa riittäväksi etenkin, jos potilas on työssäkäyvä tai muuten hyvin motivoitunut ja kun muu elämäntilanne on kyllin tasainen. Toisaalta loppuunviety vieroitusjakso ei voi olla edellytys korvaushoidolle. Jos potilas jatkaa käyttöä uudelleen fyysisten vieroitusoireiden väistyttyä, psyykkisen riippuvuuskomponentin voi arvioida olevan niin vahva, että voidaan ajatella korvaushoitoa. Toisaalta myöskään vieroitusoireettomaan tilaan pääseminen ei voi olla vaatimus. Jos siihen ei pääse, tämä saattaa pikemminkin kuvata korvaushoidon tarvetta.

Vieroitushoidossa dokumentoidaan vieroitusoireet, oireita lääkitään oireenmukaisesti, potilasta motivoidaan jatkamaan vieroitusta ja tarjotaan muutakin apua. Avohoidossa voidaan esim. sopia yhteydenottomahdollisuuksista tuen ja neuvojen saamiseksi sekä mahdollisuudesta vaihtaa laitosvieroitukseen.

Jos henkilö asianmukaisesti vieroitusoireiden hoidosta ja kannustuksesta huolimatta jatkaa opioidien käyttöä, voidaan ajatella, että vieroittautuminen ei onnistu ja korvaushoito on parempi vaihtoehto.

Vieroitusoireiden ilmaantuminen tulee varmistaa ja vieroitusoireiden voimakkuutta seurataan mittarein (esim. OOWS, SOWS). Vieroitusoireiden merkkejä ovat: laajentuneet pupillit, iho "kananlihalla", vapina, ripuli, oksentelu, hikoilu, haukottelu, vuotava nenä, kyynelvuoto, kuume, takykardia, hypertensio. Subjektivisia kokemuksia voivat olla: aineenhimo, ahdistuneisuus, masentuneisuus, ärtyneisyys, heikotus, unettomuus, kuumat tai kylmät aallot, lihas- ja nivelkivut, lihasnykäykset, pahoinvointi, desorientaatio ja levottomuus.

Jokaisen kohdalla vieroittautumisen mahdollisuuksia arvioidaan erikseen. Arviossa huomioidaan koko elämäntilanne, työ tai opiskelu, asuminen, perhetilanne ja muu sosiaalinen tilanne. Arviota varten tarkistetaan aiemmat sairauskertomusmerkinnät, löytyykö viitteitä käytöstä, pistosinfektioita tai seulatuloksia. Psykiatrinen sairaus, esimerkiksi ahdistuneisuus tai traumat, täytyisi yrittää hoitaa erityisesti, kun henkilö on nuori tai jos käyttöhistorian pituus on lyhyt tai epäselvä. Esimerkiksi ahdistuneisuushäiriöitä voidaan hoitaa lääkehoidon lisäksi kognitiivisella käyttäytymisterapialla joko yksilö- tai ryhmäterapiana. Korvaushoidon aloittaminen ei edellytä, että muut sairaudet olisi hoidettu tai edes diagnosoitu kattavasti ennen korvaushoitopäätöstä, vaan potilaat ohjataan tarvittaessa samanaikaisesti korvaushoidon aloituksen kanssa tarkentaviin tutkimuksiin ja hoitoon.

Voidaan myös pohtia, onko väärin aloittaa korvaushoito matalalla kynnyksellä niille, joilla on todennettu opioidiriippuvuus, mutta ei ole kattavasti dokumentoituja vieroittautumisyrityksiä. Iatrogenista riippuvuutta ei pidä aiheuttaa, mutta jos seurannassa ilmenee, että hoito on aloitettu liian matalalla kynnyksellä, suunnitellaan asianmukainen vieroitus ja tarpeenmukainen jatkohoito. Kynnys korvaushoidon aloittamiseen ei saa olla liian korkea, sillä maassamme on edelleen iso joukko henkilöitä, jotka ovat riippuvaisia opioideista ja hoidon tarpeessa, mutta eivät ole korvaushoidossa. Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskuksen (EMCDDA) [raportin](#) mukaan Suomessa vain noin kolmannes ns. suuren riskin opioidien käyttäjistä on korvaushoidossa. Korvaushoitoon pitäisi päästä nykyistä nopeammin, sillä jokainen vuosi hoidon ulkopuolella heikentää opioidiriippuvaisen henkilön kokonaisennustetta. Korvaushoidon arviointiin ja aloitukseen saapuvien henkilöiden motivointiin on panostettava erityisellä huolella.

Muita huomioitavia seikkoja

Arviointijakson pituus

Arviointijakson pituuden tulee olla tarpeenmukainen. Jos henkilö esimerkiksi käy sovitusti kaikilla käynneillä, arviojakso voi olla lyhyempi kuin niillä, jotka ovat välillä poissa tuoden arvioon epävarmuustekijöitä. Jos käynnit toteutuvat sovitusti, tulisi yksiköiden voida tarjota viikoittaiset arviokäynnit. Kuitenkin on aktiivisesti tavoiteltava myös syrjäytyneempiä käyttäjiä, joille arviointiajoille tuleminen tuottaa haasteita.

Oheisriippuvuudet

Oheisriippuvuudet eivät ole este korvaushoidolle. Niiden osalta potilaalle tarjotaan aktiivisesti laitosvieroitusta, joka voidaan tehdä laitosaloituksen kanssa yhtä aikaa. Olennaista on arvioida, onko turvallista aloittaa korvaushoito vai onko tarpeen ensin vieroittaa tai ainakin aloittaa esim. bentsodiatsepiinivieroitus tai disulfiraami (Antabus).

Mikäli potilas ei motivoitu oheiskäytön vieroitukseen, aloitetaan korvaushoito ja palataan muiden vieroitusten suunnitteluun, kun potilas on vieroittautumiseen motivoitunut. Jotkut motivoituvat korvaushoidon alussa kokonaisvaltaiseen elämänmuutokseen ja vieroittautumiseen kaikista päihteistä, joillekin monta samanaikaisesti tulevaa asiaa on liikaa. Korvaushoitolääkkeen annoksessa ja annostelussa huomioidaan mahdollinen oheiskäyttö lääketurvallisuuden kannalta. Mikäli potilas esimerkiksi aikoo jatkaa bentsodiatsepiinien käyttöä, vaikka vieroittautuminen katsotaan lääketieteellisesti perustelluksi, korvaushoidon yhteydessä ei klinikalta määrätä hänelle bentsodiatsepiinilääkitystä, vaan tarjotaan aktiivisesti vieroitusta. Vieroitus voi olla joko polikliininen, esim. apteekkisopimuksen turvin, tai laitosmuotoinen.

Jos asianmukaista bentsodiatsepiinivieroitusta on yritetty, tästä on olemassa dokumentaatio eivätkä yritykset toistettuinakaan ole onnistuneet eikä bentsodiatsepiinilääkityksestä ole todettavissa selkeitä haittoja eikä lääketurvallisuusriskiä, voidaan harkita pieniannoksista bentsodiatsepiinilääkitystä. Mikäli bentsodiatsepiinilääkitykseen päädytään, arvioidaan tilannetta säännöllisin väliajoin ja tehdään selkeä suunnitelma potilaan kanssa siitä, mitkä asiat johtavat lääkeyksen lopetuksen harkintaan. Bentsodiatsepiinilääkitystä ei suositella henkilöille, joilla on antisosiaalinen tai epävakaa persoonallisuushäiriö. Katso myös [Käypä hoito](#) -suositus.

Työntekijän tehtävä on motivoida potilasta, henkilökunnan tulee työskennellä potilaan ambivalenssin kanssa. On huomattava, että hoitoon pääsy voi myös motivoida potilasta ja antaa kaikkeen hoitoon entistä paremmat edellytykset.

Potilaan syyt korvaushoitoon hakeutumiseen

Arvion aikana tulee keskustella potilaan kanssa siitä, miksi hän hakeutuu korvaushoitoon ja ovatko hänen käsityksensä hoidosta oikeat. Korvaushoito on myös raskasta ja sitovaa päivittäisine klinikalla käynteineen. Monet potilaat kertovat, että he ovat väsyneitä vanhaan elämäntapaan ja haluavat todellisen muutoksen. Toisaalta on myös niitä, jotka eivät tuo esiin selkeää omaa motivaatiota hoitoon, vaan ovat esim. lastensuojelun ohjaamia. Joskus mietityttää kysymys, kuinka paljon omaa motivaatiota tarvitaan, ja jos ei ole motivoitunut, johtaako se riskiin, että potilas esimerkiksi tulee korvaushoitoon vain myydäkseen lääkkeensä, vaikka aikoo jatkaa käyttöä. Kuitenkin on niin, että kaikille kriteerit täyttävälle tulee tarjota hoitoa ja motivaation luominen on myös hoidon tehtävä. Hoitoa valvotaan tarkkaan, joten väärinkäytökset tulevat seurannassa esille. Kynnys hoitoon tai arvioprosessiin ottamiseen ei saa olla liian korkea.

Oheissairauksien tutkiminen

Tarkemmat psykiatriset ja somaattiset tutkimukset ja diagnostiikka voidaan tehdä korvaushoidon arviointiprosessin aikana, mikäli potilaan vointi ja tilanne sen mahdollistaa. Potilaan hoitohistoria, päihteidenkäyttö- ja oirehistoria ovat kerättävissä ja tutkittavissa korvaushoitoarvion aikana, mutta kaoottinen tilanne tai vaikea oheiskäyttö voivat estää tai hidastaa kattavien haastattelujen toteuttamista, jolloin hoito voidaan aloittaa, kun riippuvuus on varmistunut.

Kuitenkin hoidon kannalta olennaiset välittömästi hoitoon vaikuttavat samanaikaissairaudet tulisi tunnistaa, esim. muut riippuvuudet, toimintakyvyttömyyttä, itsetuhoisuutta tai väkivaltaisuutta aiheuttavat psykiatriset tilat ja akuutit somaattiset ongelmat. Jos asiakirjojen perusteella on epäiltävissä merkittävä psykiatrinen tai somaattinen samanaikaissairastavuus, hoito olisi hyvä aloittaa erityistasolla. Kun korvaushoidon myötä tilanne on stabiloitunut, on tärkeää selvittää tarkempi diagnostiikka ja suunnitella oheissairauksien hoito esim. konsultaatioiden tuella. Hoitoketjujen toimivuus tulee varmistaa, jotta tämä varmasti toteutuu.

3. Hoitosuunnitelma

Hoitosuunnitelma laaditaan arviojakson päätteeksi ja sitä päivitetään hoidon alkamisen jälkeen vähintään puolivuositain, tai tilanteiden muuttuessa tarpeen mukaan useammin. Viimeistään kahden vuoden kuluttua tehdään laajempi arvio tilanteesta ja arvion mukaiset jatkosuunnitelmat. Avuksi voi käyttää esim. EuropASI -arviota. Lyhyen aikavälin tavoitteet ja pitkäaikaistavoitteet kirjataan yksilöllisesti potilaan omista lähtökohdista käsin ja niiden toteutumista seurataan. Jos tavoitteet eivät ole toteutuneet, mietitään yhdessä potilaan kanssa, kuinka hoitoa voisi tehostaa.

Yleistavoitteina ovat päihteettömyyden vahvistuminen ja elämänhallinnan ja -laadun kohentuminen. Näitä kohti edetään pienillä, potilaslähtöisillä osatavoitteilla. Hoito voi perustua toipumisorientaatioon, voimavarakeskeisyyteen, osallisuuteen ja vertaisuuteen. Toipumispolut muovautuvat yksilöllisesti ja niihin liittyy merkityksellisyyden ja toiveikkuuden kokemukset sekä myönteisten voimavarojen kasvattaminen. Osallisuudella ja yhteisöön liittymisellä on keskeinen asema toipumisorientaatiossa.

Hoitosuunnitelmaa tehtäessä arvioidaan, tarvitaanko diagnostiikan tarkennusta tai muuta hoitoa, mikä hoidossa on toiminut, mitä tulee tehostaa. Kaiken hoidon tulisi perustua motivoivaan potilaskeskeisen työotteeseen. Hoitosuunnitelmaan tulee sisältyä myös psykososiaalisen hoidon suunnitelma. Perhetyö on olennainen osa hoitoa.

Korvaushoidon tavoitteet, hoitomuodon valinta

Kuntoutustavoitteiden sisältö, aikataulu ja taso määrittyvät hoidon edetessä.

