

Valmistelumuistioluonnos palveluvalikoimaneuvoston suositukseen

Huumeriippuvuuksien hoidon ja kuntoutuksen
psykososiaaliset menetelmät

Valmistelumuistion tarkoitus

Palkon suosituksen kokonaisuus koostuu varsinaisesta suosituksesta, sen tiivistelmästä sekä tästä valmistelumuistiosta. Valmistelumuistion tarkoitus on tuoda esille, mihin tietoon suositus perustuu, sekä miten suosituksen valmistelu on tapahtunut.

Suositus taustamateriaaleineen julkaistaan Palkon [kotisivuilla](#) suomeksi. Tiivistelmä julkaistaan myös [ruotsiksi](#) ja [englanniksi](#).

Sisällysluettelo

1	Suosituksen laatimisen perusteet.....	1
2	Terveysongelma.....	2
2.1	Terveysongelman määrittely	2
2.2	Huumeriippuvuuksien ja monipäihdekäytön luonnollinen kulku.....	4
2.2.1.	Huumeriippuvuuksien luonnollinen kulku	4
2.2.3.	Lääkkeiden väärinkäyttö	10
2.2.3.	Monipäihdekäyttö.....	11
2.2.4.	Haitat toisille	12
2.3	Vaikutukset toimintakykyyn	13
3	Arvioitava menetelmä.....	16
3.1	Menetelmän kuvaus	16
3.2	Potilasryhmä	16
4	Nykyinen tutkimus- ja hoitokäytäntö sekä menetelmä, johon verrataan	16
4.1	Nykyiset tutkimus- ja hoitokäytännöt	16
4.2	Integroitu hoito	20
4.3	Muut hoidossa huomioitavat asiat	21
4.4	Käypä hoito –suositukset	21
4.5	Kiireettömän hoidon periaatteet	25
4.6	Muut kotimaiset suositukset	27
4.7	Lainsäädännön ohjaava vaikutus	31
4.8	Arvio tosiasiallisesta toteutumisesta.....	34

4.9 Ulkomaiset suositukset ja käytännöt	35
5 Vaikuttavuus, turvallisuus ja näytön arviointi	39
5.1 Vaikuttavuus	41
5.2 Muut tulosmuuttajat	42
5.3 Turvallisuus	43
5.4 Hoitoon hakeutumisen ja sitoutumisen edellytykset	44
6 Tilastotiedot	45
6.1 Huumeiden käyttö ja lääkkeiden väärinkäyttö	45
6.2 Terveystieteiden käyttö	48
6.3 Sosiaalipalvelujen käyttö	51
6.4 Kuolleisuus	52
6.5 Huumeiden käytön aiheuttamat kustannukset	53
6.6 Työkyvyttömyyseläkkeet	55
6.7 Sosiaaliturvan kustannukset	56
6.8 Rikollisuus	56
6.9 Kustannusvaikuttavuus	57
7 Eettiset ja järjestämiseen liittyvät näkökohdat	58
7.1 Tiivistelmä EUNETHTA arvokysymyksistä	59
7.1.1. Hyötyjen ja haittojen suhde	59
7.1.2. Puutteellisen tietopohjan merkitys	59
7.1.3. Autonomia	59
7.1.4. Ihmisarvo	60
7.1.5. Oikeudenmukaisuus ja yhdenvertaisuus	60
7.1.6. Lainsäädäntö	61

7.2	Tunnistettujen arvokysymysten punninta	61
7.2.1.	Autonomian kunnioittaminen.....	62
7.2.2.	Haitan välttäminen ja hyvän tekeminen	63
7.2.3.	Oikeudenmukaisuus	64
8	Järjestämiseen liittyvät erityiset näkökohdat	66
9	Potilaskokemus	67
9.1	Potilaiden kokemuksia.....	67
9.1.1.	Päihdehoitoon pääsy ja hoitojen järjestäminen	67
9.1.2.	Päihdehoitojen tavoite	68
9.1.3.	Päihdehoidon toteutuminen.....	68
9.1.4.	Kohteluun liittyvät kokemukset.....	69
9.1.5.	Kehittämisehdotukset.....	69
9.2	Omaisten tapaaminen	70
9.3	Potilasjärjestöt.....	71
10	Valmistelun vaiheet	74
11	Suosituksen valmisteluun osallistuneet.....	75
12	Suosituksen hyväksymiseen osallistuneet	76
13	Lähdeviitteet.....	77
14	Liitteet.....	83

1 Suosituksen laatimisen perusteet

Terveystieteiden tutkimuskeskuksen palveluvalikoimaneuvoston (Palko) alaisuudessa toimii mielenterveys- ja päihdepalvelujen jaosto, joka ehdotti 12.6.2018 neuvostolle aiheeksi päihde- ja peliriippuvuuksien hoidon ja kuntoutuksen menetelmiä. Perusteluna aiheen valmisteluun ottamiselle oli se, että riippuvuudet ovat vakavia sairauksia, jotka koskettavat suurta joukko suomalaisia sekä suoraan että epäsuorasti. Ne lyhentävät merkittävästi sairastuneen henkilön elinajanodotetta ja aiheuttavat syrjäytymistä ja merkittävää haittaa paitsi läheisille myös laajemmin yhteiskunnassa.

Alkoholi-, huume-, lääke- ja peliriippuvuudet ovat laaja kokonaisuus, jossa kullakin riippuvuudella on omat erityispiirteensä ja myös osittain eri hoito- ja kuntoutusmenetelmät. Tämän vuoksi riippuvuussairauksien kokonaisuus on jaettu osiin. Palko hyväksyi 25.9.2020 alkoholiriippuvuuden psykososiaalisia hoitoja koskevan suosituksen. Tämän jälkeen käynnistettiin suositusvalmistelu huume- ja lääkeriippuvuuksien hoidossa ja kuntoutuksessa käytettävistä menetelmistä tilanteissa, joissa riskikäytön ja haitallisen käytön hoitoon tarkoitetut menetelmät eivät riitä. Suositusvalmistelun aikana havaittiin, että kirjallisuuskatsauksien perusteella ei ole mahdollista tehdä lääkeriippuvuuksien psykososiaalisia hoitoja ja kuntoutusta koskevaa suositusta. Palko hyväksyi 5.5.2021 kokouksessaan, että suositus rajataan koskemaan huumeriippuvuuksien hoidossa ja kuntoutuksessa käytettäviä psykososiaalisia menetelmiä.

Huumeriippuvuuksien hoidon ja kuntoutuksen järjestämisessä ja toteutuksessa tiedetään olevan paljon perusteetonta vaihtelua eri alueiden ja myös palvelujen tuottajien välillä (Rissanen ym. 2020). Tämän suosituksen tavoitteena on parantaa vaikuttavien menetelmien käyttöönottoa, toteutusta ja saatavuutta. Vaikuttavuustietoa varten on hankittu kaksi kirjallisuuskatsausta (liitteet 1 ja 2). Lisäksi vaikuttavuustietoa on etsitty Käypä Hoito -suosituksista sekä Ruotsin kansallisista hoitosuosituksista. Jaosto tunnisti

huumeriippuvuuksien hoitoon liittyvän merkittäviä eettisiä arvokysymyksiä, minkä vuoksi jaosto päätyi tilamaan erillisen eettisen analyysin (liite 3).

2 Terveysongelma

2.1 Terveysongelman määrittely

Huumeet ovat laittomia päihdyttäviä aineita. Huumeiden ensikäyttö on useimmiten kokeilua ja satunnaista käyttöä, joka voi vähitellen johtaa riippuvuuden kehittymiseen. Huumeiden käytön yhteydessä on lisääntyvästi ilmaantunut yhtäaikaista lääkkeiden väärinkäyttöä, jolloin puhutaan monipäihdekäytöstä. Lääkkeiden väärinkäytöllä tarkoitetaan sellaista käyttöä, joka ei ole lääketieteellisesti perusteltua. Se voi olla reseptilääkkeiden käyttöä ilman lääkärin määräystä, suurempina annoksina tai eri tarkoituksiin kuin on määrätty. Lääkkeitä voidaan hankkia myös muita kautta kuin apteekista. Pitkittyessään myös lääkkeiden väärinkäyttö voi johtaa riippuvuuteen.

ICD-10:n mukaiset huume- ja lääkeriippuvuuden kriteerit ovat seuraavat:

- Voimakas aineen himo tai pakonomainen halu aineen käyttöön
- Heikentynyt kyky hallita aineen käyttöä
- Vieroitusoireet aineen käytön vähentyessä tai loppuessa
- Aineen sietokyky kasvaa
- Aineen käytön muuttuminen elämän keskeiseksi asiaksi
- Aineen käytön jatkuminen haitoista huolimatta

Kolmen tai useamman kriteerin on esiinnyttävä yhtäaikaisesti vähintään kuukauden ajan viimeksi kuluneen 12 kuukauden aikana tai toistuvasti, mikäli jaksot ovat lyhyempiä.

ICD-10:ssa huumeriippuvuudet kuuluvat luokkiin F11-12, F14-16 ja F18-19. Riippuvuuden aste kuvataan tarkemmalla lisäkoodilla. Taulukossa 1 on esitetty tästä esimerkkinä opioidiriippuvuuden koodit.

Taulukko 1. ICD-10- tautiluokituksen mukainen tarkempi diagnostinen luokitus henkilön riippuvuuden kuvauksen mukaisesti.

Koodi	Kuvaus
F12.20.	Opioidien käytön aiheuttama riippuvuusoireyhtymä, tällä hetkellä vieroittunut
F12.21.	Opioidien käytön aiheuttama riippuvuusoireyhtymä, tällä hetkellä ei käytä, mutta oleskelee rajoittavassa ympäristössä
F12.22.	Opioidien käytön aiheuttama riippuvuusoireyhtymä, tällä hetkellä kliinisesti valvotulla ylläpito- tai korvauslääkityksellä (kontrolloitu riippuvuus)
F12.23	Opioidien käytön aiheuttama riippuvuusoireyhtymä, tällä hetkellä vieroittunut, mutta saa aversio- tai estolääkityshoitoa
F12.24	Opioidien käytön aiheuttama riippuvuusoireyhtymä, tällä hetkellä käyttää ainetta (aktiivinen riippuvuus)
F12.25	Opioidien käytön aiheuttama riippuvuusoireyhtymä, jatkuva käyttö
F12.26	Opioidien käytön aiheuttama riippuvuusoireyhtymä, jaksoittainen käyttö

F12.29	Opioidien käytön aiheuttama riippuvuusoireyhtymä, ei tietoa käytöstä
--------	--

2.2 Huumeriippuvuuksien ja monipäihdekäytön luonnollinen kulku

2.2.1. Huumeriippuvuuksien luonnollinen kulku

Huumausaineet eli huumeet ovat päihdyttäviä aineita. Yleisesti käytettyjä huumeita ovat kannabistuotteet, stimulantit, hallusinogeenit ja opiaatit. Näitä täydentävät enenevässä määrin erilaiset muuntohuumeet. Huumeiden ensikäyttö on useimmiten kokeilua ja satunnaista käyttöä. Koettu mielihyvä ja käyttöön liittyvät sosiaaliset tekijät voivat johtaa samanlaisen kokemuksen toistuvaan tavoitteluun ja vähitellen riippuvuuden kehittymiseen. Käyttäjien joukko on aikaisempaa laajempi. Tämä johtunee siitä, että asenteet huumeiden käyttöä kohtaan ovat lieventyneet samalla kun aineiden saatavuus on helpottunut (Rönkä ja Markkula, 2020).

Suomalainen huumeriippuvainen on aloittanut päihteiden käytön yleensä noin 13-vuotiaana alkoholilla ja tupakalla. Seuraavaksi on kokeiltu kannabista ja bentsodiatsepiineja noin 15-vuotiaana, amfetamiinia noin 17,5 vuotiaana ja buprenorfiinia noin 19-vuotiaana. Hoitoon hakeudutaan keskimäärin 30-vuotiaana (Aalto ym. 2018a). Suomessa huumeiden käytössä erityispiirteenä on amfetamiinin väärinkäyttö kokaiinin sijaan. Myös eri päihteiden samanaikainen tai vuorotteleva käyttö on yleistä (Hakkarainen ym. 2019). Huumeiden tai netistä tilattavien muuntohuumeiden käyttö voi myös alkaa ilman edeltävää tupakan tai alkoholin ongelmakäyttöä (Hakkarainen ym. 2019).

Käytön hallintaan vaikuttaa osin se, missä määrin käyttöön liittyy riskitietoisuutta ja omia periaatteita (hallittu käyttö) ja missä määrin käyttöä ohjaa elämäntilanteet (holtiton käyttö) sekä lopulta se, miten nopeasti riippuvuuden kehittyminen johtaa pakonomaiseen käyttöön (Zinberg 1984, Hakkarainen ym. 2019). Osalla ihmisistä on perinnöllinen taipumus kokea

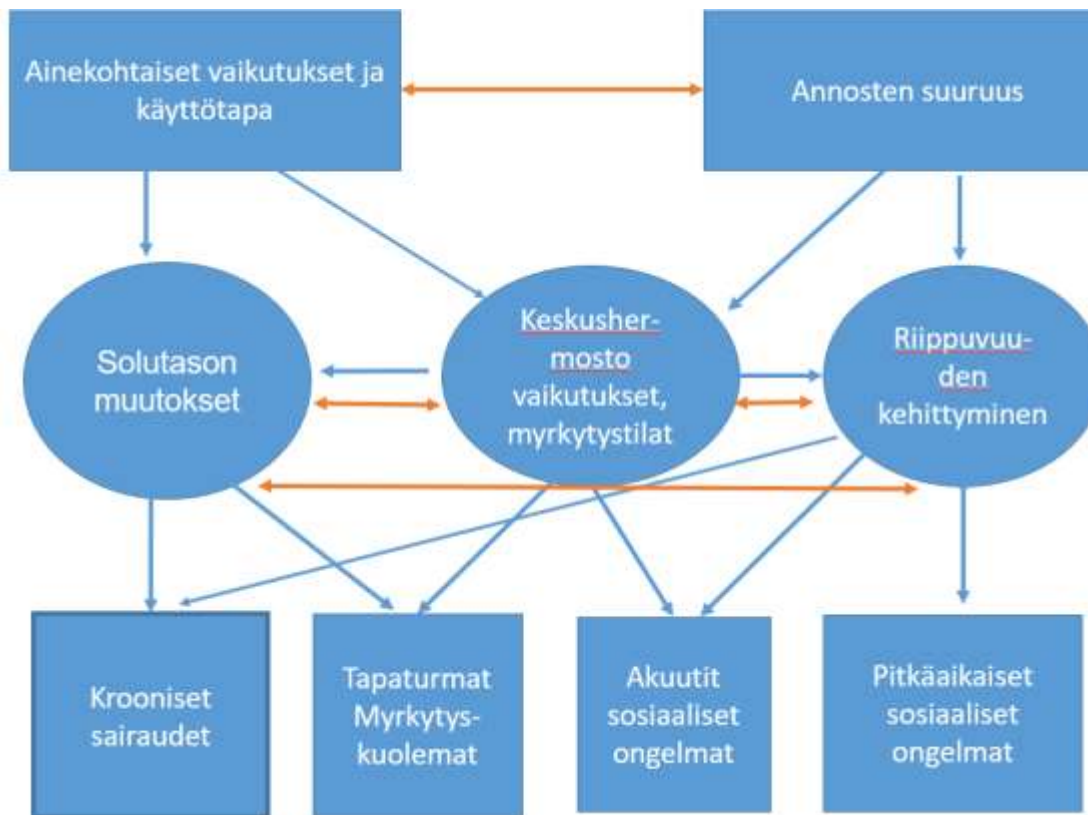
huumeiden ja muiden päihteiden vaikutus erityisen palkitsevana, mikä voi johtaa käytön lisääntymiseen, sietokyvyn kasvuun sekä vieroitusoireisiin ja siten riippuvuuden kehittymiseen (Enoch 2012).

Niin huumeiden kokeiluun kuin riippuvuuden kehittymiseen vaikuttavat sekä yksilölliset tekijät että ympäristötekijät. Yksilöllisiä tekijöitä ovat erityisesti perintötekijät, persoonallisuuden piirteet ja koettu vaikutus erilaisiin subjektiivisiin oireisiin sekä olo- ja tunnetiloihin. Huumeiden käytön aloitus ajoittuu usein nuoruusikään ja kokeiluun vaikuttaa erityisesti nuoruusiän kehitykseen liittyvä impulsiivisuus ja riskinotto. Myös diagnosoimaton ADHD, masennus tai ahdistus sekä hoitamaton traumaperäinen stressihäiriö tai alkava psykoosi voivat olla huumeiden kokeilun taustalla. Subjektiivinen kokemus mielenterveyden tai käyttäytymisen häiriöön liittyvien oireiden ja tunnetilojen muuntumisesta vähemmän haittaaviksi huumeiden vaikutuksesta voi johtaa huumeiden käytön jatkamiseen, mikä johtaa vähitellen riippuvuuteen. Ympäristötekijöitä ovat erityisesti huumeiden kokeiluun ja käyttöön altistava ystäväpiiri ja lähipiirin asenteet, huumeiden saatavuus, sosiaaliset olot, lapsuuden turvattomuus ja elinaikana koetut traumaattiset tapahtumat (Allaste 2006, Väyrynen 2007).

Huumeet aiheuttavat keskushermostovaikutusten johdosta erilaisia käyttäytymisen muutoksia, psyykkisiä oireita ja lopulta myös riippuvuutta. Huumeriippuvuudesta seuraa paitsi käyttäytymisen muuttuminen ja käytön ehdollistuminen erilaisten tilanteiden ja ympäristövihjeiden herkistämänä myös vakavia terveyshaittoja, sosiaalisia ongelmia sekä rikollisuutta. Terveyshaittoja ovat erityisesti infektiot (C-hepatiitti, B-hepatiitti, HIV ja vaikeat syvät infektiot), mielenterveyshäiriöt ja niiden oireiden voimistuminen (masennus, ahdistus, ja psykoottiset oireet), itsetuhoisuus sekä eriaistiset, jopa kuolemaan johtavat myrkytystilat ja tapaturmat (Aalto ym. 2018b, Rönkä ja Markkula 2020). Suonensisäisiin valmisteisiin liittyy myös vakavia verenkiertohäiriöitä, jotka voivat johtaa eriaistisiin yläraajan ääreisosien amputaatioihin. Tämä vaikeuttaa niin toiminta- kuin työkykyä (Lindfors ym. 2020)

Henkilöillä, joilla on alkoholiongelma, on suurentunut varhaisen kuoleman riski. Alkoholiongelman takia sairaalahoitoa saaneiden elinajanodote on yli 20 vuotta lyhyempi kuin muun väestön (Westman ym. 2015). Sama ilmiö on nähtävissä myös huumeiden käyttäjillä (Karjalainen ym. 2020a). Suomessa kaikkien myrkytyskuolemien määrä on pitkään ollut laskussa, mutta Tilastokeskuksen kuolemansyytilaston mukaan huumekuolemien määrä on kasvanut vuodesta 2015 (Suomen virallinen tilasto 2021). Vuonna 2018 huumeisiin kuoli 261 henkilöä, mikä on enemmän kuin kertaakaan aiemmin 2000-luvulla ja erityisesti alle 25 vuotiaiden huumemyrkytyskuolleisuus on lisääntynyt. Vuonna 2019 huumemyrkytyskuolemia oli 234. Melkein kaikki nuorten huumemyrkytyskuolemat olivat tahattomia ja valtaosan aiheutti jokin opioidi, pääasiassa yhdessä muiden keskushermostoa lamaavien aineiden kanssa (Kriikku ym.2020). Huumemyrkytyksiin kuolla Suomessa keskimäärin nuorempana kuin muissa Pohjoismaissa ja noin neljännes kuolleista on naisia (Simonsen ym. 2020).

Sosiaalisiin seurauksiin ja syrjäytymiseen johtavia tekijöitä ovat erityisesti koulunkäynnin ja opiskelun keskeytyminen, työttömyys, väkivaltainen ja turvaton elinympäristö, asunnottomuus ja heikko toimeentulo (Aalto ym. 2018b, Rönkä ja Markkula 2020). Huumeiden ongelmakäyttäjille syntyy usein myös huumevelkoja alakulttuurin sisällä, eivätkä he selviä arkipäiväisistä menoistaan. Luottotiedottomina heidän on vaikeaa saada asuntoa silloinkaan, kun he yrittävät irtautua riippuvuuksistaan ja muuttaa elämäänsä (Kekki ja Noponen 2008, Perälä 2011). Kuvassa 1 on havainnollistettu huumeriippuvuuksien vaikutuksia ja seurauksia yksilölle.



Kuva 1. Huumeiden käytön seuraukset ja keskinäiset yhteydet. ¹

Huumeriippuvuuteen liittyy kohonnut riski päihtyneenä ajamiseen, väkivaltaisuuteen sekä muuhun rikollisuuteen, joka voi olla huumausaineiden käyttör rikoksia, käytön mahdollistamiseksi tehtyjä rikoksia sekä huumeiden välittämiseen liittyviä rikoksia (Kekki ja Noponen 2008, Aalto ym. 2018b). Vakiintunut ongelmakäyttö altistaa väkivallalle myös näkijänä ja/tai uhrina (Hautala ym. 2018).

¹ Mukaeltu WHO neuroscience of Psychoactive Substance Use and Dependence. Summary (2004), Global use of psychoactive substances and burden to health, p 13

Huume- ja lääkerattijuopumusepäilyt ovat kasvaneet voimakkaasti samalla kuin alkoholirattijuopumusten määrä on laskenut (Rönkä ja Markkula 2020). Vuonna 2003 Suomessa otettiin huumerattijuopumuksissa käyttöön ns. nollatoleranssilaki (Rikoslain 23. luku). Lain käyttöönottovuonna (2003) epäiltyjä huume- ja lääkerattijuopumuksia oli lähes 3000 ja vuonna 2019 epäiltyjä oli jo 9 236, määrä on ollut kasvussa vuoden 2012 jälkeen. Viimeisinä vuosina huume- ja lääkerattijuopumusepäilyjen osalta noin 93 prosentissa näytteistä on todettu vähintään yksi huumaus- tai lääkeaine, monipäihdekäytön osuus on selkeästi kasvanut. Amfetamiini (61 prosentissa tapauksista) sekä bentsodiatsepiinit (lähes 60 % kaikista epäillyistä) ovat yleisimmät löydökset.