Korvaushoito voidaan luokitella kuntouttavaan ja haittoja vähentävään. Molemmassa hoitoluokissa hoitoon kuuluu jatkuva motivointi ja yksilöllinen päihdetyö. Tarvittaessa suunnitellaan psykiatrinen arvio ja hoito. Taudinkuvan vakavuuden ja luonteen sekä potilaan ajankohtaisen tilanteen perusteella arvioidaan sillä hetkellä sopivin hoitotavoite ja –muoto, jota arvioidaan määräjain. Hoitomuotojen välillä liikkuminen tulee tehdä mahdollisimman joustavaksi. Aina ei ole tarvetta ehdottomaan kaksijakoisuuteen.

Hoitosuunnitelman yhteydessä arvioidaan kuntoutumisen edellytyksiä ja kuntouttavan korvaushoidon mahdollisuutta. Jos potilaan vointia komplisoi psykiatrinen tai somaattinen sairaus tai oireilu, täytyy huolehtia siitä, että potilas saa tarvitsemansa diagnostiikan ja siihen sopivan hoidon. Lisäksi suunnitellaan sosiaalinen kuntoutus ja mielekäs tekeminen päihteidenkäytön tilalle.

Kuntouttava hoito

Kuntouttavan hoidon tavoite on kuntoutuminen ja päihteiden käytön lopettaminen. Kuntouttava hoito voi jatkua, kun päihteettömyys edistyy ja henkilöllä on riittävästi omaa motivaatiota ja kykyä tavoitella hoidon tavoitteita.

Käytännön ongelman muodostaa usein kannabis, varsinkin, jos siihen suhtaudutaan hyvin tiukasti kuntouttavassa korvaushoidossa. Jos potilas ei halua luopua kannabiksesta ja jos se estää esimerkiksi kotiannosten saamisen, hän saattaa haluta siirtyä haittoja vähentävään korvaushoitoon, jossa kannabiksen käyttöä ei seulota eikä se ole este kotiannoksille. Potilaan tilannetta tulisi tässäkin pohtia kokonaisvaltaisesti. Mikäli potilas hyötyy kuntouttavasta hoito-otteesta, kannabiksen käytön ei pidä olla este kuntouttavassa hoidossa pysymiselle.

Haittoja vähentävä hoito

Haittoja vähentävän hoidon tavoite on päihdehaittojen vähentäminen ja elämänlaadun paraneminen. Haittoja vähentävässä hoidossa potilaalla ei ole valmiuksia täyteen päihdeettömyyteen, mutta hän kuitenkin hyötyy opioidiriippuvuuden korvaushoidosta. Esimerkiksi kognitiiviset vaikeudet tai vaikea persoonallisuushäiriö voivat haitata kuntoutumista. Potilaalla voi myös olla psyykinen tai somaattinen sairaus, jonka hoidon toteutumista ja hoitoon sitoutumista korvaushoito tukee tai joiden hoitotasapaino huonontuisi merkittävästi korvaushoidon ulkopuolella. Haittoja vähentävässä hoidossa päihdeongelma on usein vakavampi, joten varsinaista päihdehoitoa ja tukea tarvitaan enemmän kuin kuntouttavassa hoidossa.

Haittoja vähentävästä hoidosta täytyy olla aina mahdollisuus siirtyä takaisin kuntouttavaan korvaushoitoon ja tähän pitää kannustaa ja valmentaa. Haittoja vähentävässä korvaushoidossa hoitosuunnitelmaan tulee kuulua mielekäs tekeminen ja arjen hallinnan suunnittelu.

Somaattiset sairaudet

Arvioidaan somaattiset ongelmat, kuten kroonisten pitkäaikaissairauksien hoito, niiden hoitoon ja tutkimuksiin sitoutuminen, veriteitse tarttuneiden infektioitautien testaus ja hoitaminen, hammashoito, oma terveyden haltuunotto. Suunnitellaan raskaudenehkäisy aina, kun se on tarpeen. Potilaita opastetaan ja motivoidaan terveellisempien elämäntapojen noudattamiseen. Somaattisista sairauksista voit lukea tarkemmin oppaan kohdasta [fyysinen & psyykinen terveys](#).

Psykiatriset sairaudet

Päihteen käyttö saattaa aiheuttaa mielenterveyshäiriöiden oireiden kaltaisia oireita, kuten unihäiriöitä, ahdistuneisuus- tai mielialaoireita, jotka eivät johdu mielenterveyshäiriöstä, vaan korjautuvat päihteen käytön vähentämisellä tai lopettamisella. On tärkeää erottaa nämä itsenäisistä mielenterveyshäiriöistä ylihoidon välttämiseksi.

Päihheet saattavat pahentaa psykiatristen sairauksien oireita ja toisaalta vaikuttaa mahdolliseen lääketai muuhun hoitoon. Psykiatrinen sairaus tai psyykinen oireilu saattavat vaikuttaa päihteen käyttämiseen. Jos henkilöllä on samanaikainen psykiatrinen sairaus, sitä hoidetaan samanaikaisesti. On siis olennaista arvioida psykiatriset oireet ja laatia hoitosuunnitelma myös niiden hoitamiseksi. Oireita voi kartoittaa myös mittareita apuna käyttäen. Psykoosioireita kannattaa seuloa systemaattisesti, esimerkiksi BPRS:n tai PQ-B:n avulla. Korvaushoidossa on paljon tunnistamatonta psykoottista ja neuropsykiatrista oireilua. Myös itsetuhoisuutta tulee arvioida rutiininomaisesti.

Mikäli korvaushoidon tarpeen arvioinnin aikana ei ole tehty psykiatrista arviota, tarpeenmukainen psykiatrinen arvio on syytä suunnitella ja tehdä hoidon aloittamisen jälkeen ensimmäisen puolen vuoden aikana. Psykiatrisen tutkimusjakson puuttuminen ei kuitenkaan saa estää eikä hidastaa korvaushoidon aloitus päätöstä, jos muut korvaushoidon kriteerit täyttyvät.

Yleisiä hoitomenetelmiä, joita voidaan sisällyttää hoitosuunnitelmaan ovat mm. kognitiivinen terapia, kognitiivis-behavioraaliset terapiat, erityisesti dialektisen käyttäytymisterapian (DKT) menetelmiin pohjautuvat hoidot, esim. taitovalmennus. Psykiatrisista sairauksista voit lukea tarkemmin oppaan kohdasta [fyysinen & psyykinen terveys](#).

Päihteiden käyttö ja muut riippuvuudet

Arvioidaan päihteiden, myös alkoholin, käyttöä tarvittaessa mittareita (esim. AUDIT) avuksi käyttäen. Tavoitteena on oheiskäytön lopettaminen tai väheneminen. Tarvittaessa hoidetaan esim. disulfiraamilla tai akamprosaatilla. Erityisesti kannattaa tavoitella pistämisen vähentämistä ja lopettamista. Pistosjälkiä ja -paikkoja tarkistetaan erityisesti niiltä potilailta, joilla on ollut ajankohtaista suonensisäistä käyttöä. Pistospaikkojen tarkistamisen avulla voidaan hoidon seurannan ja motivoinnin lisäksi myös havaita ja hoitaa pistosinfektioita. Muistetaan tukea myös tupakanpolton lopettamiseen (ks. Mielensterveys- ja päihdepotilaiden tupakoinnin lopettamisen tuki -verkkokurssi Ammattilaisten osiosta). Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoidon [Käypä hoito -suositus](#) koskee myös korvaushoidossa olevia. Kartoitetaan mahdolliset toiminnalliset riippuvuudet (esim. rahapeliiriippuvuus, seulontakyselyinä esim. BBGS tai BGSi) ja suunnitellaan niiden hoito. Myös palkkiohoito on mahdollinen.

Sosiaalinen tilanne

Kartoitetaan sosiaalinen tilanne: asuminen, perhesuhteet, lastensuojelun tarve, työ, koulutus tai kuntouttava työ, oikeudellinen tilanne (onko tuomioita tulossa?), taloudellinen tilanne (ml. velat), väkivallan uhka (myös mahdollinen velkoihin liittyvä), kuntoutumista tukevat ympäristötekijät kuten ystävät ja läheiset, mielenkiinnon kohteet. Suunnitellaan tarvittavat tukitoimet.

4. Korvaushoitolääkitys

Korvaushoitolääkkeen valinta

Käypä hoito -suosituksen mukaan hoitopaikassa tulee olla valmius sekä buprenorfiini- että metadonikorvaushoittoon, ja lääkevalinta tehdään yksilöllisen arvion mukaan. Metadonin ja buprenorfiinin hoitotulokset ovat yhtä hyviä vastaavilla annoksilla, mutta joillakin potilailla metadoni lisää hoidossa pysymistä. Lääkäri päättää korvaushoitolääkkeestä hoidollisin ja lääketieteellisin perustein potilaan oman näkemyksen huomioiden. Potilaalle annetaan yhteisen päätöksenteon tueksi tietoa lääkkeistä ja niiden eroista. Jos potilaan tilanne ja lääkevalinnan perusteet muuttuvat, lääkevalintaa täytyy tarkastella uudelleen ja tarvittaessa vaihtaa lääkevalmistetta.

Buprenorfiini

Buprenorfiini on verrattain pitkävaikutteinen, sen puoliintumisaika on vähintään 24 tuntia. Sen vaikutus alkaa 30-60 minuutissa ja vaikutuksen huippu on 1-4 tunnissa. Lisää tietoja esimerkiksi [täältä](#).

Buprenorfiini on metadonia [turvallisempi](#) valmiste. Sillä on ns. kattovaikutus eli annosta suurennettaessa sen vaikutus lisääntyy aluksi, mutta pysyy sitten samana. Esimerkiksi hengityslama on harvinainen pelkällä buprenorfiinilla ilman samanaikaisesti käytettyä alkoholia tai muita lääkeaineita, esim. bentsodiatsepinieja. Buprenorfiini on siten metadonia paremmin siedetty potilailla, joilla on krooninen, hankala keuhkosairaus tai uniapnea. Buprenorfiinilla saattaa olla vähemmän hormonaalisia tai aineenvaihdunnallisia haittavaikutuksia kuin metadonilla.

Buprenorfiinilla on metadonia vähemmän interaktioita muiden lääkkeiden, kuten HIV-lääkkeiden, kanssa. Buprenorfiinivalmisteilla ei ole vaikutusta QT-aikaan. Buprenorfiinin väärinkäytön vähentämiseksi korvaushoidossa on käytetty pitkään buprenorfiinin ja naloksonin yhdistelmävalmistetta. Yhdistelmävalmistetta on saatavilla sekä kielenalustabletteina eli resoribletteinä että sublinguaalisena kalvona eli filminä. Filmi on laajalti käytössä, sillä sen asianmukaisen käytön valvonta esimerkiksi lääkkeenjakoilanteessa on helpompaa, koska filmi liukenee limakalvoilta resoriblettiä nopeammin, mikä vaikeuttaa merkittävästi lääkkeenjakoilanteessa tapahtuvia lääkevilppiyrityksiä.

Uutena valmisteena vuoden 2019 alussa on tullut pitkävaikutteinen injektiomuotoinen buprenorfiini. Injektio annetaan hoitoyksikössä ihonalaiskudokseen joko 1 tai 4 viikon välein. Injektion etuna potilaalle on tasaisempi lääkevaikutus päivittäiseen annosteluun verrattuna. Esimerkiksi työelämässä tai opiskelemissa oleville potilaille pitkävaikutteinen lääkitysmuoto tuo joustavuutta lääkkeiden luovutukseen, ellei heillä ole muuta tiiviimmän tuen ja seurannan tarvetta. Korvaushoitolääke ei joudu muiden ihmisten, lasten tai lemmikkien ulottuville, koska injektioilääkitys annetaan aina hoitoyksiköstä. Injektioilääkitys mahdollistaa myös psykososiaalisen hoidon painottamista lääkekeskeisyyden sijasta. Injektioilääkkeestä ei vielä toistaiseksi ole kotimaista pitkäaikaista käytännön kokemusta.

Korvaushoitoa saa toteuttaa apteekkijakeluna vain buprenorfiinia ja naloksonia sisältävänä yhdistelmävalmisteena (Korvaushoitoasetus 7 §). Resoribletit ja filmit mahdollistavat ns. tuplasulatukset eli kahden päivän annoksen voi ottaa kerralla. Kotiannosten seurannassa buprenorfiini-naloksonin kotiannoksia on helpompi seurata kuin metadoniannoksia.

 [HUS Riippuvuuspsykiatrian esite buprenorfiini-naloksoni-korvaushoidosta](#)

Metadoni

Myös metadoni on verrattain pitkävaikutteinen, sen puoliintumisaika pitkäaikaiskäytössä on keskimäärin 24 tuntia, sen vaikutus alkaa n. 30 minuutissa ja vaikutuksen huippu on kolmessa tunnissa. Lisää tietoja esimerkiksi [täältä](#).

Metadonin etuna on, että se on eri aine kuin lähes kaikilla suomalaisilla opioidiriippuvaisilla ennen korvaushoitoa käytössä ollut buprenorfiini. Mikäli korvaushoidon aikana buprenorfiinin oheiskäyttö tai pistäminen jatkuu, on harkittava korvaushoitolääkkeen vaihtamista metadoniin. Buprenorfiinin vaihtamista metadoniin on syytä harkita myös silloin, kun buprenorfiini ei riitä aineenhimon poistamiseen tai vieroitusoireiden poissa pitämiseen. Metadoni usein vähentää korvaushoidonaikaista pistämistä.

Metadoni saattaa pidentää QT-aikaa, minkä vuoksi metadonin aloituksen ja annosmuutosten yhteydessä täytyy ottaa EKG. Mikäli metadonipotilaan QT-aika on lievästi pidentynyt, on syytä tarkistaa muut QT-aikaan vaikuttavat lääkitykset. Tarvittaessa konsultoidaan kardiologia.

Metadonin metaboliassa on yksilöllisiä eroja, joten metadonin annostarpeessa on yksilöllistä vaihtelua. Myöskään sen pitoisuuksista ei voi päätellä tehoa. Metadonikorvaushoito suurella annoksella on tehokkaampaa kuin pienellä. Yleisimmin käytetty annos on 60–120 mg/vrk. Pieni osa potilaista tarvitsee tätä suurempia tai pienempiä annoksia. Potilaan oma arvio annoksen riittävydestä on olennainen annostusta harkittaessa. Lisäksi on arvioitava mm. sedaation tai vieroitusoireiden määrää sekä sivuoireita.

 [HUS Riippuvuuspsykiatrian esite metadonikorvaushoidosta](#)

Korvaushoitolääkityksen prosessi

Aloitus

Korvaushoitoa aloitettaessa potilaalle on avoimesti ja ymmärrettävästi kerrottava kaikista hoitoon liittyvistä asioista. Erityisesti on muistettava turvallisuuteen liittyvä opastus tilanteissa, joissa henkilöllä saattaa olla korvaushoidon välipäiviä tai oheiskäyttöä. Näitä tietoja tulee kerrata säännöllisesti. Samaten on avoimesti kerrottava, ettei väkivaltaa tai sillä uhkailua voida hyväksyä. Jos yksilöllisen harkinnan pohjalta arvioidaan, että hoitoon sitoutuminen ja hoitotulos siitä paranee, voidaan käyttää myös yksilöllisesti laadittua kirjallista hoitosopimusta.

Korvaushoitolääkityksen alussa seurataan potilaan psyykkistä ja somaattista terveydentilaa ja oireita erityisen tarkoin. Esim. vieroitusoireita seurataan mittareita hyväksikäyttäen (esim. SOWS). Metadonia aloitettaessa otetaan EKG rutiininomaisesti.

Lääkkeenjaon on hyvä olla päivittäin ainakin ensimmäisen kuukauden ajan. Mahdollista lääkevieroitus suunnitelmaa toteutetaan edelleen. Seurataan mahdollista päihteidenkäyttöä (mm. kliininen tila, pistosjäljet, SDS, seulat). Potilaalle annetaan edelleen lääke- ja terveystietoa. Mahdollinen yhteistyö lastensuojelun kanssa jatkuu koko korvaushoidon ajan ja myös silloin, jos potilas keskeyttää korvaushoitonsa.

Aloitukset avohoidossa ovat ensisijaisia, jos potilaan kokonaistilanne on vakaa eikä potilaalla ole ajankohtaista muiden päihteiden kuin opioidien käyttöä. Aloitus tehdään laitoksessa, jos potilaalla on oheiskäyttöä, josta vieroitetaan samalla, tai monisairastavuutta, kaoottinen elämä, asunnottomuutta tai

avoaloitus ei ole onnistunut. Ensimmäistä kertaa aloitettava metadonikorvaushoito aloitetaan aina laitoksessa, sillä siihen voi liittyä harvinaisena haittavaikutuksena äkillinen hengitysvajaus. Jos metadoni on aiemmin aloitettu ongelmitta, voidaan se aloittaa uudestaan avohoidossa, mikäli se voidaan arvioida turvallisesti potilaan kokonaistilanteen kannalta eikä potilaalla ole muiden pähteiden oheiskäyttöä. Mikäli metadoni aloitetaan avohoidossa, potilaan vointia on hyvä seurata lääkkeenoton jälkeen klinikalla muutama tunti.

Avoaloituksissa aktiivisen lääkenoston ajan lääkärin on hyvä tavata potilas vähintään viikoittain, mutta tarvittaessa jopa joka arkipäivä. Omahoitajan tapaamiset voivat samaten olla ainakin kerran tai kaksi kertaa viikossa. Annetaan supportiivisia keskusteluita, runsaasti positiivista palautetta, kannustusta avoimuuteen ilman sanktiopelkoa.

Hoidon alkuvaiheessa on erityisen tärkeää rakentaa luottamuksellista hoitosuhdetta. Hoidossa huomioidaan jatkuvasti kunkin yksilöllisyys. Alussa määritellään lyhytaikaisia tavoitteita ja huomioidaan kokonaisvaltaisesti sosiaaliset ja elämäntilannetekijät. Muutosvaihetta on hyvä kartoittaa ja edetä vaiheen mukaisesti. Alussa tulee kartoittaa arjen selviämistä ja tarjota tukea normaaliin arkirytmiin. Suositellaan jalkautumista potilaan arkiympäristöön.

Seuranta

Korvaushoitolääkkeen ja alkuvaiheen stabiloiduttua tarjotaan päihdetyötä yksilöllisen muutosvaiheen mukaisesti, jatketaan terveyden edistämistä, muun lääkkehoidon arviointia ja toteutusta. Tarpeen mukaan arvioidaan tilannetta myös psykiatrisesti ja hoito suunnitellaan oman alueen palveluiden mukaan. Vakaassa vaiheessa lääkäri tapaa potilaan vähintään puolivuositain ja hoitosuunnitelma päivitetään samalla (läsnä ovat potilas, oma työntekijä ja tarvittava verkosto). Verkostotapaamiset ja omaisten tapaaminen ovat usein hyödyksi. Perhetyö on olennainen osa hoitoa.

Motivoidaan potilasta alueella tarjolla oleviin ryhmähoitoihin sekä vertaistuen piiriin. Kannustetaan päihteettömien vaihtoehtojen ja uusien arjen toimintojen löytämiseen. Suositamme käytettäväksi tulostittaria, kuten esimerkiksi Paradise24Fin tai EuropASI-haastattelua.

Hoidon aikana on ajoittain hyvä pohtia potilaan toipumisen tilannetta hänen oman vastuunsa kannalta. Liiallinen kontrolli saattaa lannistaa ja aiheuttaa hoitoväsymystä, estää potilasta kasvamasta hoidostaan omaa vastuuta ottavaksi subjektiksi. Toisaalta hoidon alussa sopiva määrä kontrollia saattaa tarjota suojaa sekä potilaalle itselleen, että muille ja tukea potilaan kuntoutumista.

Sopimukset

Jokaisen potilaan kanssa on syytä käydä läpi, miten yksikössä on hyvä toimia, jotta kaikkien turvallisuus säilyy ja hoito mahdollistuu. Yksikössä ei saa olla sääntöjä tai muita ohjeita, jotka ovat perusoikeussäädösten tai muun lainsäädännön vastaisia. Rajoitusten on aina perustuttava lakiin ja ne on tehtävä yksilöllisen harkinnan perusteella.

Kirjallisia hoitosopimuksia käytetään joskus hoidon tukena. Niistä saattaa olla hyötyä tilanteissa, jossa on korostuneen tärkeää, että kaikki sovittu on selkeää ja yksiselitteistä. Yksilölliset hoitosopimukset saattavat lisätä potilaan sitoutumista hoitoon sekä toimia selkeänä kirjallisena informaationa hoidon puitteista.

Hoitosopimukset eivät ole juridisesti sitovia. Ne on tehtävä yhteisymmärryksessä potilaan kanssa ja häntä asianmukaisesti informoiden. Potilas ei luovu perusoikeuksistaan hoitosopimuksella. Jos

hoitosopimusta rikotaan, potilaan hoidosta on sovittava muulla asianmukaisella ja tilanteessa mahdollisella tavalla. Potilas ei saa jäädä ilman tarvitsemaansa hoitoa.

Apteekkisopimukset

Apteekkisopimus tarkoittaa kirjallista sopimusta, jossa potilas sitoutuu vain yhden lääkärin tai hoitopaikan määräämään pääasiassa keskushermostoon vaikuttavien eli PKV-lääkehoitoon ja käyttämään vain yhtä apteekkia noutaessaan sopimuksen piiriin kuuluvia lääkkeitä. Apteekkisopimuksen tekemistä suositellaan kaikille korvaushoitopotilaille. Perusteluna tälle on parempi lääketurvallisuus, kun PKV-lääkkeet määrätään korvaushoitoklinikalta. Korvaushoidosta ei välttämättä aina tiedetä muualla kuin potilasta hoitavalla korvaushoitoklinikalla, ellei potilas itse tästä muille toimijoille kerro. Korvaushoitoklinikalla voidaan näin ollen valvoa, ettei potilas saa PKV-lääkkeitä muualta. Tämä on tärkeää, sillä yhteiskäytössä korvaushoitolääkkeen kanssa ne voivat aiheuttaa lääketurvallisuusriskin. Kun potilas asioi aina samassa apteekissa, hänet myös tunnetaan siellä ja apteekista voidaan tarvittaessa olla yhteydessä korvaushoitoklinikalle, jos siellä herää huoli potilaan voinnin muutoksesta.

Apteekkisopimus ei kuitenkaan takaa potilaan lääketurvallisuutta, sillä se ei estä päihteiden ja lääkkeiden ostamista muualta kuin apteekista. Kaikki väärinkäyttöön soveltuvat lääkkeet eivät myöskään ole PKV-lääkkeitä, jolloin potilas voi silti käytännössä saada väärinkäyttöön soveltuvia lääkkeitä apteekkisopimuksesta huolimatta. Ajantasaiset ohjeet löytyvät Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus [Fimean](#) ja valvontaviranomaisten verkkopalveluista.

5. Hoidon toteutus ja seuranta

Annoksen määrittäminen

Hoidossa olevan henkilön oma arvio on aina huomioitava hoitopäätöksiä tehtäessä. Henkilön osallisuus päätöksenteossa edistää terapeutista suhdetta parantaen luottamusta ja potilaan omaa vastuunkantoa. Annokset tulee aina suunnitella yksilöllisesti ottaen huomioon seuraavia seikkoja:

- potilaan omat tavoitteet ja kokemus annoksen riittävydestä
- aineenhimo
- lääkevaikutus (toksiset oireet, sedaatio liian korkeasta annoksesta tai vieroitusoireet liian matalasta)
- sivuoireet
- oheiskäyttö

Vieroitusoiremittarit

Fyysisiä vieroitusoireita voidaan arvioida erilaisilla vieroitusoiremittareilla. Käytössä on esim. SOWS, OOWS, COWS. Mittarit ovat hyviä työkaluja, mutta ne eivät poista kliinisen arvion merkitystä.

Vieroitusoiremittareiden täyttö tulee ajoittaa oikein. Buprenorfiinin maksimipitoisuus saavutetaan noin 1-4 h, metadonin 3 h lääkkeenotosta. Mikäli se on käytännössä mahdollista, mittari olisi hyvä täyttää juuri ennen lääkkeenottoa sekä iltapäivällä maksimipitoisuuden saavuttamisen jälkeen ja sitten verrata näitä tuloksia. Jos vain yksi mittaus on mahdollinen, on otettava huomioon sen ajoitus.