Taulukkoon 2 on koottu huumeriippuvuuteen sekä sekakäytön kehittymiseen vaikuttavia tekijöitä sekä riippuvuuden kehittymisen ja sen seurauksien vaihteita. Altistavat tekijät ja niiden merkitys huumeriippuvuuden kehittymisessä ja sen hoidossa ovat yksilöllisiä. Altistavat tekijät, moniongelmaisuus ja seurauksien kierre vaikeuttavat hoitoon hakeutumista. Mitä pidempään huumeriippuvuus kestää, sitä laaja-alaisemmin se vaikuttaa yksilön kokonaistilanteeseen ja sitä vaikeammaksi hoitoon hakeutuminen sekä siihen sitoutuminen muodostuu. Mitä enemmän normaalin elämän edellytyksiä on menetetty, sitä kokonaisvaltaisempaa otetta riippuvuuden hoito edellyttää.

Taulukko 2. Huumeriippuvuuksiin altistavia tekijöitä sekä riippuvuuksiin liittyviä mahdollisia seurannaisilmiöitä sen eri vaiheissa.

Eletyn elämän altistavia tekijöitä	Riippuvuuden kehittymisen vaihe	Riippuvuuksien kehittymisen seurauksia
Perinnöllisyys sekä perimän ja ympäristön yhteisvaikutus	Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt vahvistuvat	Samanaikaiset mielenterveysongelmat kroonistuvat
Varhaiset psyykkiset traumat	Sosiaalisten suhteiden kapeutuminen toisiin käyttäjiin ja aineiden saatavuuden varmistamiseen	Päihteiden käyttö ja aineiden saanti ohjaavat kaikkea toimintaa
Kiusatuksi tuleminen	Syrjäytymiseen johtava kierre käynnistyy: opiskelujen keskeytyminen, työttömyys, toimeentulovaikkeudet	Ammatillisten koulutuksen puute ja vähäinen työhistoria sekä työttömyys
Nuoruuden sosiaaliset suhteet ja mallit	Huumeperäiseen rikollisuuteen ajautuminen	Narkomaaniksi leimautuminen ja stigma
Päihdemyönteinen elinympäristö	Psykkisten traumojen syveneminen	Vakavat terveys- ja sosiaaliset ongelmat
Ei peruskoulun jälkeistä koulutusta		Lasten huostaanotto
Tunnistamattomat ja hoitamattomat mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt		Asunnottomuus ja perhesuhteiden heikentyminen

Eletyn elämän altistavia tekijöitä	Riippuvuuden kehittymisen vaihe	Riippuvuuksien kehittymisen seurauksia
		Väkivallalle altistuminen
		Vankilatuomiot
		Ennenaikainen kuolema

2.2.3. Lääkkeiden väärinkäyttö

Suomalaisten huumeiden käyttöä on kartoitettu säännöllisesti väestötutkimusten avulla 1990-luvun alkupuolelta lähtien. Tutkittavat on poimittu satunnaisotannalla 15–68-vuotiaasta suomalaisväestöstä. Samassa kyselyssä kysytään myös lääkkeiden ei-lääkinnällisestä käytöstä. Vuonna 2014 tämä kysymys muotoiltiin kattamaan ainoastaan reseptillä saatavat lääkkeet. Vuonna 2018 joskus elämän aikana tapahtuneesta lääkkeiden väärinkäytöstä raportoi seitsemän prosenttia ja noin prosentti raportoi edeltäneiden 12 kuukauden aikana käyttäneensä bentsodiatsepiineja tai opioideja ei-lääkinnälliseen tarkoitukseen (Karjalainen ym. 2020b).

Lääkkeiden väärinkäyttöä esiintyy erityisesti vahvojen kipu- ja unilääkkeiden sekä rauhoittavien lääkkeiden ja stimulanttien käytön yhteydessä. Myös pregabaliniin ja gababentiinin väärinkäyttö on selkeästi lisääntynyt (Evoy ym. 2021, Hägg ym. 2020). Lääkkeiden aloitus voi olla lääketieteellisesti perusteltua, mutta niiden säännöllinen käyttö voi johtaa riippuvuuteen ja tarvittavien annosten kasvamiseen, jos riippuvuuden kehittymisen mahdollisuutta ei huomioida ja ennaltaehkäistä. Huumausaineiksi määritettyihin lääkkeisiin liittyy erityisen suuri riippuvuuden kehittymisen riski.

Päihdehakuiseen lääkkeiden käyttöön viittaa reseptillä määrättyjen annosrajojen toistuva ylittyminen ja reseptin uusintapyyntöjen tiheneminen sekä lääkkeiden ”katoaminen”. Väärinkäyttöön viittaa myös epäselvä ja vaihteleva oireisto, vaatimus saada juuri tiettyä valmistetta sekä haluttomuus pysyvään hoitosuhteeseen. Lääkkeiden väärinkäytön riski on suurin henkilöillä, joilla on aiempaa alkoholin tai huumeiden väärinkäyttöä (Simojoki 2018).

Lääkkeitä hankitaan myös laittomasti, katukaupasta tai verkosta, jolloin sekä niiden hinta että sisältö voivat vaihdella. Laiton lääkkeiden hankinta on yleistä monipäihdekäytössä.

Lääkeriippuvuuksiin liittyy tyypilliset riippuvuuskäyttäytymisen oireet sekä lääkkeiden keskushermostovaikutusten vuoksi huomiokyvyn aleneminen, koordinaation heikkeneminen ja väsyminen. Terveydelliset seuraukset riippuvat käytetystä lääkkeestä, muiden päihteiden ja lääkkeiden samanaikaisesta käytöstä, yksilöllisistä tekijöistä ja myös henkilön iästä (Saastamoinen ym. 2017, Rapeli ja Simojoki 2021, Evoy ym. 2021). Erityisesti iäkkäillä voimakkaisiin kipulääkkeisiin liittyy merkittäviä toimintakykyyn vaikuttavia haittoja kuten kaatumisalttius sekä yhteisvaikutukset muun lääkehoidon kanssa (Lauhio ym. 2018). Lääkkeiden väärinkäyttöön liittyy myös mielenterveysongelmia ja heikentyvä opiskelu- sekä työkyky. Osa terveyshaitoista voi olla pysyviä.

2.2.3. Monipäihdekäyttö

Päihteiden samanaikainen tai vuorotteleva käyttö on yleistynyt. Monipäihdekäytön tavoitteena on eri päihteiden yhteisvaikutus, jonka päämääränä voi olla esimerkiksi vahvistaa päihtymystilaa, pitkittää päihtymyksen kestoja, tuottaa uudenlaisia kokemuksia tai tasapainottaa tai vähentää jonkun toisen aineen vaikutusta (Hunt ym. 2009, Schensul ym. 2005). Yhteiskäytön kaksi tavallisinta aineyhdistelmää ovat kannabis ja alkoholi sekä lääkkeet ja alkoholi (Kuussaari ym. 2017, Hakkarainen ym. 2019, Karjalainen ym.2020b). MiksMix-projektissa haastatellut sekakäyttäjät jakaantuivat neljään ryhmään: 1) kokeilu/-testaaminen, 2) mielihyvän lisääminen / suorituksen parantaminen, 3) ”lääkitseminen” eli oireisiin ja tunnetiloihin vaikuttaminen ja 4) raju päihtymys (Hakkarainen ym. 2019).

Potilasaineistossa lääkkeet ja alkoholi ovat yleisin yhdistelmä, väestöaineistossa kannabiksen ja alkoholin yhdistelmä on tavallisempi (Kuussaari ym. 2017, Karjalainen ym. 2020b).

Lääkkeiden väärinkäyttö on yhä useammin yhteydessä huumeiden käyttöön. Vuonna 2002 noin viidesosa (21 %) lääkkeiden väärinkäyttäjistä raportoi käyttäneensä huumeita viimeisen vuoden aikana mutta vuonna 2014 vastaava osuus oli jo 70 prosenttia. Yleisimmin käytetty huume oli kannabis (92 prosenttia), mutta lisäksi noin 70 prosenttia oli käyttänyt jotain muuta huumetta, useimmiten jotain stimulanttia kuten ekstaasia (41%) tai amfetamiinia (39%).

Päihteiden (alkoholi, huume) väärinkäyttäjillä esiintyy lääkkeiden väärinkäyttöä myös erilaisten oireiden sekä olo- ja tunnetilojen vuoksi. Lääkkeillä yritetään tällöin vaikuttaa esimerkiksi mielenterveyteen ja/tai käyttäytymiseen liittyviin oireisiin (esim. unettomuus, ahdistus, tarkkaavaisuuden ongelmat).

Monipäihdekäytön seuraukset ovat usein vakavia odottamattomien yhteisvaikutusten vuoksi: myrkytystiloja, väkivaltaisuutta ja kontrolloimatonta käytöstä sekä vaikeita psyykkisiä oireita. Yleisimpiä kuolemansyitä monipäihdekäyttäjillä olivat huumemyrkytykset/yliannostukset (38%) ja itsemurhat (14%). Kuolleisuus on kohonnut erityisesti nuorilla ja yksinasuvilla (Karjalainen ym. 2020a). Myrkytyskuolemista bentsodiatsepiinien yhteiskäyttö alkoholin tai muiden keskushermostoa lamaavien aineiden kanssa on yleistä. Tutkittaessa lääkkeiden käyttöön liittyviä myrkytyskuolemia vuosilta 2011-2013 todettiin, että 50.4 prosentissa tapauksista vähintään yhtä laboratorionäytteissä tunnistettua lääkettä ei oltu määrätty reseptillä (Haukka ym. 2018). Ilman reseptiä hankittuja lääkkeitä todettiin erityisesti vainajilta, joilla oli ollut myös huumeiden väärinkäyttöä (88.5%) ja joilla lääkkeet olivat yhteydessä kuolemaan johtaneeseen myrkytykseen (71%).

2.2.4. Haitat toisille

Kaikkiin päihderiippuvuuksiin liittyy myös merkittäviä haittoja toisille, niin omalle perheelle, lähipiirille kuin laajemmin koko väestölle. Nutt ym. (2010) ovat esittäneet huumeriippuvuuden haitat sekä yksilön että laajemmin koko väestön näkökulmasta. Lähipiirin haitat

ilmenevät erityisesti jatkuvana huolena ja mahdollisen väkivallan tai taloudellisen hyväksikäytön uhriksi joutumisena. Laajemmin haitat näyttäytyvät huume- tai lääkeriippuvuudesta johtuvan käyttäytymisen seurauksena; uhkatilanteet, väkivalta, rikollisuus ja liikennetapaturmat. Näiden haittojen taloudelliset seuraukset ovat merkittäviä ja ne vaikuttavat myös yhteiskunnan toimivuuteen (katso kappale 6).

2.3 Vaikutukset toimintakykyyn

Toimintakyky on keskeinen osa ihmisen hyvinvointia. Toimintakykyyn vaikuttavat kehon tason ongelmat (suorat terveystahdit kehon rakenteisiin ja sen toimintaedellytyksiin), suorituksen vaikeudet (selviytyminen arkiympäristössä päivittäisistä toiminnoista kuten hygieniasta huolehtiminen, ruoan laitto ja siivoaminen) ja osallistumisen edellytykset (mahdollisuudet osallistua yhteiskunnan toimintaan kuten opiskella, työllistyä ja ylläpitää sosiaalisia kontakteja)².

Suomenkielisiä huumeongelmallisille soveltuvia validoituja toimintakyvyn arviointimenetelmiä ovat WHODS2.0 ja Paradise24fin³. Näiden lisäksi psykiatrian vuodeosastoilla (joissa esimerkiksi huumepsykoosit hoidetaan) hoitoilmoitusten lisätiedoissa käytetään toimintakyvyn arviointiin GAS (global assesement scale) -arviota (Endicott ym. 1976). Päihteidenkäyttäjien hoitoon erikoistuneissa palveluissa käytetään esimerkiksi EuropASI (European Addiction Severity Index) (Kokkevi 1995) tai Paradise arvioita päihderiippuvuuden vaikeusasteen arviointiin. EuropASI sisältää kattavan liitännäisongelmien arvioinnin.