Pitoisuusmittaukset

Pitoisuusmittausten merkitys korvaushoidossa on vähäinen. Olennaista on, että hoidetaan potilasta, ei pitoisuutta. Buprenorfiinin pitoisuusmittauksia ei käytetä korvaushoitoannoksen määrittelyssä lainkaan. Metadonin farmakokinetiikassa on yksilöllisiä eroja, mutta sen seerumpitoisuutta voidaan perustelluissa tilanteissa käyttää metadoniannoksen arvion tukena. Tilanteita, jolloin pitoisuusmittaus saattaa olla perusteltua ovat:

- epäily toksisista pitoisuuksista
- epäily nopeasta metaboloijasta (mitataan 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 metabointiin)
- haastavissa yhteistyötilanteissa voi pitoisuusmittauksesta olla hyötyä annostusta arvioitaessa, kuitenkin niin, että edeltävät lääkkeenotot ovat olleet valvotut 1-2 viikon ajan eli pitoisuutta ei mitata kotiannosten jäljiltä.

Ennen metadonipitoisuuden mittausta potilaan on syytä käydä päivittäin valvotussa metadonin jaossa vähintään 7-10 vrk ajan, jotta mittaustuloksen luotettavuudesta voidaan varmistua. Metadoniannos, jolla potilas ei koe vieroitusoireita, on riittävä pitoisuudesta riippumatta. Metadonin vieroitusoireet ja toksiset oireet voivat muistuttaa toisiaan. Toksisia oireita alkaa yleensä ilmaantua metadonipitoisuuden ylittäessä 0,40 mg/l.

Päihtymysarvio

Päihtymysarvio on ennen kaikkea kliininen. Kliinisen arvion tekee potilaan tunteva hoitohenkilökunnan jäsen, joka kirjaa päihtymysarvion perusteluineen potilaan sairauskertomukseen. Tarvittaessa arvion

tekee ja kirjaa kaksi työntekijää. Alkoholipäihtymys voidaan selvittää alkometrilla. Huumeseu­laa ei käytetä akuutin päihtymyksen todentamiseen. Virtsassa aineet näkyvät usean vuorokauden ajan, juuri käytetyt aineet eivät välttämättä vielä ole todennettavissa virtsaseulasta eivätkä kaikki aineet näy pikamenetelmillä. Pikamenetelmät eivät ole lainkaan suositeltavia päihtymysarviota tehtäessä. THL:n hoidollisen huumetestauksen ohjeen mukaisesti akuutisti päihtyneeltä otettu negatiivinen pikaseula pitää lähettää laajaan varmistukseen, mutta tämän tulosta täytyy odottaa useampi viikko.

Sedatoituneelle, päihtyneeltä vaikuttavalle potilaalle ei anneta korvaushoitolääkettä lisääntyneen intoksikaatoriskin vuoksi.

Välipäivät

Välipäivällä tarkoitetaan päivää, jolloin potilas ei saa korvaushoitolääkettään.

Potilaan tilanne arvioidaan aina yksilöllisesti. Jos potilaalla on 1-2 välipäivää eikä hän ole kliinisesti päihtynyt, hänelle voidaan antaa normaali korvaushoitoannos. Useamman välipäivän jälkeen annos on yleensä normaalia hoitoannosta pienempi, 3-6 välipäivän jälkeen arvioidaan tilanne yksilöllisesti. Viikon kestäneen tauon jälkeen korvaushoito useimmiten aloitetaan uudelleen aloitusannoksella, välipäivien syystä ja kokonaistilanteesta riippuen joko avohoidossa tai laitoksessa. Jos välipäiviä tulee usein, tilannetta täytyy arvioida yksilöllisesti ja pyrkiä tehostamaan potilaan hoitoon sitoutumista. Pelkät useinkaan tulevat välipäivät eivät saa johtaa korvaushoidon lopettamiseen.

Kotiannokset

Kotiannosten saamisen tulee perustua yksilölliseen turvallisuusarvioon. Potilaan tilanteen tulee olla riittävän stabiili (psykykinen terveydentila, päihdekäyttö, sosiaalinen ympäristö, esim. onko kotona päihdeongelmainen kumppani tai lapsia). Yleensä kotiannoksia voi alkaa saada kuntouttavassa hoidossa, kun hoito on vakiintunut, potilas on käynyt klinikalla säännöllisesti, lääkitys toteutuu ilman välipäiviä eikä ole tullut esiin päihtymyksiä tai korvaushoitolääkkeiden väärinkäyttöä.

Arvion painopiste on lääketurvallisuudessa. Potilaan tilannetta arvioidaan kokonaisvaltaisesti. Potilaan kliinisessä arviossa seurataan terveydentilaa, arvioidaan oheiskäyttöä ja tarkistetaan pistoalueita. Lisäksi huomioidaan tärkeinä asioina potilaan sosiaalinen tilanne ja sitoutuminen korvaushoitoon. Mikäli on perusteltu syy epäillä korvaushoitolääkkeen väärinkäyttöä, kotiannoksia ei luovuteta.

Arvioinnissa huomioidaan, onko klinikalla päivittäin asioiminen kuntoutumisprosessia tukevaa ja/tai lääketurvallisuuden kannalta välttämätöntä. Hoitosuunnitelmaan kirjataan, mitä potilaan kanssa on yhdessä sovittu. Hoito etenee potilaan tavoitteiden eli yhdessä laaditun hoitosuunnitelman mukaisesti, lääketurvallisuutta arvioiden. Fyysisen ja psykykinen terveydentilan, hoitoon sitoutumisen ja päihhteettömyyden lisäksi arvioidaan mm. aiempien kotiannospäivien sujumista, osallistumista kuntouttavaan toimintaan, työ- tai opiskelutilannetta ja kotitilannetta. Päihhteidenkäyttöä arvioidaan kliinisen tilan perusteella, huumeseu­loilla, pistoalueiden tarkastuksilla, alkometrin puhallutuskokeilla ja tarvittaessa laboratorioarvojen seurannalla.

Potilas vastaa kotiannosten turvallisesta käytöstä itse, niitä ei siis anneta esim. omaisille. Erityisesti ennen ensimmäistä kotiannosta käydään perusteellinen keskustelu lääketurvallisuudesta, ja jatkossakin lääketurvallisuudesta keskustellaan potilaan kanssa säännöllisesti. Erilaisia käytännön ratkaisuja voi yksilöllisesti toteuttaa, esim. lukittava kotiannoslaatikko on suositeltava.

Hoidon tiivistys retkahdusten yhteydessä

Jos potilaalle tulee retkahduksia, arvioidaan hoidon tiivistyksen tarpeenmukaisuus. Sen kesto ja sisältö suunnitellaan yksilöllisesti pohjautuen kirjattuun yksilölliseen hoitosuunnitelmaan. Hoidon tiivistyksen tavoitteena on purkaa retkahdustilanne, pohtia retkahduksenhallintakeinoja, todentaa potilaan päihhteettömyys ja arvioida kotiannosten turvallinen luovuttaminen potilaalle. Hoidon tiivistäminen ei tarkoita pelkästään kotiannosten epäämistä, vaan esim. lisää keskusteluaikoja hoitajan kanssa. Kotiannospäivät palautuvat asteittain yksilöllisen arvion mukaisesti. Retkahduksista on saatavilla lisätietoja mm. [Retkahduksen ehkäisyn käsikirjasta](#).

Kannabis ja kotiannokset

Erityisesti kannabiksen käyttö kuntouttavassa korvaushoidossa puhuttaa usein. Kuntouttavan korvaushoidon tavoite on päihhteettömyys, johon ei kuulu myöskään kannabiksen käyttö. Toisaalta cannabis ei aiheuta samanlaista lääketurvallisuusriskiä kuin muiden päihhteiden ja korvaushoitolääkkeiden yhteiskäyttö. Kannabiksella on kuitenkin useita muita terveyshaittoja, ja lisäksi kannabiksen säännöllinen käyttö estää ajoterveysvaatimusten täyttymisen. Kannabiksen käyttö ei automaattisesti ole peruste sille, että kotiannoksia ei voisi saada. On tärkeää määritellä potilaan tavoite ja kotiannoskriteerit kannabiksenkin osalta tapauskohtaisesti, hänen kanssaan sovittujen tavoitteiden mukaisesti. Tässä arvioissa on tärkeää pohtia myös, mikä palkitsee potilasta, sillä palkitseminen on sanktioita tehokkaampaa.

Kotiannokset ja haittoja vähentävä korvaushoito

Haittoja vähentävässä hoidossa olennaisinta on kokonaistilanteen riittävä hallinta ja motivaation ylläpitäminen. Jos edellyttäisiin 365 käyntiä vuodessa oikea-aikaisesti, tulisi kaikille ennen pitkää hoitoväsymystä ja taukopäiviä lieveilmiöineen. Siten suositamme kohtuullisia kotiannospäiviä, esim. viikonloppu tai hyvin suunniteltuna vaikkapa viikon kesäloma. Suunnitelmat pohjautuvat kuitenkin aina turvallisuusarviointiin. Kotiannokset ovat mahdollisia esim. kun hoidossa käyvällä ei ole ollut välipäiviä, hän ei ole asioinut päihtyneenä ja hänellä on psyykkisesti vakaa tilanne ja kotiannosten säilytysolosuhteet ovat riittävät.

Huumetestien rooli ja seulomiskäytännöt

Terveydenhoidolliset huumetestit ovat pääsääntöisesti vapaaehtoisia joitakin laissa erikseen säänneltyjä poikkeuksia lukuun ottamatta. Potilasta ei siis voi pakottaa antamaan näytettä. Huumeeseulojen rooli potilaan hoidossa määritellään hänen hoitosuunnitelmassaan. Hoitosuunnitelmassa määritellään myös, mitä seurauksia on mahdollisilla positiivisilla seulavastauksilla, ts. millä tavoin hoitoa on mahdollista toteuttaa eri tilanteissa. Huumeeseuloja voidaan käyttää osana potilaan hoitoa tukemaan potilaan hoitomotivaatiota, vieroitushoitoon tai laituskuntoutukseen lähettämisen ja hoitopaikan valinnan tueksi sekä turvallisen lääkehoidon toteuttamisen tueksi.

Yksittäisen seulatuloksen perusteella ei potilaalta saa evätä hoitoa, kuntoutusta tai palvelua. Seulatulokimuksia ei tule suorittaa kaikille asiakkaille kaavamaisesti, vaan aina yksilöllisin perustein ja oikeassa suhteessa saavutettavaan hyötyyn.

Huumeeseulat eivät ole keskeinen oheiskäytön seurannan apuväline, sillä varmistusvastausten saaminen kestää pitkään eikä vierihoidona testattavissa pikatesteissä näy kuin osa päihdekäytössä olevista huumeista ja lääkkeistä. Tärkeintä on seurata potilaan vointia ja sen kehittymistä.

Kaikki hoidollistenkin seulojen positiiviset tulokset pitäisi pääsääntöisesti varmistaa, koska etukäteen ei aina voi tietää, onko seulavastauksilla tulevaisuudessa potilaalle valvonnallista merkitystä.

Huumeseulojen varmistusvastaukset tulevat hitaasti, mutta pitkäaikaisessa hoitosuhteessa voidaan yleensä odottaa varmistustulosten vastauksia. Potilaan todettua ja kirjattua päihtymystilaa tai omaa kertomusta retkahduksesta ei tarvitse todistaa huumeseulalla.

Huumeseulojen rooli on hoidollinen, mutta mikäli potilas kiistää oheiskäytön ja positiivisella seulatuloksella on seurauksia, esimerkiksi hoidon tiivistäminen, toimenpiteet astuvat voimaan vasta varmistusvastausten tultua. Toisaalta huumeseulatulosten vastausten odottaminen ei saa olla hoidon tiivistämisen esteenä, jos sitä tarvitaan kliinisen arvion perusteella.

Jos potilaan voinnista herää huoli, ei ole syytä odottaa seulavastauksia, vaan hoitaa kliinisen kuvan mukaan. Yleisesti ottaen seulojen asema on nykyisissä hoitokäytännöissä turhan korostunut ja niitä pitäisi ottaa nykyistä vähemmän. Katso myös THL:n [suositus](#).

Omahoitaja ja muu hoitohenkilökunta

Psykososiaalisen hoidon keskeinen elementti kuntouttavassa korvaushoidossa on omahoitajan kanssa luotu, potilasta tukeva hoitosuhde. Lähtökohta on potilaan kokonaistilanteen etu pitkällä tähtäimellä. Hoitohenkilökunnan tehtävä on ohjata potilasta välittömän helpotuksen tavoittelusta kohti pitkän tähtäimen etua. Pitkän tähtäimen tavoitteisiin pääsemistä varten määritellään yhdessä potilaan kanssa sopivat välitavoitteet ja niiden seurantatavat. Hoitosuhteessa olennaista on asiallinen, kiinnostunut ja kunnioittava suhtautuminen potilaaseen. Tässä auttaa potilaan käytöksen syiden ja päihderiippuvuuden mekanismien ymmärtäminen yhdistettynä kliiniseen kokemukseen.

Haittoja vähentävässä korvaushoidossa potilaalla ei välttämättä ole nimettyä omahoitajaa. Haittoja vähentävässä hoidossakin on erityisen tärkeää luoda luottamuksellinen ilmapiiri, jossa potilas voi kääntyä tutun hoitohenkilökunnan puoleen ja saada tarvitsemaansa psykososiaalista tukea ja neuvontaa.

Hyvässä hoitosuhteessa täytyy kiinnittää huomiota luottamuksen synnyttämiseen ja säilyttämiseen vaikeissakin tilanteissa, kuten esimerkiksi lastensuojelu- ja ajoterveysasioihin puuttumisessa. Hankaliin asioihin puuttuminen pyritään tekemään avoimesti ja yhteistyössä potilaan kanssa. Mikäli hoitosuhde ajautuu hankaluuksiin eivätkä työnohjauksellisetkaan keinot riitä palauttamaan luottamusta, on mahdollista harkita omahoitajan vaihtamista.

Suhtautuminen uhkaavaan käytökseen

Joskus korvaushoidossa käyvä henkilö käyttäytyy uhkaavasti. Silloin väkivaltaisuutta, sen riskiä ja vakavuutta tulee arvioida kiireellisesti.

Asia on välittömästi otettava puheeksi esimerkiksi kysymällä suoraan, tarkoittiko uhkaaja todella, mitä sanoi. Joskus sanotaan hermostuneena pahemmin kuin tarkoitetaan. Jälkikäteen kannattaa tilanne käsitellä tarkoin: miten olisi voinut toimia toisin, mitä lisätaitoja potilas mahdollisesti tarvitsisi tai miten henkilökunta voisi jatkossa toimia toisin, jotta ristiriitoja ei syntyisi. Asiakkaan kanssa tulee keskustella siitä, että uhkailu vaikuttaa hoitomahdollisuuksiin, hoitomuodon valintaan tai korvaushoitopäätökseen. Tarvittaessa arvioidaan aina myös tarkkailulähetteen perusteet.

Uhkaavan käytöksen taustalla olevia tekijöitä tuleekin selvittää. Jos kyse on psykoottisesta oireilusta, tulee sitä pyrkiä hoitamaan. Jos kyse on kognitiivisten taitojen puutteellisuudesta, tulee tämä huomioida

kontaktissa ja hoidossa, eikä tavoitteita tule asettaa väärin. Henkilön kyky hallita impulssejaan tai ymmärtää tekojensa seurauksia voi siis olla heikentynyt ja tarvitaan yksilöllinen suunnitelma tilanteiden hallitsemiseksi. Aggression hallintaa voi opetella. Riskitekijöitä kannattaa kartoittaa ja laatia riskinhallintasuunnitelma hoidon mahdollistamiseksi ja väkivallan ehkäisemiseksi. Riskikäyttäytymisen arviointimenetelmiä on suomennettu, kuten esim. [START](#) (The Short-Term Assessment of Risk and Treatability).

Vaikka hoidollisuutta tulee vaalia, ei pidä unohtaa, että väkivalta on rikos ja poliisiasia. Väkivaltaan puuttuminen on olennaista paitsi nimenomaisen potilaan hoidon suunnittelemiseksi myös henkilökunnan ja muiden potilaiden ja asiakkaiden turvallisuuden takaamiseksi. Kyse on koko yksikön hoitorauhasta.

Jos henkilö on opioidiriippuvainen ja tarvitsee korvaushoitoa, voidaan harkita esimerkiksi seuraavia toimia:

- Jos henkilö on vain päihtyneenä väkivaltainen, ohjataan hänet laitospuolelle. Silloin toisaalta arvioidaan, kuinka usein näin tehdään ja miten hoito suunnitellaan, jos laitoksissa henkilö selviytyy, mutta väkivaltaisuus jatkuu laitosjaksojen jälkeen.
- Ns. minimihoito, jossa jaetaan vain korvaushoitolääke siten, että hoitohenkilökunnan turvallisuus on turvattu
- Klinikkan vaihto: Jos alueella on useita toimijoita, tämä on mahdollista. On arvioitava, miten kaukana toinen klinikka voi olla.
- Määräaikainen hoidon keskeytys
- Hoitosuunnitelmaan tulee vähintään vakavammissa tilanteissa liittää väkivaltariskin arvio ja hallintasuunnitelma.

Kuntouttavat palvelut ja vieroitushoito

Korvaushoidossa käyvillä henkilöillä tulee olla yhtä monipuolinen vieroitus- ja kuntoutusvalikko kuin muillakin. Korvaushoito ei siis saa olla peruste evätä mitään kuntoutusta tai muuta perusteltua hoitoa, kun sellaisen tarvetta on. Moni korvaushoitopotilas hyötyisi ajoittain tiivistä kuntoutuksesta joko avohoidossa tai laitosoissa. Joskus hoidon tiivistysjaksot korvaushoitoyksikössä saattavat olla tarpeen. Myös psykoterapiat ovat psykososiaalista hoitoa tai kuntoutusta. Toisaalta mihin tahansa psykososiaaliseen hoitoon ja kuntoutukseen voi sisältyä psykoterapeuttisia aineksia. Omahoitajasuhde on jokaiselle korvaushoidossa olevalle tärkeä. Kuntouttavan hoidon sisältö tulee suunnitella tarkoin unohtamatta yhteistyötä mm. sosiaalitoimen, kuntouttavan työtoiminnan ja työvoimapalveluiden kanssa.

Kuntoutus

Kun henkilö tarvitsee kuntoutusta, tulee siihen olla mahdollista päästä korvaushoidon vaiheesta ja hoitoluokasta riippumatta, sillä oikea-aikaisuus on keskeistä kuntoutumisen hyvän tuloksen saavuttamisessa. Käypä hoito –suositukset koskevat myös korvaushoitopotilaita. Sekä avohoidossa että laitoksessa tapahtuvat kuntoutusjaksot saattavat olla tarpeen.

Kaksoisdiagnoosipotilaan ennuste saattaa olla pelkkää päihderiippuvuutta sairastavaa huonompi, ellei henkilö saa asianmukaista hoitoa. Henkilön tulee saada hoitoa kaikkiin sairauksiinsa, eikä häntä pidä siirtää hoitopaikasta toiseen. Haastavimpien kaksoisdiagnoosipotilaiden hoito vaatii joskus kuitenkin erityisosaamista ja siten sitä on keskitetty yliopistollisiin yksiköihin, kuten esim. HUSiin.

Psykoosisairauksiin liittyy häpeäleimaa, kuten päihdehäiriöihin, mikä saattaa vaikeuttaa hoitoon hakeutumista tai luottamuksellista hoitosuhdetta. Jos henkilö sairastaa skitsofreniaa, häntä tulee hoitaa Käypä hoito –suosituksen mukaisesti korvaushoidosta huolimatta. Toisaalta myös skitsofreniaa sairastavan on saatava korvaushoito silloin kun se on tarpeen. Korvaushoitopotilaiden saatavilla tulee olla psykososiaalisia hoitomuotoja ja niitä on aktiivisesti tarjottava (Lisätietoja katso esim. [Käypä hoito](#) –suositus tai [NICE](#)).

Myös muiden psykiatristen sairauksien psykoterapeuttisen hoidon tulee olla saatavilla korvaushoitopotilaille silloin kun se on tarpeen. Esimerkkeinä mainittakoon masennuksen asianmukainen hoito psykoterapialla tai dialektinen käyttäytymisterapia epävakaan persoonallisuuden haasteissa.

Vaikka on selvää, että korvaushoidossa olevalla henkilöllä on oikeus samoihin hoitoihin kuin muillakin, on myös selvää, että aktiivisesti päihteitä käyttävä ei vielä hyödy kaikista hoitomuodoista. Hoitojen vaiheistaminen on tehtävä oikein, ja hoitojen tulee olla oikea-aikaisia. Jos oheiskäyttöä on merkittävässä määrin, psykoterapian ja psykososiaalisen hoidon sisältö on alussa samanaikaissairastavuuteen suunnattua.

Vieroitushoidot

Korvaushoitopotilailla täytyy olla mahdollisuus päästä oheiskäytön vieroitukseen silloin, kun se on lääketieteellisesti perusteltua. Vieroitus toteutetaan ensisijaisesti avohoidossa, mutta jos avohoidon tuki ei riitä, potilas ohjataan laitoshoidon. Laitoshoidosta kotiutuessa on tärkeää tukea päihteettömyyden jatkumista tiiviillä hoitokontaktilla laitosjakson jälkeen.

6. Oheiskäyttö

Huumeet

Oheiskäytön ilmetessä on arvioitava korvaushoitoannoksen turvallisuutta. Jos oheiskäyttö ei vaikuta lääketurvallisuuteen (esim. kannabis), otetaan asia keskusteluun, mutta korvauslääkkeen annosta ei tarvitse kiireisesti muuttaa. Tilanne on arvioitava kokonaisuutena. Usein kannattaa tiivistää psykososiaalisten menetelmien tarjoamista eli tehostaa päihdehoitoa ja arvioida, onko potilaalla hoitoa vaikeuttava tunnistamaton tai hoitamaton fyysinen tai psyykinen oireisto tai sairaus.

Amfetamiini ei suoraan lisää esim. hengityslaman tai sedaation kautta lääketurvallisuusriskiä, mutta se voi saada potilaan käyttäytymään riskialttiimmiksi esim. muiden päihteiden tai kotiaannosten hallinnan suhteen. Jos henkilö käyttää samanaikaisesti muita aineita, kuten bentsodiatsepiineja tai alkoholia, amfetamiinipäihtymys on isompi riski kuin pelkästään stimulantteja ja opioideja käyttämällä. Kokonaistilanteen tarkastelu on tärkeää. Usein hoitohenkilökunta tuntee potilaan ja hänen käyttäytymismallinsa.

Jos oheiskäyttö vaikuttaa henkilön turvallisuuteen, on ensisijaisesti tarjottava oheiskäytön vieroitusta ja tilanteen tarkempaa arviointia laitosolosuhteissa. Mikäli potilas ei tähän kykene tai suostu, on lääkeannosta usein laskettava tai joskus hoito keskeytettävä. Hoidon keskeyttäminen ei paranna kokonaistilannetta eikä muuta intoksikaatoriskiä, joten on arvioitava tarkkaan, onko potilaalla suurempi riski olla hoidossa kuin hoidon ulkopuolella. Pelkkä oheiskäytön jatkuminen ilman merkittävää oheiskäytöstä johtuvaa lisäriskiä, kuten toistuvia vakavia intoksikaatioita, ei ole peruste korvaushoidon lopettamiselle. Jos henkilö asioi klinikalla päihtyneenä, ei hänelle tuolloin anneta korvaushoitolääkettä.

Alkoholi

Alkoholin käyttö on tavallista korvaushoitopotilailla. Alkoholin käytöstä täytyy aktiivisesti kysyä. AUDIT on tehokas tapa seuloa alkoholin ongelmakäyttöä ja sen rutiininomaista käyttöä kannattaa harkita. Lyhytneuvontaa (mini-interventio) kannattaa toteuttaa myös korvaushoitopotilailla. Apua alkoholin käytön vähentämiseen tulee aktiivisesti tarjota. Alkoholiongelmaisen hoitoon on olemassa [Käypä hoito - suositus](#), joka koskee myös korvaushoidossa olevia. Opioidimyrkytyksissä keskushermostoa lamaavien aineiden, kuten alkoholin ja bentsodiatsepiinien yhteiskäyttö, on merkittävä tekijä.