WHO:n ICF-luokituksen² (international classification of functioning, disability and health) mukaisesti henkilön toimintakykyyn vaikuttaa sairauden tai vamman vuoksi myös kontekstuaaliset tekijät eli yksilökohtaiset ominaisuudet sekä ympäristö toiminnan mahdollistajana

² Lisätietoa toimintakyvyn osa-alueista ja ICF:stä on saatavilla THL:n sivustoilta (<https://thl.fi/fi/hakutulokset?q=ICF>)

³ Mittarit löytyvät THL:n TOIMIA tietokannasta <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/etusivu/toimia-tietokanta>

tai estäjänä. Yksilötekijöitä ovat mm. sukupuoli, ikä, muut terveydentilatekijät, yleiskunto, elämäntavat, tottumukset, kasvatusta, selviytymisstrategiat, sosiaalinen tausta, hankittu koulutus, ammatti, entiset ja nykyiset kokemukset, yleinen käyttäytymismalli ja luonteenomaiset käytöspiirteet, yksilölliset henkiset vahvuudet ja muut ominaisuudet, joista kaikki tai jokin niistä saattaa vaikuttaa henkilön toimintakykyyn. Yksilötekijöiden vaikutukset niin huume- ja lääkeriippuvuuksien kehittymiseen kuin niistä toipumisen edellytyksiin ovat merkittäviä ja ne on myös huomioitava psykososiaalisten hoitomuotojen valinnassa ja toteutuksessa.

Ihminen toimii ennen kaikkea omassa arkiympäristössään, mutta itsenäisen toimeentulon ja elämänlaadun kannalta ympäristöä on tarkasteltava laajemmin. Ympäristö voi olla yksilön toimintakykyä mahdollistava tai rajoittava. Yleensä ympäristön roolista puhutaan vain silloin, kun henkilöllä on merkittävä fyysisen toimintakyvyn vaje kuten liikunta- tai näkövamma. Ympäristö käsitteenä kattaa kaikki ihmisen toimintakykyyn vaikuttavat keskeiset toimijat kuten sosiaali- ja terveydenhuolto, koulutus- ja työllistymismahdollisuudet, muut keskeiset palvelut sekä laajemmin myös asenteet. Palvelujen järjestämisen yhteydessä puhutaan niiden saavutettavuudesta. Ympäristön merkitystä huume- ja tai lääkeriippuvuuden hoidon ja siitä toipumisen mahdollistajana tai estäjänä on kuvattu taulukossa 3. Palvelujen saavutettavuuden ja saamisen kannalta merkittäviä ovat kohtaamiseen, kohteluun sekä palvelujen oikea-aikaisuuteen, riittävyyteen sekä yhteistyöhön liittyvät haasteet.

Taulukko 3. Ympäristön merkitys huumeriippuvuuksien hoitojen mahdollistajana ja rajoittajana

Ympäristö riippuvuuksien hoidon mahdollistajana	Ympäristö riippuvuuksien hoidon estäjänä
Tuomitsematon ja asiallinen kohtaaminen kaikissa palveluissa	Kielteiset asenteet: ihmisarvoa alentava, syyllistävä, syrjivä
Hoitojen oikea-aikainen saatavuus ja yksilötekijöiden huomiointi hoitojen räätälöinnissä	Riippuvuuksien hoidon tarvetta ei tunnisteta eikä hoitoa ole tarjolla
Luottamus mahdollisuuksiin parantaa potilaan motivaatiota ja sitoutumista hoitoon, myös relapsin jälkeen	Hoidon järjestämisen vastuutaho ei usko hoitojen vaikuttavuuteen, mikä vaikuttaa niin hoitojen saatavuuteen kuin niiden laadukkaaseen sisältöön
Asunnon ja toimeentulon järjestyminen	Syrjivä kohtelu asunnon järjestämisessä
Koulutuksen ja työllistymisen mahdollistuminen	Koulutus ja työllistymismahdollisuuksien epäminen tai rajoittaminen siten, että yksilön omia kiinnostuksia ei tueta.
Saumaton, yksilön tarpeet huomioiva yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon sekä oikeusjärjestelmän välillä	Rangaistusten, häpeän, pakotteiden ja pelottelun kulttuuri

Elämänlaatu kattaa keskeiset ihmisen toimintaan ja kokemuksiin liittyvät elämän osa-alueet. Se on laajempi käsite kuin terveys, toimintakyky ja yhteiskunnan toimintaan osallistumisen mahdollisuudet. Elämänlaatu sisältää myös kokemuksen ihmisarvoisesta

kohtelusta, kuulluksi tulemisesta ja luottamuksesta saada tarvitsemaansa apua elämän eri kriiseissä niihin vaikuttavista tekijöistä huolimatta.

3 Arvioitava menetelmä

3.1 Menetelmän kuvaus

Tässä suosituksessa käsitellään niitä psykososiaalisia menetelmiä, jotka on osoitettu vaikuttaviksi menetelmiksi huumeriippuvuuden hoidossa. Lisäksi arvioidaan menetelmien vaikuttavuuden edellytyksiä.

3.2 Potilasryhmä

Kohderyhmäksi on valittu ne potilaat, jotka täyttävät ICD-10:n mukaiset huumeriippuvuuden kriteerit (F11, F12, F14, F15, F16, F18 ja F19). Nuorten kohdalla kohderyhmänä on myös ongelmakäyttäjät. Kohderyhmänä ovat yli 12 vuotiaat.

4 Nykyinen tutkimus- ja hoitokäytäntö sekä menetelmä, johon verrataan

4.1 Nykyiset tutkimus- ja hoitokäytännöt

Kunnilla on järjestämisvastuu päihdepalveluista. Päihdepalveluita järjestetään osana tavanomaisia sosiaalihuollon ja terveydenhuollon palveluita sekä päihdehuollon erityispalveluina. Lainsäädännön ohjaava vaikutus on kuvattu tarkemmin kappaleessa 4.7.

Perusterveydenhuollossa (sis. opiskelijaterveydenhuolto ja työterveyshuolto) tunnistetaan päihteiden riskikäyttö ja riippuvuudet, annetaan ohjausta päihteidenkäytön vähentämiseen ja lopettamiseen sekä motivoidaan ja lähetetään potilas tarvittaessa päihdehuollon erityispalveluihin. Perusterveydenhuollossa hoidetaan myös lääke- ja muita riippuvuuksia sekä päihteiden käytön aiheuttamia muita terveysongelmia ja vammoja. Alkoholikatkaisuhoidoja toteutetaan osassa terveyskeskussairaaloita. Tartuntatautilain mukaiset terveysneuvontapisteet, joissa vaihdetaan huumeiden käyttövälineitä, ovat osa terveydenhuollon palvelua.

Sosiaalihuollon yleisiin palveluihin kuuluvat muun muassa asiakkaan neuvonta ja ohjaus, päihdeongelmien huomioon ottaminen lastensuojelussa, aikuissosiaalityössä sekä erityisryhmien sosiaalityössä.

Päihdehuollon erityispalvelut voivat olla luonteeltaan terveydenhuoltoa tai sosiaalihuoltoa. Terveydenhuollossa päihdehuollon erityispalveluita toteutetaan avohoitona (A-klinikat, nuorisoasemat ja vastaavat avohoitoyksiköt) sekä laitoshoidona ja -kuntoutuksena (katkaisuhoidon asemat, hoito- ja kuntoutuslaitokset). Osassa kuntia terveydenhuollon erityispalvelut on järjestetty yhteisinä palveluina sosiaalihuollon organisaatiossa. Sosiaalipalveluissa päihdehuollon erityispalveluita ovat esimerkiksi hätämajoitus (ensisuojaus), asumispalvelut ja päivätoimintakeskukset.

Päihdelääketiede ei ole Suomessa lääketieteen erikoisala, mutta se on hyväksytty erityispätevyys. Päihdelääketieteen erityispätevyys on tarkoitettu kaikille Suomessa laillistetuille lääkäreille, jotka ovat Suomen Lääkäriliiton jäseniä. Päihdelääketieteen yhdistyksen nimeämä erityispätevyystoimikunta vastaa koulutuksen suunnittelusta ja Suomen Lääkäriliitto vastaa erityispätevyyden myöntämisestä.

(<https://www.laakariliitto.fi/palvelut/koulutukset/erityispatevyydet/paihdelaaaketiede/>).

Riippuvuusongelmien erikoissairaanhoidon ja työnjako päihdehuollon erityispalveluiden ja erikoissairaanhoidon välillä on järjestetty eri sairaanhoitopiireissä vaihtelevasti. Monessa sairaanhoitopiirissä on riippuvuuspsykiatrian tai päihdepsykiatrian yksiköt aikuispotilaille. Niiden työ painottuu yleensä sellaisten potilaiden hoitoon, joilla on samanaikainen muu vaikea psykiatrinen sairaus ja riippuvuusongelma. Erikoissairaanhoidon potilas tarvitsee kiireettömään hoitoon lähetteen perustasolta (sis. opiskelijaterveydenhuolto ja työterveyshuolto). Päihdepsykiatrian yksiköillä saattaa olla myös päivystysluonteisia vastaanottoja. Vaikeimmissa tapauksissa ja pitkissä hoitosuhteissa tarvitaan erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon yhteistyötä.

Terveysthuoltolain mukaisia päihdehuollon erityispalveluita tuotetaan kunnissa ja kuntayhtymissä monella eri tavalla. Kunta voi tuottaa avohoidon päihdepalvelut kokonaan tai osittain itse. Etenkin pienissä kunnissa päihdehoidon palvelut tuotetaan osana perusterveydenhuoltoa, mielenterveyspalveluita tai sosiaalihoitoa. Moni kunta hankkii osan tai kaikki päihdehoidon avopalvelut yksityisiltä toimijoilta. Sama koskee päihdehoidon laitospalveluita. Vuonna 2019 päihdehuollon laitoshoidon hoitopäivistä 64 % toteutui yksityisissä palveluissa (THL tilastoraportti 45/2020). Yksityisten toimijoiden osuus palvelutuotannosta on todennäköisesti kasvanut viime vuosina. Palveluiden hankkiminen vaatii tilaajaosaamista, hankittavien palveluiden valvontaa sekä erityisesti toimia palveluiden yhteensovittamiseksi.

Päihdehoidon käytännöt, määrä ja laatu vaihtelevat kunnittain. Huumeongelmat voivat tulla esimerkiksi esiin terveydenhuollossa muiden sairauksien ja vammojen hoidon yhteydessä. Koko hoitoverkostoa pyritään käyttämään tarkoituksenmukaisesti.

Päihdepalvelujen tavoitteena on haittojen vähentäminen, luottamuksen rakentaminen ja henkilön motivoiminen hoidon piiriin. Erityisesti on huomioitava, että niiden nuorten, joilla huumeiden ongelmakäyttöä tai kehittämässä oleva huumeriippuvuus, tavoittaminen on vaikeaa, koska heillä ei ole vielä huumeriippuvuuteen liittyviä koettuja haittoja eikä tarvittavaa motivaatiota.