Bentsodiatsepiinit

[Huumeongelmaisten Käypä hoito - suosituksen](#) mukaan bentsodiatsepiinien pitkäaikaiskäyttö on aiheellista vain harvinaisissa poikkeustapauksissa, jos muu hoito ei auta psyykkisiin oireisiin ja on mahdollista järjestää tiivis ja pitkäaikainen hoitokontakti. Vieroitusoireiden hoitoon liittyviä tilanteita lukuun ottamatta bentsodiatsepiinien määräämistä henkilöille, joilla on huumeongelma, on vältettävä. Lääkehoitoa on syytä seurata tiiviisti. Lääkkeet on usein tarpeen antaa valvotusti hoitopaikasta, tarvittaessa päivittäin, tai 1-2 kertaa viikossa apteekkijakeluna apteekkisopimuksella. Lisäksi käypä hoito -suosituksen mukaan bentsodiatsepiinilääkitys on keskeytettävä vieroitusosastolla tai avohoidossa toteutettavilla annoslaskuilla, jos ilmenee lääkityksen väärinkäyttöä, myrkytyksiä, katukauppaa, reseptien toistuvaa katoamista, annoksen omaehtoista suurentamista tai asiointia useilla lääkäreillä. Pitkän tähtäimen tavoitteena on annosten vähentäminen ja vieroitus.

Bentsodiatsepiinit eivät ole minkään psykiatrisen eivätkä somaattisen sairauden ensisijaisia lääkkeitä pitkäaikaisessa käytössä. Pitkäaikaisen bentsodiatsepiinilääkityksen hyötyjä ei ole osoitettu. Joskus voi

olla tarpeen ottaa haltuun hallitsematon käyttö ja määrätä bentsodiatsepiinit valvotusti korvaushoitoa tarjoavasta hoitopaikasta, mutta tällöin tarvitaan tarkka seuranta siitä, että muualta saatujen lääkkeiden käyttö todella saadaan hallintaan. Tässä voidaan käyttää apuna bentsodiatsepiinierittelyjä ja joskus bentsodiatsepiinien pitoisuusmittauksia.

Suositus on, että bentsodiatsepiinit muutetaan ekvivalenteiksi annoksiksi oksatsepaamia. Perusteet ovat hoidolliset:

- Oksatsepaami on diatsepaamia vesiliukoisempi, minkä vuoksi se imeytyy hitaammin ja vaikutus alkaa hitaammin, jolloin ei tule akuutisti päihdyttävää vaikutusta.
- Puoliintumisaika on lyhyempi, se ei kerry elimistöön kuten diatsepaami tai klonatsepaami, jolloin vieroitusoireet kestävät lyhyemmän aikaa. Fyysiset oireet voivat kestää 1-2 viikkoa, kun ne saattavat kestää diatsepaamilla 1-2 kuukautta.
- Maksan vajaatoiminnassa oksatsepaami on turvallisempi vaihtoehto.

Mikäli potilas on itse motivoitunut bentsodiatsepiinivieroitukseen, vieroitus tehdään ensisijaisesti avohoidossa. Vieroitus tehdään aina alenevin annoksin suunnitelmallisesti ja tilannetta tarkkaan seuraten. Jos avovieroitus ei onnistu tai vieroitus täytyy tehdä lääketurvallisuuden vuoksi potilaan oman toiveen vastaisesti, vieroitus toteutetaan laitososuhteissa. Jos vieroitukset ovat monta kertaa epäonnistuneet, potilas saattaa hyötyä pitkäaikaisesta bentsodiatsepiinihoidosta, jos potilas kykenee siihen sitoutumaan. Tällöinkin on tärkeää hoitaa esimerkiksi psykiatrista taustasairautta, kuten ahdistuneisuushäiriöitä, asianmukaisella pitkäaikaisella lääkityksellä. Pitkäaikainen bentsodiatsepiinilääkitys soveltuu harvoin henkilöille, joilla on todettu epävakaata tai epäsosiaalinen persoonallisuus taikka impulsiivista aggressiivisuutta.

Bentsodiatsepiinilääkityksen tarkistuslista

Bentsodiatsepiinilääkitystä on arvioitava säännöllisesti vähintään puolivuositain ja aina hoitosuunnitelmien päivittämisen yhteydessä. Oireita tulee seurata tarkoin. Apuna voi käyttää esimerkiksi seuraavia kysymyksiä:

- miten lääkityksen oikeaa toteutumista seurataan (seulaerittelyt, havainnot)?
- onko apteekkisopimus voimassa?
- onko ollut bentsodiatsepiinien oheiskäyttöä?
- onko ollut annosten omaehtoista suurentamista?
- onko lääkkeitä kadonnut/varastettu/joku muu käyttänyt?
- onko ollut asiointia usealla lääkärillä?
- onko sähköisten reseptien piilottelua?
- onko ollut lääkevilppejä tai niiden yrityksiä?
- onko ollut intoksikaatioita?
- onko ollut itsetuhoisuutta tai väkivaltaisuutta?
- onko ahdistus lisääntynyt vai vähentynyt?
- onko psyykkisten oireiden muu, asianmukainen hoito käytössä?
- onko potilaan kokonaistilanne (fyysinen ja psyykinen terveys, sosiaalinen tilanne, työtilanne, rikokset) parantunut vai huonontunut?

Vieroittautumisen jatkosuunnitelma tehdään yhdessä potilaan kanssa ja sovitaan, milloin tilannetta arvioidaan uudelleen. Lähtökohta on, että bentsodiatsepiineista vieroittaudutaan annoslaskujen kautta

vieroittujan vointia seuraten. Mikäli kokonaistilanne on edennyt parempaan suuntaan eikä hänellä ole ollut tarkistuslistan perusteella bentsodiatsepiinien epäasianmukaista käyttöä, niin vieroituksella ei ole kiire. Joskus voi olla perusteltua tasata tilannetta pitemmän aikaa pysymällä samalla annostasolla. Tällöinkin annoslaskut ja vieroitus ovat pitkän aikavälin tavoitteita, ja tilanteen muuttuessa suunnitelmaa voi olla tarpeen muuttaa. Bentsodiatsepiinien määräämistä ei jatketa, jos käyttö on ollut epäasianmukaista, vaan tällöin suunnitellaan nopea vieroitus joko avohoidossa tai tarvittaessa laitoksessa.

Muut lääkkeet

Päihdyttävien lääkkeiden yhteiskäyttöön liittyy lääketurvallisuusriski sekä toleranssin kasvun ja riippuvuuden kehittymisen riski. Mikäli lääkitys on jossain tilanteessa tarpeellinen, pyritään lyhytkestoisiin lääkehoitoihin. Korvaushoidossakaan ei ole tarkoitus luoda tai ylläpitää muuta lääkeriippuvuutta.

Potilaalla, jolla on päihderiippuvuus, ei pääsääntöisesti tule olla käytössään väärinkäyttöön soveltuvia lääkkeitä korvaushoitolääkkeiden lisäksi. Mikäli potilaalla on lääkelistallaan väärinkäyttöön soveltuvia lääkkeitä, lääkityksistä tehdään vieroitussuunnitelma. Vieroitus voidaan toteuttaa tarpeen mukaan joko laitosvieroituksena tai avohoidossa korvaushoitoyksikössä.

Poikkeus lääkelinjauksiin voidaan tehdä vain painavin kliinisin perustein, esimerkiksi jos potilas on tutkittu julkisessa terveydenhuollossa somaattisessa tai psykiatrisessa erityisyksikössä, jossa kyseinen lääkeaine on todettu tarpeelliseksi siitä huolimatta, että riippuvuusongelma tai väärinkäyttöaipeus on ollut tiedossa.

Opioidit

Korvaushoitolääkkeen lisäksi potilailla ei ole syytä käyttää muita opioideja. Esimerkiksi leikkauksen menevien potilaiden kivunhoidosta sovitaan leikkaavan yksikön kanssa etukäteen.

Gabapentinoidit

Gabapentinoideilla (pregabaliini, gabapentiini) on runsaasti päihdekäyttöä. Pregabaliinia eikä gabapentiiniä suositella käytettäväksi korvaushoidossa. Mikäli joillakin kipupotilailla tai neurologista sairautta potevilla tästä huolimatta niitä harkittaisiin, lääkityksen tarpeellisuudesta on syytä konsultoida somaattista sairautta hoitavaa lääkäriä. Tällöin gabapentiinilääkitys on suositeltavampi ja se voidaan kirjoittaa ja jakaa potilaalle korvaushoitoklinikalta somatiikan ohjeiden mukaan.

Stimulanttilääkkeet

Korvaushoidon ei tule olla ADHD:n hoidon este. Stimulanttilääkitystä käytetään silloin, kun se on määrätty julkisesta erikoissairaanhoidosta asianmukaisten tutkimusten perusteella ja lääkitys on katsottu asianmukaiseksi, vaikka potilaan korvaushoito ja päihderiippuvuus ovat tiedossa. Lisää aiheesta löydät oppaan kohdasta [fyysinen ja psyykinen terveys](#): neuropsykiatriset häiriöt.

7. Fyysinen & psyykkinen terveys

Fyysinen terveys

Korvaushoitopotilaiden fyysistä terveyttä on hoidettava huolella. Haittojen ehkäisemiseksi potilaille on annettava tietoa myös fyysiseen terveyteen liittyvistä asioista. Käytön jatkuessa tavoitteena voi olla pistosten harventaminen, välineiden yhteiskäytön vähentäminen ja siten huumeiden käyttöön liittyvien sairauksien ilmaantuvuuden pienentäminen (esim. HIV ja hepatiitit) sekä kuolleisuuden vähentäminen.

Koska korvaushoito on monilla hyvin pitkäaikaista tai loppuelämän jatkuvaa hoitoa, jatkossa täytyy kiinnittää huomiota entistä enemmän korvaushoitopotilaiden ikääntymiseen ja siihen liittyviin terveydentilan muutoksiin. Jatkossa on syytä kehittää esimerkiksi kotisairaanhoidon valmiuksia hoitaa myös korvaushoitopotilaita. Runsas päihdekäyttö saattaa nopeuttaa ikääntymisen vaikutuksia, jolloin ikääntymiseen liittyvät sairaudet voivat ilmetä muita nuorempina.

Korvaushoitoklinikalla tulee osata potilaiden oikea-aikainen hoitoonohjaus. Monet tarvitsevat neuvonnan lisäksi tukea esimerkiksi terveyskeskukseen hakeutumiseen.

Hepatiitit ja HIV

Kaikille korvaushoitopotilaille suositellaan A- ja B-hepatiittirokotuksia.

Suomen [C-hepatiittistrategia](#) 2017–2019 on linjannut, että vuodesta 2018 alkaen hoidetaan korvaushoitopotilaiden C-hepatiitit. Oheiskäytön täytyy olla siinä määrin hallinnassa, että potilas pystyy käymään sovitusti hepatiittihoitoon liittyvillä kontrollikäynneillä, mutta vaatimuksia pistämisen tai muun oheiskäytön lopettamisesta ei ole. Kaikki C-hepatiittipositiviset korvaushoitopotilaat on syytä ohjata C-hepatiitin hoitoarvioon. Hoidon jälkeen täytyy huolehtia testausmahdollisuuksista reinfektioiden havaitsemiseksi ja hoitamiseksi. Pitkän aikavälin tavoitteena on kaikkien HCV-kantajien hoito maksavaurion asteesta riippumatta ja näin myös uusien tartuntojen ehkäisy.

Terveysneuvonnalla ehkäistään HIV:n ja hepatiittien tarttumista. Puhtaiden pistosvälineiden vaihto vähentää HIV:n ilmaantuvuutta. Puhtaiden pistosvälineiden vaihto yhdistettynä korvaushoitoon ilmeisesti vähentää hepatiitti- ja HIV-infektioiden ilmaantuvuutta paremmin kuin pelkkä puhtaiden pistosvälineiden vaihto.

Hammashoito

Suun terveydestä huolehtimiseen annetaan ohjausta. Potilaita ohjataan aktiivisesti hakeutumaan hammaslääkäriin.

Kivun hoito

Buprenorfiinin ja metadonin analgeettinen vaikutusaika on lyhyempi kuin niiden vieroitusoireita poissa pitävä vaikutus. Korvaushoitolääkkeet eivät siis riitä tarjoamaan jatkuvaa kivunlievitystä.

Kroonisesta kipuoireyhtymästä kärsivän potilaan kivunhoidosta vastaa pääsääntöisesti terveyskeskus. Korvaushoidossa on osattava antaa ohjausta ja tukea, jotta potilas pääsee hakeutumaan kiputilanteen tarkempaan arvioon. Korvaushoidossa olevat kipupotilaat täytyy tutkia huolellisesti, tarvittaessa esimerkiksi kuvantamista ja kliinisen neurofysiologian menetelmiä hyödyntäen. Kivunhoitoa voidaan toteuttaa korvaushoitoklinikalla yhteistyössä terveyskeskuksen tai kipuklinikan kanssa sovittujen linjausten mukaisesti, kun potilas on asianmukaisesti tutkittu ja kivunhoitosuunnitelma on tehty

somaattisesta hoidosta vastaavassa yksikössä. Riippuvuutta aiheuttavia lääkityksiä on syytä välttää sellaisten henkilöiden kivunhoidossa, joilla on päihderiippuvuuksia.

Seksuaaliterveys

Myös korvaushoitopotilailla merkittävimmät syyt seksuaaliterveyden vaikutuksiin, joihin voi itse vaikuttaa, ovat alkoholi, tupakka, muiden päihteiden käyttö ja terveelliset elämäntavat. Seksuaaliterveydellä voi olla merkitystä myös päihdekuntoutumisen edistäjänä. Seksuaaliterveys kannattaa ottaa puheeksi, jos potilas niin toivoo, ja antaa neuvontaa ja tarvittaessa ohjausta jatkoselvittelyihin.

Usein etenkin metadonikorvaushoidossa olevat miehet saattavat huolestua mahdollisesta alentuneesta testosteronitasostaan. Kaikki opioidit alentavat miehillä testosteronipitoisuutta, myös buprenorfiini ja kipulääkekäytössä olevat opioidit. Selvää yhteyttä opioidiannoksen ja testosteronipitoisuuden välillä ei ole osoitettu. Hyvin korvaushoitoon sitoutunut ja seurannassa pysyvä mies voidaan hoitaa testosteronihoidolla, mikäli alhainen testosteronipitoisuus aiheuttaa oireita. Testosteronihoidon aloituspäätös kuuluu aina erikoissairaanhoidon.

Raskaudenehkäisy

Korvaushoidossa olevien henkilöiden ehkäisystä täytyy kysyä ja antaa ehkäisyneuvontaa hoidon kaikissa vaiheissa. Heille täytyy tarjota aktiivisesti pitkäaikaista ja luotettavaa ehkäisyä esimerkiksi tarjoamalla mahdollisuus saada ehkäisykapseli korvaushoitoklinikalta. Ehkäisyneuvoloiden ja päihdeklินิกoiden paikallista yhteistyötä on syytä lisätä tämän mahdollistamiseksi. Myös kumppanit ja puoliset pyritään saamaan mukaan.

Tupakointi

Vuonna 2017 20–84-vuotiaista miehistä 13% ja naisista 10% tupakoi päivittäin. Psykiatriset sairaudet ovat keskeisiä tupakkariippuvuuden komorbiditeetteja. Mielen terveys- ja päihdeongelmista kärsivät tupakoivat henkilöt ovat kuitenkin yhtä halukkaita ja motivoituneita lopettamaan tupakoinnin kuin muukin väestö. Tupakoinnin lopettaminen vähentää potilaiden fyysistä ja psyykkistä sairastavuutta, pidentää elinikää sekä kaventaa väestöryhmien terveyseroja. Tupakointi on tärkein estettävissä ja poistettavissa oleva sairastavuutta ja kuolleisuutta aiheuttava riskitekijä.

Terveydenhuollon ammattilaisen antama lopetuskehotus ja tuki lopettamiseen lisäävät motivaatiota merkittävästi. Tupakoinnin lopettaminen voi vähentää potilaan ahdistuneisuutta, masentuneisuutta ja stressiä sekä vaikuttaa myönteisesti potilaan lääkehoitoon.

Mielen terveyden ammattilaisosiossa on verkkokurssi: Mielen terveys- ja päihdepotilaiden tupakoinnin lopettamisen tuki, joka tarjoaa kattavasti tietoa ja työkaluja savuttomuuden edistämisen tueksi.

Opioiditukilääkitys korvaushoidon ulkopuolella olevalle

Mikäli henkilö, jolla on opioidiriippuvuus, mutta joka on korvaushoidon ulkopuolella, sairastuu somaattisesti ja vieroitusoireet pahentavat potilaan kliinistä tilannetta ja vaikeuttavat sairaalahoitoa, hänelle voidaan aloittaa tukihoidona opioidilääkitys. Korvaushoitoasetusta ei tällöin sovelleta.

Tukilääkitys voidaan aloittaa, kun on varmistunut, että potilas kärsii juuri opioidien vieroitusoireista ja päihteiden käyttö on kartoitettu edeltävän kuukauden ajalta mahdollisimman luotettavasti. Tukilääkitys lopetetaan potilaan sairaalahoidon päättyessä. Lopetus on syytä suunnitella asteittaiseksi, jos

kotiutumispäivä tiedetään, mutta sen voi lopettaa myös kerralla. Potilaalle suositellaan korvaushoidon tarpeen arviointia. Se kannattaa aloittaa jo somaattisen sairaalajakson aikana.

Opioidivieroitus voidaan tehdä myös oireenmukaisella lääkityksellä. Tällöin käytetään oireiden mukaan mm. NSAID-valmistetta, metoklopramidia, loperamidia, klonidiinia, lofeksidiinia, hydroksitsiinia, propranololia tai neurolepteja pienillä annoksilla. Mahdolliset bentsodiatsepiinivieroitusoireet saattavat usein jäädä hoitamatta somaattisen hoidon yhteydessä, mikä voi aiheuttaa ongelmia.

Mikäli henkilöllä, jolla on opioidiriippuvuus, mutta joka on korvaushoidon ulkopuolella, on hengenvaarallinen somaattinen sairaus, jonka ennustetta voisi parantaa potilaan saaminen kiireisesti korvaushoidon piiriin, voidaan potilaalle aloittaa arvion pohjalta viiveettä haittoja vähentävä korvaushoito. Tällaisia hengenvaarallisia opioidien suonensisäiseen käyttöön liittyviä infektioita ovat esimerkiksi endokardiitti tai keuhkoinfektiot. Kotiutuessa suunnitellaan korvaushoidon jatkuminen.

Psyykinen terveys

Korvaushoitopotilaiden psyykkistä terveyttä on hoidettava huolella. Jos henkilöllä on jo arviovaiheessa todettu samanaikainen häiriö, on tämän hoito suunniteltava ja toteutettava huolella. Jos arviojakson aikana jonkin häiriön tarkempi selvitys jäi vielä kesken, tutkimuksia tulee jatkaa korvaushoidon käynnistyttyä ja tilanteen vakiinnuttua. Diagnostiikan tarkentaminen ei siis saa hidastaa korvaushoidon aloittamista. Mikäli henkilö sairastuu korvaushoidon aikana, tulee hänen sairauttaan hoitaa Käypä hoito –suositusten mukaisesti näyttöön perustuen, kuten muidenkin henkilöiden.

Psykoottiset häiriöt

Mikäli henkilön psykoosidiagnoosi on arvion aikana jäänyt tarkentamatta, tulee se tarkentaa korvaushoidon aikana seurannan myötä ja suunnitella jatkohoito sen mukaisesti. Henkilöt, joilla on sekä skitsofrenia että päihdehäiriö, näyttävät tutkimusten mukaan hyötyvän psykoterapioista vähemmän kuin sellaiset, joilla on vain skitsofrenia. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, ettei heille tule tarjota kuntouttavaa hoitoa. Esim. perheenjäsenten psykoedukaatiota ja motivoivaa neuvontaa sisältävä kognitiivinen integroitu terapia todennäköisesti kohentaa tällaisten potilaiden toimintakykyä ja vähentää sairaalajaksoja. Injektiolääkitys saattaa olla monelle sopivin lääkitysmuoto. Korvaushoito ei saa olla este skitsofrenian kuntoutuspalveluiden saamiselle. Kynnys psykoosipotilaan korvaushoidon lopettamiseen tulee olla korkea. Riippuvuuspsykiatristen ja kuntoutuspsykiatristen yksiköiden yhteistyön tulee tukea tällaisten potilaiden palveluiden saamista.

Korvaushoidon aikana kannattaa seurata mahdollisten toistuvien psykoosioireiden tai -jaksojen esiintyvyyttä etenkin korkeassa psykoosiriskissä olevin henkilöiden tunnistamiseksi. Esimerkkinä mainittakoon ne, joilla on psykoosioireita opioidi- tai bentsovieroitusten yhteydessä tai kannabiksen tai stimulanttien käyttöön liittyen.

Persoonallisuushäiriöt

Henkilö, jolla on epävakaa persoonallisuus, saattaa hyötyä DKT-hoidosta, johon hän saattaa voida sitoutua vasta korvaushoidon aikana. Henkilö, jolla on antisosiaalinen persoonallisuus saattaa hyötyä esim. suuttumuksen hallintaan keskittyvästä hoidosta tai sosiaalisten taitojen opettelusta. Antisosiaalisen persoonallisuuden omaavat henkilöt voivat hyötyä päihdehoidosta siinä missä muutkin. Joskus selkeä, strukturoitu hoitomalli, jossa potilas saa lääkehoidon ja neuvontaa sekä apua käytännön ongelmiinsa, osoittautuu hyödylliseksi. Myös muiden persoonallisuushäiriöiden hoito on korvaushoidossa olevalla henkilöllä sama kuin muillakin.

Neuropsykiatriset häiriöt

Neuropsykiatriset häiriöt saatetaan voida diagnosoida vasta korvaushoidon aikana, kun riippuvuuden oireet ja vieroitusoireet ovat helpottaneet. Eräiden [suositusten](#) mukaan ADHD tulisi seuloa kaikilta riippuvuushäiriöisiltä potilailta. Mikäli ADHD-diagnoosi varmistuu, tulee myös sen hoitomuodot suunnitella. Korvaushoidossa olevan henkilön ADHD-oireilua tulee hoitaa asianmukaisesti sekä lääkkeellisillä että lääkkeettömillä lääkeshoidoilla. ADHD:n [Käypä hoito](#) -suosituksen mukaan atomoksetiini on päihderiippuvaisen ADHD-potilaan ensisijainen lääkevalinta. Mikäli atomoksetiinihoito ei ole tehokas, voidaan ADHD:ta hoitaa stimulantteilla, joilla on matalampi väärinkäyttöpotentiaali, esim. metyyliifenidaatilla. On suositeltavaa käyttää stimulanttien depot-valmisteita. Samaten kannattaa harkita, olisiko ADHD:n lääkeshoito parasta järjestää annosjakeluna korvaushoitolääkityksen tavoin.

ADHD:n hoitovastetta suositellaan seurattavaksi kyselylomakkein sekä objektiivisesti arvioimalla. Stimulanttilääkkeiden vasta-aiheita ovat mm. stimulanttien oheiskäyttö sekä psykoottinen oireilu.

Mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöt

Jos henkilöllä on bipolaarihäiriö, voidaan lääkehoidon lisäksi suunnitella psykoedukaatiota, ryhmäpsykoterapiaa, kognitiivista käyttäytymisterapiaa tai kognitiivista kuntoutusta. Masennustilaan tulee saada terapeuttista ja lääkehoidoa.

Ahdistuneisuus- ja paniikkihäiriön hoidossa lääkkeettömien ahdistuksenhallintakeinojen opettelu on ensisijaista, tarvittaessa potilaita hoidetaan myös pitkäaikaiskäyttöön soveltuvilla lääkkeillä. Bentsodiatsepiinien käyttöä ahdistuneisuusoireilun hoidossa on syytä välttää, mahdollista lyhytaikaista hoidon aloitusvaihetta lukuun ottamatta.

Ajoterveys

Lääkärin tulee arvioida potilaan ajoterveys ja tarvittaessa antaa ensin suullinen ajokielto, kunnes asia saadaan tarkemmin arvioitua. Ajankohtainen oheiskäyttö on este ajo-oikeudelle. Ajantasaiset ohjeet lomakkeineen voi tarkistaa www.trafi.fi. Näissä lääkärille tarkoitetuissa ajoterveysohjeissa on erikseen ohje korvaushoitopotilaiden ajoterveydestä. HYKS Ajoterveyden osaamiskeskus (Ajopoli) tarjoaa lääkäreille konsultaatioapua.

8. Raskaus ja huumeiden käyttö

Huumeita käyttävän henkilön raskaus on riskiraskaus. Mikäli on tiedossa, että raskaana oleva henkilö on käyttänyt päihteitä ennen raskautta, päihteiden käytön todetaan jatkuvan raskauden aikana, virtsan huumeeseulan perusteella henkilöllä on päihteiden käyttöä, tai jos jostakin muusta syystä herää epäily päihteiden käytöstä, on asiaan syytä puuttua ja selvittää tilannetta tarkemmin.