Luottamuksellinen ja avoin hoitosuhde on tärkeä työkalu huumeongelman toteamisessa ja hoidossa. Potilas ei kuitenkaan aina uskalla kertoa huumeiden käytöstään lääkärille, eikä lääkäri aina saa ongelmaa selville edes kyselemällä. Terveysthuollon toiminta on salassapitovelvollisuuden piirissä. Pelko laittomien aineiden käytön esiin tulemisesta ei saisi olla hoidon tarpeen tunnistamisen tai hoidon toteutumisen este. Ei kuitenkaan ole tietoa siitä, kuinka usein pelko mahdollisista seurauksista on hoitoon hakeutumisen este.

Opiskelun aikana tehtävästä huumeetestauksesta säädetään niin sanotussa SORA-lainsäädännössä (opiskeluun soveltumattomuuden ratkaisuja). Sovellusohjeita annetaan vuonna 2015 julkaistussa sosiaali- ja terveysministeriön oppaassa ”SORA-säännösten ja -

määräysten toimeenpanosta terveydenhuollossa”. Koulutuksen järjestäjä voi edellyttää opiskelijaa esittämään huumetestiä koskevan todistuksen, mikäli käytännön tehtävässä, työssäoppimisessa tai työharjoittelussa syntyy epäily siitä, että opiskelija on huumausaineiden vaikutuksen alaisena tai riippuvainen huumeista ja hänen toimintakykynsä on heikentynyt. Tarvittaessa on järjestettävä päihdeohjelman mukaiset tukitoimet.

Työelämässä tehtävistä huumetesteistä säädetään yksityiskohtaisesti valtioneuvoston asetuksessa (218/2005) ja annetaan sovellusohjeita sosiaali- ja terveysministeriön ohjeessa (2/2006). Työelämän huumetestausta voi pyytää joko työnantaja tai terveydenhuollon toimintayksikkö. Samassa yhteydessä työterveyshuoltolakiin (1383/2001) lisättiin säännökset työnantajan velvollisuudesta laatia yhteistyössä henkilöstön kanssa kirjallinen päihdeohjelma, joka sisältää työpaikan yleiset tavoitteet ja noudatettavat käytännöt päihteiden käytön ehkäisemiseksi ja päihdeongelmaisten hoitoon ohjaamiseksi.

Muiden viranomaisten toiminnalla on usein merkittävä vaikutus siihen, että henkilö tulee päihdehoidon potilaaksi. Poliisi voi pyytää arviota ajoterveydestä tai aseenkantoluvasta. Nuorten huumeiden käyttörikoksissa voi olla käytössä ”hoito syytteen sijaan” –toimintamalli. Sosiaalihuolto voi ohjata päihteitä käyttävän hoidon piiriin osana palvelusuunnitelmaa ja työhön kuntoutumista. Myös lastensuojelu voi edellyttää vanhemman/vanhempien sitoutumista päihdehoitoon.

Psykososiaaliset menetelmät ovat hoidon perusta, vaikka näyttö niiden tehosta joidenkin huumeongelmien hoidossa on niukkaa (Käypä Hoito 2018). Lääkityksellä voidaan usein vain helpottaa oireita ja korvaushoito on osoitettu tehokkaaksi vain opioidiriippuvuudessa (Käypä Hoito 2018).

Huumeriippuvuutta koskevat hoitosuosituksukset suosittavat hoitamaan potilasta niin, että hän on osallisena omassa hoidossaan sekä hoidon tavoitteiden asettamisessa (Käypä hoito 2018, Vormo ym. 2020, Palveluvalikoimaneuvoston suositus 2020). Tämän toteutumisesta kliinisessä käytännössä ei kuitenkaan ole varmuutta.

4.2 Integroitu hoito

Päihdeongelman vuoksi hoitoon hakeutuneista vähintään puolella esiintyy samanaikainen muu mielenterveyden häiriö (Kuussaari ym. 2019). Vastaavasti mielenterveyshäiriön vuoksi hoitoon hakeutuvista osalla on myös päihdehäiriö (Melartin 2005). Samanaikainen muiden mielenterveyshäiriöiden tunnistaminen ei todennäköisesti kaikilta osin vielä toteudu päihdepalveluissa.

Päihde- ja mielenterveyden häiriöiden samanaikainen hoito on todettu tehokkaammaksi kuin erilliset hoitojärjestelmät (Gaebel 2020). Kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa vuosille 2009-2015 ehdotettiin psykiatristen avoyksiköiden ja päihdehuollon erityispalveluiden avoyksiköiden yhdistämistä. Tällä hetkellä riippuvuuspsykiatrisia tai päihdepsykiatrisia yksiköitä on jo useassa sairaanhoitopiirissä.

Huumeongelmaan liittyy terveysuhkien ohella runsaasti sosiaalisia vaikeuksia, joiden käsittelyyn tarvitaan moniammatillista yhteistyötä, erityisesti sosiaalityön kanssa. Sosiaalihuoltolain soveltamisoppaan mukaan päihdehuollossa tarvitaan sekä terveydenhuollon että sosiaalihuollon osaamista ja lähtökohtana on muodostaa saumaton palvelukokonaisuus yhdessä mielenterveyspalvelujen kanssa.

Huumeriippuvaiset ja sekakäyttäjät tarvitsevat erityisesti asumiseen, toimeentuloon, turvallisuuteen, oikeudellisen tilanteen hoitamiseen, perhetilanteeseen, lastensuojeluun ja päivätoimintaan liittyvää käytännön ohjausta sekä palvelujen järjestämistä. Potilaan ohella myös hänen läheistensä, erityisesti lasten, hyvinvointiin on kiinnitettävä huomiota ja järjestettävä alaikäisten kehityksen turvaamisen edellyttämä tuki. Kun nuorella esiintyy päihteiden ja/tai lääkkeiden ongelmakäyttöä, on yhteistyö lastensuojelun kanssa usein tarpeen.

Hoidon toteuttamisessa on keskeistä huomioida yhteistyö eri toimijoiden välillä, samanaikaisten muiden mielenterveyshäiriöiden hoito, toiminnan oikea-aikaisuus, sen toteuttamisen yksilöllisyys, läheisten ja omaisten tarvitseman tuen ja hoidon huomioiminen, riippuvuussairauden luonne, sekä realistinen tavoitteen asettaminen

hoidolle ja kuntoutukselle (vrt. Palveluvalikoimaneuvoston Alkoholiriippuvuuden hoidon ja kuntoutuksen psykososiaalisia menetelmiä käsittelevä suositus). Hoidon tulee aina perustua hoitosuunnitelmaan, jossa määritellään hoidon tavoitteet, lääketieteellinen ja psykososiaalinen hoito, kuntoutus ja seuranta (Käypä Hoito 2018).

4.3 Muut hoidossa huomioitavat asiat

Huumeriippuvuudessa arjen taitojen hallitsemattomuus on yleistä. Yksilöllisestä tilanteesta riippuen itsenäisen elämän hallintataitoja ei ole koskaan opittu tai ne on menetetty. Usein tarvitaan alussa ohjaavampaa otetta. Kun potilaan taidot ja pystyvyyden tunne lisääntyvät, kykenee hän vähitellen itse määrittelemään ne asiat, jotka auttavat häntä selviytymään arjessa. Tämä mahdollistaa yksilöllisemmän tuen ja myös potilaan sitoutumisen hoito- ja kuntoutuskokonaisuuteen. On huomioitava myös laajemmin muut elintavat kuten ruokailu, suun hygienia, tupakointi, henkilökohtaisesta siisteydestä huolehtiminen ja päivärytmi.

Läheiset voivat olla tärkeä voimavara potilaan elämässä, mutta toisaalta on myös huomioitava läheisten tuen tarve (Vorma ym. 2020). Perheen mukanaolo hoidossa voi auttaa potilaan päihteiden käytön vähentämisessä suhteiden korjaantuessa läheisiin, empatian ja ymmärryksen lisääntyessä sekä perhesuhteiden välisten jännitteiden pienen- tyessä (Gottlieb ym. 2015). Ei kuitenkaan ole tietoa siitä, miten perhe- verkostohoidot Suomessa toteutetaan ja miten perheenjäsenten osallisuus niissä taataan.

4.4 Käypä hoito –suositukset

Huumeongelmaisia koskeva Käypä Hoito suositus on julkaistu 12.4.2018. Suositus sisältää seuraavat psysokososiaalisia hoitomenetelmiä käsittelevät näytön aste katsaukset.



Näytön aste	Väittämä
B	Sekä kognitiivis-behavioraalinen terapia että motivaatiota lisäävä terapia näyttäisivät olevan tehokkaita hoitomuotoja kannabisiippuvuuden hoidossa silloin, kun potilaalla ei ole vaikeaa mielenterveyden häiriötä.
B	Yhteisöhoitomalli, palkkiohoito, kognitiivinen käyttäytymisterapia sekä näiden yhdistelmät ilmeisesti vähentävät opioidien käyttöä ja lisäävät raittiutta opioidien väärinkäyttäjillä, jotka ovat onnistuneet vieroittautumaan opioideista eivätkä ole opioidikorvaushoidossa.
B	Opioidikorvaushoitoon yhdistetty psykososiaalinen hoito ilmeisesti parantaa opioidiriippuvuuden hoitotulosta. Mikään yksittäinen psykososiaalinen hoitomuoto ei ilmeisesti ole tavanomaista psykososiaalista hoitoa sisältävää korvaushoitoa tehokkaampaa
B	Stimulanttiriippuvuuksien hoidossa psykososiaalinen hoito näyttää olevan parempi kuin hoitamatta jättäminen
B	Raskaana olevien psykososiaaliset hoidot: Motivoiva haastattelu sekä palkkiohoito eivät ilmeisesti tuo lisähyötyä tavanomaiseen psykososiaalista tukea sisältävään hoitoon verrattuna, kun mittarina on raskaana olevan huumeiden käyttö ja vastasyntyneen vointi.
C	Vapaaehtoisen huumeongelman hoidon tarjoaminen vangeille saattaa vähentää huumeiden käyttöä vankilassa. Erilaiset yhteisö- ja terapiahoitot saattavat vähentää itseraportoitua huumeiden käyttöä, mutta eivät ilmeisesti vaikuta uudelleenpidätyksen todennäköisyyteen.

A=vahva näyttö, B=kohtalainen näyttö, C= niukka näyttö.

<https://www.kaypahoito.fi/nix02087>

Palkkiohoidon osalta löytyi kaksi näytönastekatsausta

Näytön aste	Väittäjä
B	Palkitseminen rahalla tai ostosetelillä näyttäisi parantavan psykoterapian hoitotuloksia kannabisriippuvuuden hoidossa.
B	Palkitsemiseen perustuvat hoito-ohjelmat ilmeisesti parantavat metadoniopiidikorvaushoidon tehokkuutta.

Vieroitushoidon yhteydessä toteutettavasta psykososiaalisesta hoidosta löytyi kaksi näytönastekatsausta

Näytön aste	Väittäjä
A	Opioidivieroitushoitoon liitetty psykososiaalinen hoito, kuten palkkiohoito tai manualisoitu yksilöterapia, parantaa vieroitushoidon tuloksellisuutta
B	Opioidivieroitushoidon jälkeen tarvitaan usein kuntouttavaa hoitoa raittiuden ylläpitämiseksi. Yhteisövahvistusohjelma (community reinforcement), palkkiohoito, kognitiivinen käyttäytymisterapia ja näiden yhdistelmät ilmeisesti vähentävät opioidien käyttöä ja lisäävät raittiutta

Integroidun hoidon osalta on yksi näytönastekatsaus, joka koskee raskaana olevien päihdehuollon järjestämistä.

Näytön aste	Väittäjä
B	Päihdehoidon ja äitiyshuollon yhteistyö parantaa raskauden ennustetta ja on taloudellisesti kannattavaa.