Tilanne tulee arvioida, ja hoito suunnitellaan sen mukaan. Tavoitteena on turvata sikiölle ja syntyvälle lapselle turvallisen kasvun ja kehityksen ympäristö. Kokonaan päihtetön raskaus on ideaalitilanne, johon ei aina ole mahdollisuutta. Raskaana olevalle tulee tarjota mahdollisuus asianmukaiseen päihdehoitoon ja kertoa eri hoitovaihtoehdoista. Hoidossa tulee ottaa huomioon päihdekäyttöön joskus liittyvä psykiatrinen oheissairastavuus, potilaan sosiaalinen tilanne, mahdolliset infektiot ja muut fyysisen terveyden ongelmat.

Opioidiriippuvaisilla potilailla käynnistetään opioidikorvaushoidon tarpeen arviointi vastuuyksikön käytännön mukaisesti. Esim. HUS:issa arvioidaan mahdollisimman nopeasti, onko potilaalla opioidiriippuvuus, jonka jälkeen voidaan aloittaa raskaudenaikainen buprenorfiinitukihoito, mikäli vieroittautuminen ei ole realistista. Tukihoito aloitetaan sikiöindikaatiolla, joten se ei ole sama asia kuin opioidikorvaushoito. Vauvan vieroitusoireiden ei ole todettu olevan merkittävässä määrin annosriippuvaisia.

Motivoituneilla henkilöillä voidaan tukea opioideista vieroittautumista. Paras aika tähän on toinen raskauskolmannes. Ensimmäisen trimesterin aikana vieroittautuminen voi lisätä keskenmenon riskiä. Vieroitusoireet ovat aina stressi sikiölle, joten vieroitus on syytä tehdä rauhallisesti. Viimeisessä trimesterissä buprenorfiinin annoslasku ei merkittävästi vähennä vauvan vieroitusoireita, mutta voi vaikeuttaa raskaana olevan vointia ja mahdollisesti lisätä ennenaikaisen synnytyksen riskiä. Vieroituksen aikana suunnitellaan avohoidon tukitoimet tai tarvittaessa kuntouttava jatkohoito laitoksessa. Kansainvälisissä suosituksissa on pääsääntöisesti suositeltu raskaudenaikaista tukihoitoa, koska retkahtamisen riski on merkittävä.

Suunnitelma jatkohoidosta synnytyksen jälkeen on tehtävä hyvissä ajoin. Opioidikorvaushoidon tarpeen arviointi ja hoitosuunnitelma on syytä tehdä raskausaikana, jotta korvaushoito voi jatkua suoraan synnytyksen jälkeen.

Korvaushoitopotilaan raskaus

Korvaushoitopotilaan raskauden pitäisi olla suunniteltu etukäteen. Tärkeitä huomioitavia asioita ennen raskautta ovat potilaan voinnin stabilointi, lääkitysten suunnittelu, tupakoinnin lopettaminen ja oheiskäytön lopettaminen.

Korvaushoitopotilaan tullessa raskaaksi korvaushoitolääkettä ei ole syytä vaihtaa. Raskaus indusoi metadonin metaboliaa, lisäksi verivolyyymi kasvaa, joten toisen ja kolmannen trimesterin aikana annosta voidaan joutua säättämään ja esimerkiksi jakamaan kahteen päivääannokseen. Synnytyksen jälkeen sopiva annostus arvioidaan uudelleen. Raskaus ei muuta buprenorfiinin farmakokinetiikkaa.

Valvottu metadonikorvaushoito tai buprenorfiinihoito eivät ole esteitä imetykselle.

9. Korvaushoidon lopettaminen

Korvaushoito on pitkäaikaisen sairauden pysyvä tai pitkäaikainen hoito, jossa lääkehoidon jatkuminen kuntoutumistavoitteen saavuttamisen jälkeenkin voi auttaa ylläpitämään saavutettua tilaa.

Korvaushoidon lopettaminen ei ole onnistuneen korvaushoidon tavoite tai mittari. Hoidossa pysyminen on hyvän hoidon mittari. Hyvässä tasapainossa olevaa korvaushoitoa ei ole syytä lopettaa, ellei potilas itse sitä halua. Jos potilas itse haluaa vieroittautua korvaushoidosta, suunnitellaan lopetus ja riittävät tukitoimet yksilöllisesti.

Hoidon lopettaminen perustuu lääketieteellisesti arvioituun, yksilölliseen tarpeeseen. Korvaushoidon alussa ei pidä määrittellä korvaushoidon tavoiteltua kestoa eikä henkilökunnan pitää kannustaa potilasta hoidon lopettamiseen. Epästabiilissa hoitotasapainossa olevan potilaan korvaushoito lopetetaan, jos potilaalla on turvallisempaa olla hoidon ulkopuolella kuin hoidossa. Lopettamisesta päätettäessä täytyy kuulla myös potilasta.

Korvaushoidon lopetus potilaan aloitteesta

Jos potilas haluaa lopettaa korvaushoidon, hänelle täytyy antaa riittävästi tietoa lopettamisesta ja sen ennusteesta. Potilaan on hyvä tehdä lopullinen päätös yhdessä hoitavan lääkärinsä kanssa. Vieroitus suunnitellaan yhdessä potilaan kanssa. Ennenaikainen tai liian nopea vieroitus johtaa herkästi opioidien käytön uudelleen aloittamiseen.

Onnistuneen hoidon lopetuksen edellytyksiä:

- päihteiden oheiskäyttö 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

Vieroitus tehdään korvaushoitoannosta vähentämällä useiden kuukausien aikana. Asteittaiset annoslaskut antavat potilaalle mahdollisuuden sopeutua lopettamisen aikana syntyviin fysiologisiin, käyttäytymiseen liittyviin ja sosiaalisiin muutoksiin. Useimmat potilaat kestävät 5-10 % annosvähennyksen 1-4 viikon välein. Hoitava lääkäri arvioi potilaan kanssa annosvähennysten suuruuden ja nopeuden potilaan vieroitusoireita ja muuta vointia seuraten. Erityisesti on syytä kiinnittää huomiota masennukseen, ahdistuneisuuteen ja krooniseen kipuun, jotka voivat hoidon lopettamisen yhteydessä vaikeutua ja vaatia tukilääkityksiä.

Annoslaskujen sieto on yksilöllistä, ja osa annoslaskuista voi tuntua edellistä vaikeammilta. Tällöin ei ole syytä kiirehtiä seuraavissa annoslaskuissa. Vieroitusoireet voimistuvat yleensä lääkannosten 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. Vieroituksessa mahdollisesti tarvittava tukilääkitys suunnitellaan yhdessä potilaan ja lääkärin kanssa. Vieroituksen loppupuolella suunnitellaan jatkohoito ja luodaan tarvittavat korvaushoidon jälkeiset jatkokontaktit.

Potilas voi lopettaa annoslaskut missä vaiheessa tahansa ja palata ylläpitoannokseensa.

Mikäli potilas retkahtaa korvaushoidon jälkeen uudelleen käyttämään opioideja, hänelle pitää turvata nopea pääsy takaisin korvaushoitoon. Tämä tarkoittaa nopeaa arviota ja aloitusta ilman pitkää arviointiprosessia ja odottelua.

Korvaushoidon lopetus hoitoyksikön aloitteesta

Opioidikorvaushoito voidaan lopettaa vastoin potilaan tahtoa vain perustelluista syistä silloin, kun edellytyksiä hoidon turvalliselle jatkamiselle ei ole. Sekakäyttö ei ole pääsääntöisesti aihe hoidon lopettamiselle. Sekakäyttö aiheuttaa kuitenkin riskin turvallisen lääkehoidon toteutumiseksi ja edellyttää päihdehoidon tehostamista.

Korvaushoidon lopettaminen ei saa olla rangaistus. Kaikki käytettävissä olevat keinot hoidon jatkamiseksi on aina käytävä läpi ennen hoidon lopettamista.

Mahdollisia hoitavan yksikön aloitteesta tapahtuvan hoidon lopettamisen syitä ovat:

- kaoottinen oheiskäyttö ja toistuvat intoksikaatiot, kun ne muodostavat merkittävän terveysvaaran korvaushoidon yhteydessä eikä tilannetta ole saatu hallintaan muilla keinoilla yrityksistä huolimatta
- vakava tai toistuva väkivaltaisuus henkilökuntaa tai muita potilaita kohtaan tai vakava, toistuva väkivallalla uhkailu silloin kun hoidon siirtäminen muualle ei onnistu
- korvaushoitolääkkeiden todennettu myynti. Pelkkä epäily myynnistä ei riitä.
- pitkään jatkuva huono sitoutuminen hoitoon, jatkuvasti runsaasti poissaoloja klinikalta henkilökunnan motivoinnista ja tukitoimista huolimatta

Lopetuksen yhteydessä potilaalle on tehtävä jatkohoitosuunnitelma. Suunnitelma voi olla esimerkiksi laitosvieroitus, siirto toiseen avohoitoyksikköön tai uusi pääsy korvaushoitoon sovittuna ajan kuluttua. Mikäli potilas siirtyy toiseen yksikköön, tehdään siirtoepikriisi ja mahdollisuuksien mukaan pidetään siirtopalaveri uuden yksikön kanssa.

10. Lopuksi & kirjallisuus

Opioidikorvaushoidon tarvetta arvioidaan, sitä aloitetaan ja toteutetaan maassamme monin eri tavoin, eikä maantieteellinen tasa-arvo tällä hetkellä toteudu. Tämä opas on toivottavasti askel kohti yhtenäisempiä malleja ja asenteita. Se ei ole koko totuus eikä viimeinen totuus, mutta se on paras mahdollinen tässä ajassa ja tällä alueella. Toivomme, että se tarjoaa mahdollisuuksia entistä parempiin näyttöön perustuviin, potilaslähtöisiin hoitoihin ja toimii ainakin keskustelunavauksena parempia hoitoja suunniteltaessa. Jos haluat tarkempia tietoja opioidikorvaushoidosta, hyviä ja luotettavia lähteitä ovat esimerkiksi [NSW Clinical Guidelines -opas](#) ja [huumeongelmaisen käypä hoito](#).

Kirjallisuus

Crunelle C.L., van den Brink W., Moggi F. ym. International Consensus Statement on Screening, Diagnosis and Treatment of Substance Use Disorder Patients with Comorbid Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. Eur Addict Res 2018;24:43–51

Gowing L ym. National Guidelines for Medication-Assisted Treatment of Opioid Dependence. 2014. ISBN: 978-1-74241-945-9. <http://www.nationaldrugstrategy.gov.au/internet/drugstrategy/Publishing.nsf/content/ng-mat-op-dep>

Huumeongelmaisen hoito. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2018. Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö) Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenneurologinen yhdistys ry:n, Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Lastenpsykiatryhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017. Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

Henry-Edwards S, Gowing L, White J ym. Clinical guidelines and procedures for the use of methadone in the maintenance treatment of opioid dependence. Australian Government Department of Health and Ageing 2003. <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/phd-illicit-methadone-guide>

NSW Clinical Guidelines: Treatment of Opioid Dependence 2018. https://www1.health.nsw.gov.au/pds/ActivePDSDocuments/GL2018_019.pdf

National Practice Guideline for the Use of Medications in the Treatment of Addiction Involving Opioid Use. 2015 American Society of Addiction Medicine. <https://www.asam.org/docs/default-source/practice-support/guidelines-and-consensus-docs/asam-national-practice-guideline-supplement.pdf>

Mykkänen S, Kuoppasalmi K, Tissari P, Henriksson M (toim.) Suositus terveydenhoidollisesta huumeetoustuksesta. Asianmukaiset menettelytavat sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköille. 2015, ISSN 2323-4172 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-488-5>

The National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Coexisting severe mental illness (psychosis) and substance misuse: assessment and management in healthcare settings. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg120>

Nechanská B, Mravčík V, Skurtveit S ym. Neonatal outcomes after fetal exposure to methadone and buprenorphine: national registry studies from the Czech Republic and Norway, *Addiction* 2018;;113:1286-1294

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeillä (33/2008) <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2008/20080033>

Wahlbeck K, Hietala O, Kuosmanen L, McDaid D, Mikkonen J, Parkkonen J, Reini K, Salovuori S, Tourunen J. Toimivat mielenterveys- ja päihdepalvelut, Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 89/2018 http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160554/89-2017-YhdessaMielin_valmis.pdf

World Health Organization 2009. Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence.
http://www.who.int/substance_abuse/activities/treatment_opioid_dependence/en/