Nuorten käytöshäiriöitä koskevasta Käypä Hoito -suosituksesta (2018) löytyi yksi soveltuva näytönastekatsaus.

Näytön aste	Väittäjä
B	Monimuotoiset systeemiset terapiat ovat käytöshäiriöisille nuorille tyypillisten yksilö-, perhe- ja sosiaalisten ongelmien hoidossa ja antisosiaalisen käyttäytymisen vähentämisessä ilmeisesti lyhyessä seurannassa hieman tuloksellisempia kuin muut, ei-multisysteemiset yksilö- ja perhekeskeiset hoidot tai näiden yhdistelmät, mutta ero on ilmeisesti vähäinen.

Epävakaata persoonallisuushäiriö Käypä Hoito suosituksesta (2020) löytyi yksi soveltuva näytönastekatsaus.

Näytön aste	Väittämä
B	Dialektinen käyttäytymisterapia (DKT) ilmeisesti vähentää päihteiden käyttöä epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivillä naisilla, joilla on myös päihderiippuvuus-diagnoosi.

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön suosituksesta löytyi yksi soveltuva näytönastekatsaus

Näytön aste	Väittämä
B	Kaksisuuntaisen mielialahäiriön ja päihdeongelman integroitu kognitiivis-behavioraalinen ryhmähoito ilmeisesti vähentää päihteiden käyttöä.

4.5 Kiireettömän hoidon periaatteet

Nuorisopsykiatriassa erikoissairaanhoidon hoitokriteereitä arvioidaan pisteytystaulukolla, joka ei ole diagnoosikohtainen. Siinä arvioidaan 1) oireita ja riskejä (joista yksi mainituista on haittaa aiheuttava päihteiden käyttö); 2) toimintakyvyn alenemista; 3) muita keskeisiä riskitekijöitä sekä 4) ennustetta ilman erikoissairaanhoidotasoista hoitoa. Käytännössä päihteiden käyttö (25 pistettä) ja vaikeudet koulutyössä (25) jo pelkästään riittävät siihen, että erikoissairaanhoidon kriteerit täyttyvät.

Aikuispsykiatria koskevat periaatteet kattavat psykiatristen oireiden ja häiriöiden hoidon sekä ehkäisevän terveydenhuollon paitsi potilaiden myös heidän omaistensa ja läheistensä mielenterveyden tukemiseksi. Periaatteissa korostetaan yhteistyötä ja erityistason

antamaa tukea perustasolle. Näyttöön perustuvan, monipuolisen hoito- ja kuntoutusvalikoiman ylläpitäminen ja perustasolle tarjottavat toimintaohjeet, koulutus- ja konsultaatiotuki edellyttävät erityistason yksikön riittävää kapasiteettia ja perustason yksikön riittävää resursointia.

Perustasolla tarkoitetaan kiireettömän hoidon periaatteissa perusterveydenhuoltoa, mukaan lukien työterveyshuolto, vankiterveydenhuollon perusterveydenhuolto, perusterveydenhuollon mielenterveystyöryhmät ja päihdetyöryhmät sekä A-klinikkatyyppiset yksiköt. Erityistasolla tarkoitetaan psykiatrista erikoissairaanhoidoa eli psykiatrian erikoisalan mukaisten tutkimus-, hoito- ja kuntoutuspalvelujen kokonaisuutta. Erikoissairaanhoidon yksikkö edustaa erityistasoa myös silloin, jos se kuuluu hallinnollisesti terveyskeskukseen.

Potilaan arvioinnin ja hoidon aloituksen on aina toteuduttava nopeasti häiriön ja sen psykososiaalisten seurausten vaikeutumisriskin vuoksi. Lähtökohtaisesti perustaso vastaa päihdeiden riskikäytön ja päihdehäiriöiden hoidosta, tarvittaessa hyödyntäen käytössään olevaa päihdelääketieteen alan osaamista ja sosiaalihuollon yhteistyötä. Päihdehäiriöissä tarvitaan kiireetöntä tai kiireellistä erikoissairaanhoidon konsultaatiota tai hoitoa, kun:

- Tarvitaan työ- ja toimintakyvyn pitkäaikaista arvioita
- Potilaalla on itsetuhoisuutta
- Tilannetta komplisoivat muut psykiatriset sairaudet
- Tilannetta komplisoivat somaattiset sairaudet, joiden tutkimukseen ja hoitoon tarvitaan eri erikoisalojen yhteistyötä tai erityistutkimuksia
- Raskaana olevan potilaan päihdehäiriö on vaikea tai perustasolla toteutettuun hoitoon ei ole tullut vastetta
- Päihdehäiriö on pitkäaikainen

Päihdeitä käyttävän potilaan psykoottiset oireet, jotka eivät korjaudu päihtymys- tai vieroitusajan jälkeen, edellyttävät erityistason tutkimusta, tarvittaessa päihdepsykiatrista erityisosaamista hyödyntäen.

Kiireellisen eli päivystyksellisen somaattisen tai psykiatrisen hoidon tarve, kuten akuutti myrkytystila, vaikeat vieroitusoireet, kiireellinen katkaisu- ja vieroitushoidon tarve, akuutti psykoosi, kyvyttömyys huolehtia itsestä, itsemurhavaara tai uhka toisen terveydelle, on aina poissuljettava. Potilaan läheisen tai omaisen poikkeuksellinen huolestuneisuus potilaan tilanteesta on myös merkki kiireellisestä arvion tarpeesta.

4.6 Muut kotimaiset suositukset

Palveluvalikoimaneuvosto hyväksyi 1.11.2018 suosituksen, jossa todettiin vaikuttaviksi todettujen psykoterapioiden ja psykososiaalisten hoito- ja kuntoutusmenetelmien kuuluvan mielenterveys- ja päihdehäiriöissä terveydenhuollon palveluvalikoimaan osana tavoitteellista hoitoa tai kuntoutusta niiden kaikissa vaiheissa. Tässä suosituksessa ei otettu kantaa yksittäisen sairauden hoitoon.

Palveluvalikoimaneuvosto hyväksyi 11.6.2020 ensimmäisen riippuvuuksia koskevan suosituksen, joka kattoi alkoholiriippuvuuden hoidon ja kuntoutuksen psykososiaaliset menetelmät. Suosituksessa todetaan, että päihderiippuvuutta sairastavia potilaita hoidettaessa tulee olla käytössä useita riippuvuuden hoidossa vaikuttavaksi havaittuja menetelmiä, jotta hoito ja kuntoutus voidaan suunnitella ja toteuttaa potilaan yksilöllisten tarpeiden ja sitoutumisen edellytysten mukaisesti. Valikoimassa tulee olla menetelmiä, joiden on todettu lisäävän potilaiden hoitoon hakeutumista ja siihen motivoitumista sekä niitä, jotka on osoitettu vaikuttaviksi hoidon ja kuntoutuksen toteuttamisessa.

Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma on laadittu vuosille 2020-2030 (Vorma ym. 2020). Siinä todetaan, että mielenterveyden häiriöiden, mukaan lukien päihdeongelmat, palveluiden saatavuus tulee saattaa muiden sosiaali- ja terveystalouden tasolle. Päihdeiden käyttöön liittyy voimakas syrjinnän ja syrjäytymisen riski, minkä vuoksi syrjinnän ja kielteisen leiman vastainen työ on ensisijaisen tärkeää. Yhteistyötä somaattisen lääketieteen ja psykiatrian välillä sekä työterveyshuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sekä terveydenhuollon ja sosiaalihuollon välillä tulee vahvistaa. Keskeisiä päihdepalveluihin liittyviä ehdotuksia ovat seuraavat:



1. Mielenterveys- ja päihdepalvelujen lainsäädäntöä uudistettaessa kiinnitetään erityistä huomioita voimavarojen optimaaliseen käyttöön, niiden riittävyteen, kohdentamiseen ja yhteensovittamiseen.
2. Lisätään erityisesti perusterveydenhuollossa ja sosiaalihuollossa mielenterveyteen suunnattuja voimavaroja ja henkilöstön mielenterveysosaamista.
3. Hyödynnetään kokemusasiantuntijoita ja asiakkaiden kokemuksia ja otetaan palveluissa huomioon heille merkitykselliset asiat.
4. Käynnistetään kehittämisohjelma fyysisen terveyden edistämiseksi ja somaattisen terveydenhuollon varmistamiseksi mielenterveys- ja päihdehäiriöiden vuoksi hoidossa oleville.
5. Parannetaan psykososiaalisten hoitomuotojen ja interventioiden saatavuutta ja organisoidaan niiden tarjoaminen alueellisesti tarpeenmukaisesti.
6. Parannetaan sosiaalihuollon edellytyksiä tarjota oikea-aikaisesti mielenterveyttä tukevia sosiaalipalveluja.
7. Otetaan sosiaali- ja terveydenhuollossa käyttöön tutkimukseen perustuvia edistäviä, ehkäiseviä, hoidon ja kuntoutuksen menetelmiä ja arvioidaan niiden vaikuttavuutta Suomessa.
8. Kehitetään helposti saavutettavia, asiakkaidensa arkiympäristöön tuotavia palveluja. Vaikeimmin tavoitettavia tulee hakea etsivällä työllä.

Keskeisiä palveluiden järjestämiseen liittyviä ehdotuksia ovat seuraavat:

1. Eri sektoreiden palvelujen kokonaisuutta ja yhteistoiminnallisuutta korostava vastuunjako kirjoitetaan selkeiksi toimintamalleiksi siten, että tarvittavat voimavarat, kustannusvastuut ja kompensatiomekanismit samalla todetaan. Laaditaan eri hallinnonalojen välisille yhteistoiminnoille mallit, joissa kuvataan toimijoiden roolit, kustannusten jakautuminen ja toimintojen johtaminen.

Tietopohjaa ja tietovarantojen käytettävyyttä on kehitettävä niin, että palveluiden todellista tarvetta voitaisiin paremmin arvioida sen sijaan, että seurataan ja arvioidaan niiden käyttöä.

Kansallinen päihde- ja riippuvuusstrategia on laadittu vuoteen 2030 (Kotovirta ym. 2021). Se kattaa kokonaisuuden ennaltaehkäisevistä, koko väestöön kohdentuvista toimista haittojen vähentämiseen, päihde- ja riippuvuusongelmien hoitoon ja kuntoutukseen yksilötasolla. Tavoitteena on kansalaisten hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden vahvistaminen koordinoimalla eri tahoilla tehtävää työtä. Strategian lähtökohtana on perus- ja ihmisoikeuksien turvaaminen, päihde- ja riippuvuusilmiöiden yhtymäkohtien tunnistaminen ja sukupuolten tasa-arvon ja yhdenvertaisuuden edistäminen. Strategiassa on viisi painopistettä.

1. Vahvistetaan päihteitä käyttävien, riippuvuushaittoja kokevien ja päihdepalvelujen piirissä olevien ihmisten sekä heidän läheistensä oikeuksien toteutumista.
2. Vahvistetaan yhteistyötä, tiedonkulkua, asiantuntemusta ja tietoperustaa.
3. Tehostetaan alkoholi-, tupakka- ja nikotiini, huumausaine- ja rahapelipoliittisia toimia.
4. Varmistetaan ehkäisevän päihdetyön ja päihde- ja riippuvuuspalveluiden laatu, saavutettavuus ja saatavuus.
5. Varmistetaan päihde- ja riippuvuusasiantuntemus ja yhteistyö.

Keskeisiä riippuvuusongelmaisten hoidon järjestämiseen ja sisältöön liittyviä tavoitteita ovat seuraavat:

1. Edistetään päihtyneiden ja päihde- ja riippuvuusongelmaisten itsemurhien ehkäisyä.
2. Lisätään vaikuttavuutta edistämällä sukupuolten tasa-arvoa, syrjimättömyyttä, moninaisuuden kohtaamista ja kulttuurisensitiivisyyttä osana päihde- ja riippuvuus-työtä.
3. Vahvistetaan eri alojen ammattilaisten osaamista päihteitä käyttävien ja riippuvuus- siinsa tukea tarvitsevien asiakkaiden ja potilaiden sekä heidän läheistensä kunnioit- tavasta kohtaamisesta, sukupuolen, sukupuolen moninaisuuden ja etnisyyden merkityksestä sekä päihteiden käyttöön ja riippuvuuksiin liittyvän kielteisen leiman vähentämisestä.
4. Varmistetaan omaisten ja läheisten oikeus tukeen ja palveluihin.

5. Vahvistetaan päihde- ja riippuvuusosaamista eri ammattialojen perus- ja täydennyskoulutuksessa huomioiden tarve erityisesti peruspalveluissa.
6. Huolehditaan päihde- ja riippuvuustutkimuksen ja tilanteen seurannassa keskeisten tietoaaineistojen jatkuvuudesta sekä kehitetään edelleen uusia tapoja seurata ja arvioida päihde- ja riippuvuushaittojen vähentämiseksi tehtyä työtä.
7. Vahvistetaan tarpeenmukaiset, asiakaslähtöiset päihdepalvelut, niiden saavutettavuus, saatavuus ja kohdentaminen eri syistä haavoittuville ryhmille niiden erityistarpeet huomioiden. Huomioidaan myös digitaalisten palveluiden mahdollisuudet. Valvonnassa huomioidaan palveluiden yhdenvertainen saatavuus ja saumattomat palveluketjut.
8. Kiinnitetään huomiota lasten, nuorten, perheiden ja raskaana olevien tarvitsemien päihde- ja riippuvuuspalveluiden riittävyteen ja vaivattomaan palveluihin pääsyyn. Edistetään alaikäisten päihteitä käyttävien nuorten laadukkaita ja kattavia perus- ja erityistason päihde- ja riippuvuuspalveluja ja niiden yhteistyötä muiden keskeisten toimijoiden, kuten lastensuojelun ja oppilaitosten kanssa.
9. Palveluiden, palveluketjujen ja riittävän pitkäkestoisen tuen suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa otetaan huomioon palveluiden käyttäjien näkemykset hyödyntämällä esimerkiksi kokemusasiantuntijoita, vertaistoimijoita ja asiakkaiden kokemuksia.
10. Kehitetään tukea ja palveluita henkilöille, joiden läheisillä on päihde- ja riippuvuusongelmia ja huomioidaan heidät sekä voimavarana että tuen tarvitsijoina.
11. Varmistetaan eri päihdepalveluissa työskentelevien ammattilaisten työturvallisuus parantamalla tilojen turvallisuutta ja lisäämällä koulutusta haastavien tilanteiden kohtaamisesta.
12. Varmistetaan päihde- ja riippuvuusnäkökulmien sekä eri kohderyhmien tarpeiden ja oikeuksien huomiointi koronaepidemiaan liittyvissä toimissa. Lisätään varautumista palveluiden tarjoamiseen haavoittuville ryhmille yllättävissä kriisitilanteissa kiinnittäen huomiota julkisen puolen ja järjestöjen yhteistyöhön.

4.7 Lainsäädännön ohjaava vaikutus

Terveydenhuoltolain (1326/2010) 28 §:n mukaan kunnan on järjestettävä alueensa asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi tarpeellinen päihdetyö, jonka tarkoituksena on vahvistaa yksilön ja yhteisön päihteettömyyttä suojaavia tekijöitä sekä vähentää tai poistaa päihteisiin liittyviä terveyttä ja turvallisuutta vaarantavia tekijöitä.

Päihdetyöhön kuuluu terveydenhuollon palveluihin sisältyvä ohjaus ja neuvonta, joka koskee päihteettömyyttä suojaavia ja sitä vaarantavia tekijöitä sekä päihteisiin liittyviä terveyttä ja turvallisuutta vaarantavia tekijöitä, sekä päihteiden aiheuttamien sairauksien tutkimus-, hoito- ja kuntoutuspalvelut. Esimerkiksi alaikäisen henkilön kohdalla on erityisesti arvioitava lastensuojelun tarve. Terveydenhuollossa tehtävän päihdetyön edellytetään muodostavan toimivan kokonaisuuden muun kunnassa tehtävän päihdetyön ja mielenterveystyön kanssa ja aina on arvioitava myös sosiaalihuollon toimenpiteiden tarve. Sosiaalihuoltolaissa (1301/2014) on vastaavat säännökset sosiaalihuollon päihdetyöstä.

Keskittämisasiasetuksen (548/2017) mukaan viiden yliopistollista sairaalaa ylläpitävän sairaanhoitopiirin on huolehdittava erikoissairaanhoidon tehtävistä, niiden suunnittelusta ja yhteen sovittamisesta alueellisesti. Edellä mainittuihin tehtäviin kuuluu myös psykoterapeuttisten ja psykososiaalisten menetelmien arviointi ja niiden osaamisen ylläpito. Yliopistollista sairaalaa ylläpitävä sairaanhoitopiiri huolehtii alueellisesti, että perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon käytössä on vaikuttavaksi osoitettuja psykoterapeuttisia ja psykososiaalisia menetelmiä väestön tarpeen mukaisesti sekä niihin liittyvää koulutusta ja työnohjausta. Psykoterapiat ja psykososiaaliset menetelmät ovat keskeisiä riippuvuuksien hoito- ja kuntoutusmenetelmiä. Osa menetelmistä soveltuu paitsi hoidoksi, myös sosiaalihuollon työmenetelmiksi diagnosoimattomille asiakkaille.

Päivystysasetuksessa (782/2014) on säädetty muun muassa päivystyksikköön hakeutuneen tai sinne tuodun päihtyneen henkilön hoidon tarpeen arvioimisesta. Asetuksen 14 § 3 momentin mukaan päihtymys ei saa estää henkilön hoidon ja seurannan järjestämistä. Päihtyneen henkilön kiireellisen hoidon ja seurannan yhteydessä on arvioitava potilaan

päihdepalvelujen tarve tarvittaessa yhteistyössä sosiaalihuollon laillistetun ammattihenkilön kanssa jatkohoidon turvaamiseksi. Päivystyksessä on huomioitava yhteistoiminta päihdehuoltolain (41/1986) 9 §:ssä säädetyn mukaisesti.

Päihdehuolto voi erityispalveluissa olla luonteeltaan sekä sosiaalihuoltoa että terveydenhuoltoa. Terveydenhuoltolaissa ja sosiaalihuoltolaissa on erikseen täsmennetty, että yhteisissä palveluissa noudatetaan säännöksiä, jotka turvaavat tuen tarpeita vastaavat palvelut ja lääketieteellisen tarpeen mukaisen hoidon. Potilaan ja asiakkaan asema ja oikeudet muodostuvat erilaisiksi riippuen siitä, järjestetäänkö palvelut sosiaalipalveluina vai terveydenhuollon palveluina. Säännöksillä korostetaan sitä, että lainsäädäntöä on sovellettava asiakkaan ja potilaan edun mukaisesti riippumatta siitä, toteutetaanko henkilön tarvitsemia palveluja yhteisissä yksiköissä tai erikseen. Riippumatta siitä, onko toiminta organisoitu sosiaali- vai terveydenhuollon toimintayksikköön, kysymys on terveydenhuollosta, jos henkilö saa palveluja lääketieteellisin perustein ja sosiaalihuollon palveluista silloin, kun palvelu perustuu sosiaalihuollon lainsäädännössä säädetyn edellytyksin arvioituun palvelutarpeeseen ja palvelun myöntämisen kriteereihin. Terveydenhuoltolain mukaista hoitotakuuta koskevia säännöksiä on sovellettava, vaikka terveydenhuoltoa toteutettaisiin sosiaalihuollon yksikössä tai sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisissä palveluissa, kaikkiin päihdehoitoa tarvitseviin asiakkaisiin. (Lähde: sosiaalihuoltolain soveltamisopas. STM 2017:5)

Oppilas- ja opiskelijahuoltolaki (1287/2013) suuntaa toiminnan painopistettä yhteisölliseen ja ehkäisevään sekä monialaiseen toimintaan. Korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain (695/2019) mukaan opiskeluterveydenhuollon palvelut on sovitettava yhteen muihin sosiaali- ja terveystalouteen sekä kuntoutuspalveluihin yhteistyössä kuntien ja muiden palveluja järjestävien tahojen kanssa.

Terveydenhuoltolain 69 §:n mukaan silloin kun lastensuojelun tarve johtuu riittämättömistä terveydenhuollon palveluista, tulee lapselle ja hänen perheelleen järjestää viipymättä lapsen terveyden ja kehityksen kannalta välttämättömät terveydenhuollon palvelut sen estämättä, mitä hoitoon pääsystä lain 51–53 §:ssä säädetään. Palvelut on järjestettävä yhteistyössä lastensuojelulain 16 tai 17 §:n mukaan vastuussa olevan kunnan (sijoittajakunta)

kanssa. Mikäli lapsen vanhempi, huoltaja tai muu lapsen hoidosta ja kasvatuksesta vastaava henkilö saa päihdehuolto- tai mielenterveyspalveluja tai muita sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja, joiden aikana hänen kykynsä huolehtia lapsen hoidosta ja kasvatuksesta arvioidaan heikentyneen, on lapsen hoidon ja tuen tarve selvitettävä ja lapselle on turvattava riittävä hoito ja tuki. Terveydenhuoltolaki myös velvoittaa viranomaisia järjestämään välttämättömät palvelut raskaana olevien naisten ja syntyvien lasten suojelemiseksi. Palvelut on järjestettävä yhteistyössä sosiaalihuollon viranomaisten kanssa.

Terveydenhuollossa päihdetyön tavoitteiden toteutuminen edellyttää monialaista yhteistyötä, johon osallistuu terveydenhuollon ammattihenkilöiden lisäksi sosiaalihuollon ammattihenkilöitä ja muita toimijoita. Jotta päihdetyöstä muodostuu yksilön, perheen ja yhteisön tueksi toimiva kokonaisuus, tarvitaan eri toimijoiden kesken suunnitelmallista yhteensovittamista, jonka vastuutaho on määriteltävä lakisääteisten palvelujen turvaamiseksi.

Sosiaalihuoltolain (1301/2014) mukaisella päihdetyöllä vähennetään ja poistetaan päih-teisiin liittyviä hyvinvointia ja turvallisuutta vaarantavia tekijöitä sekä tuetaan päih-teettömyyttä. Sosiaalihuoltolain mukaiseen päihdetyöhön kuuluu ohjaus ja neuvonta, päih-teiden riskikäyttäjille, heidän omaisilleen ja muille läheisilleen suunnatut päihdehuollon erityispalvelut ja muut sosiaalihuoltolain 14 §:n mukaiset päih-teettömyyttä tukevat ja päih-teiden riskikäytön vuoksi tarvittavat sosiaalipalvelut.

Päihdehuoltolain (41/1986) mukaan päihdehuollon tavoitteena on ehkäistä ja vähentää päih-teiden riskikäyttöä sekä siihen liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja sekä edistää päih-teiden riskikäyttäjän ja hänen läheistensä toimintakykyä ja turvallisuutta. Laki veloit-taa kuntia järjestämään tarpeen mukaisesti hoitoa päihdeongelmista kärsiville ja heidän läheisilleen.

Päihdehuoltolain (41/1986) nojalla on myös annettu useita asetuksia. Päihdehuoltoase-tuksessa (653/1986) säädetään muun muassa palvelujen järjestämisestä ja kuntou-tussuunnitelmasta. Asetuksessa opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta erällä

lääkkeillä (33/2008) säädetään opioidiriippuvuuden vieroitus- ja korvaushoidon edellytyksistä ja toteuttamisesta. Asetuksessa hyväksyttävästä hoidosta huumauserikoksissa (290/2002) säädetään niistä edellytyksistä, joilla hoitoa pidetään rikoslaissa tarkoitettuna sosiaali- ja terveysministeriön hyväksymänä hoitona. Lisäksi on annettu asetus tahdosta riippumattomaan hoitoon liittyvistä lomakkeista (993/2006).

Valtioneuvoston asetuksessa tartuntataudeista (146/2017) todetaan, että tartuntatautien torjunnasta vastaavan kunnallisen toimielimen ja kunnan tartuntataudeista vastaavan lääkärin on huolehdittava tartuntatautien ehkäisyyn liittyvästä terveysneuvonnasta ja suonensisäisesti huumeita käyttävien käyttövälineiden vaihtamisesta tartuntatautien torjunnan edellyttämän tarpeen mukaan.

4.8 Arvio tosiasiallisesta toteutumisesta

Viranomaisrekistereistä poimittiin vuodelta 2017 amfetamiinien ja opioidien käyttöön liittyvät havainnot, joiden perusteella tutkimuksessa on myös se huumeita ongelmallisesti käyttävän väestöryhmän osuus, joka ei ole rekistereissä (Rönkä ym. 2020).

Ongelmakäytöksi on tulkittu sellainen huumeiden käyttö, josta on aiheutunut vakavia terveydellisiä ja sosiaalisia haittoja. Tulosten mukaan Suomessa arvioitiin olleen 31 100–44 300 amfetamiinien ja/tai opioidien ongelmakäyttäjää vuonna 2017, mikä on väestöön suhteutettuna 0,9–1,3 % 15–64-vuotiaista suomalaisista. Amfetamiinin ongelmakäyttäjien määräksi arvioitiin 20 900–27 800 ja opioidien ongelmakäyttäjien määräksi 23 500–29 500, sekakäytön vuoksi ainekohtaiset arviot eivät summaudu kokonaisarvioon. Erityisen huolissaan tutkijat ovat huumeiden ongelmakäytön lisääntymisestä 15–25 vuotiaiden ikäryhmässä, heistä amfetamiineja ja/tai opioideja käyttää 1,1–1,4 prosenttia.

Ongelmakäyttö on yleisintä 25–34 vuotiailla, heistä 1,1–2,8 % käyttää amfetamiineja ja/tai opioideja. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen arvioitiin olevan riittämättömiä vastaamaan ongelmakäytön yleistymisen myötä suurentuneeseen palvelujen tarpeeseen.

THL:n julkaisemassa, vuoden 2018 tilannetta kuvaavassa arviointiraportissa (Rissanen ym. 2020) todetaan, että erityisesti perustason päihde- ja mielenterveyspalvelujen saataavuus, saavutettavuus, vaikuttavuus ja laatu vaihtelevat eri alueilla. Riittävien ja oikein

kohdennettujen resurssien lisäksi arviointiraportissa todettiin, että tarpeen näyttäisi olevan hoito- ja koordinaatiovastuun selkeyttäminen, eri toimijoiden yhteistyömallien vahvistaminen, vaikuttavien psykososiaalisten palvelujen saatavuuden parantaminen sekä perustason osaamisen lisääminen. Lisäksi arviointiraportissa todetaan, että päihdeongelmiin ja –sairauksiin vastaava järjestelmä on maassa hyvin hajanainen, monitasoinen ja monin eri tavoin järjestetty. Osassa maata huumeiden käyttöä ei ole tunnistettu ongelmaksi, eikä palveluja ole kehitetty. STM:n päihdestrategian tavoitteena on vastata THL:n arviointiraportissa tunnistettuihin ongelmiin (Kotovirta ym. 2021).

Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma on laadittu vuosille 2020-2023 (Vorma ym. 2020). Ohjelman nykytilanteen kuvauksessa tuodaan esille psyykkiseen sairastamiseen ja päihteiden käyttöön liittyvä voimakas syrjinnän ja syrjäytymisen riski. Perusoikeus välttämättömään turvaan ja riittäviin palveluihin eivät toteudu yhdenvertaisesti muiden potilasryhmien kanssa. Päihdehoidon todetaan monin paikoin olevan erillään muusta terveydenhuollosta ja sen järjestämisen tavat vaihtelevat. Päihderiippuvaisten samanaikaiset muut psyykkiset ja fyysiset ongelmat eivät tule riittävästi huomioiduksi. Julkaisussa myös todetaan, että psyykkiset sairaudet ja päihdeongelmat heikentävät yksilön kykyä hyödyntää palveluja ja huolehtia omista eduistaan, jolloin palveluita on muokattava monimuotoisiksi ja helpommin saavutettaviksi. Tämä ei käytännössä toteudu.

4.9 Ulkomaiset suositukset ja käytännöt

Jaoston tilaamiin kirjallisuuskatsauksiin on lisätty yhteenvedot ajankohtaisista kansainvälisistä suosituksista (liitteet 1 ja 2). Näistä esitetään tässä psykososiaalisia hoitoja koskevat osuudet.

Englannin NICE julkaisi huumeiden väärinkäyttäjien psykososiaalisia hoitoja käsittelevän hoitosuosituksen vuonna 2007, sen tausta-aineistoa on päivitetty vuonna 2016. Keskeiset huumeiden väärinkäyttöä ja riippuvuutta koskevat suositukset ovat seuraavat:

- Motivoivia lyhytinterventiota tulisi erilaisissa terveydenhuollon konteksteissa tarjota niille huumeiden käyttäjille, jotka eivät ole laajemman hoidon piirissä. Näiden interventioiden tulisi yleensä sisältää kaksi 10-45 minuutin kestoista sessiota ja niissä tulisi selvittää ristiriitoja huumeiden käytön ja hoitohalukkuuden välillä,
- Huumeiden väärinkäyttäjiä tulisi rutiininomaisesti informoida itsehoitoryhmistä, joiden tulisi yleensä pohjautua 12 askeleen menetelmiin. Jos henkilö ilmaisee halun osallistua itsehoitoryhmiin, häntä tulee tukea esimerkiksi tekemällä yhteydenoton tämän puolesta, järjestämällä kuljetuksen ja lähtemällä ensimmäisellä kerralla hänen mukaansa.
- Useat psykososiaaliset interventiot ovat tehokkaita huumeiden väärinkäyttäjien hoidossa. Niihin kuuluvat palkkiohoito ja pareihin kohdistuva käyttäytymisterapia huumeisiin suoraan liittyvien ongelmien hoidossa ja joukko psykologisia interventiota, kuten kognitiivinen käyttäytymisterapia, huumeiden käyttöön liittyvien mielen-terveysongelmien hoidossa.
- Huumeiden käyttäjille suunnattujen palveluiden tulisi sisältää palkkiohoito ohjelmia, joilla tähdätään laittoman huumeiden käytön vähentämiseen, metadoni korvaushoidossa pysymiseen ja stimulanttien käyttäjille suunnatuissa hoidoissa pysymiseen.
- Palkkiohoitoa tulisi tarjota niille huumeiden käyttäjille, joilla on riski fyysiseen terveysongelmaan (sisältäen tarttuvat taudit). Palkkiohoito tulee toteuttaa niin, että se on ajallisesti rajoitettu ja se lopetetaan, jos hoidettava ei toteuta hoitoon liittyviä sitoumuksiaan.
- Pareille suunnattua käyttäytymisterapiaa tulisi harkita stimulanttien tai opioidien väärinkäyttäjille (mukaan lukien heidät, jotka jatkavat laittomien huumeiden käyttöä korvaushoidon aikana tai vieroituksen jälkeen), joilla on läheinen suhde huumeita käyttämättömän partnerin kanssa. Intervention tulisi suuntautua huumeiden käyttöön ja koostua vähintään 12 viikoittaisesta sessiosta.
- Pareille suunnattua käyttäytymisterapiaa tai perheille suunnattua käyttäytymis-interventioita niille, jotka ovat läheisessä suhteessa huumeita käyttämättömiin perheenjäseniin tai partnereihin.

- Huumeiden käyttöön kohdistuvaa kognitiivista käyttäytymisterapiaa ja psykodynaamista terapiaa ei tulisi rutiininomaisesti tarjota hoitoon hakeutuville kannabiksen tai stimulanttien väärinkäyttäjille eikä korvaushoidossa oleville opioidien käyttäjille.
- Psykologista hoitoa, erityisesti kognitiivista käyttäytymisterapiaa, tulisi harkita komorbidin depression ja ahdistuneisuuden hoidoksi kannabiksen tai stimulanttien väärinkäyttäjille, abstinenssin saavuttaneille opioidien käyttäjille ja vakiintuneessa tilanteessa oleville opioidi korvaushoidossa oleville.
- Tuetun asumisen hoitoa voidaan harkita huumeiden käytöstä luopumiseen tähtäville henkilöille, joilla on merkittäviä fyysisiä, psyykkisiä tai sosiaalisia ongelmia. Tällaisen henkilön tulee olla lopettanut huumevieroitusta, ja hän ei ole aiemmin hyötynyt avohoitona tarjotusta psykososiaalisesta hoidosta.

Ruotsin Socialstyrelsen julkaisi alkoholi- ja huumeriippuvuuksien hoitoa käsittelevän kansallisen hoitosuosituksen vuonna 2019. Siinä suositellut interventiot asetetaan prioriteettijärjestykseen 1-10 asteikolla, jossa 1 tarkoittaa korkeinta ja 10 alhaisinta prioriteettia. Lisäksi voidaan suositella, että jotain interventiota tehdään ainoastaan tieteellisen tutkimuksen tai järjestelmällisen kehityshankkeen puitteissa (FoU) tai ei tehdä lainkaan (icke-göra). Psykososiaalisten hoitojen osalta Socialstyrelsen suosittelee seuraavaa:

- Kannabiksen väärinkäyttäjille ja kannabisriippuvaisille tulee tarjota motivoivan haastattelun (MI) ja motivaatiota vahvistavan hoitomallin mukaisen terapian (MET) lisäksi kognitiivista käyttäytymisterapiaa tai retkahduksenestohoitoa (prioriteetti 3).
- Stimulanttien käyttäjille ja stimulanttiriippuvaisille tulee tarjota 12 askeleen ohjelmaa, erilaisia psykososiaalisia interventioita yhdistelevää MATRIX-hoitoa tai yhteisövahvistusohjelmaa (CRA) (prioriteetti 3), tai heille tulee tarjota kognitiivista käyttäytymisterapiaa tai retkahduksenestohoitoa (prioriteetti 4).
- Opioidiriippuvaisille korvaushoidossa oleville tulee lääkehoidon rinnalla tarjota kognitiivista käyttäytymisterapiaa tai retkahduksenestohoitoa (prioriteetti 3), tai heille tulee lääkehoidon rinnalla tarjota yhteisövahvistusohjelmaa (prioriteetti 4).

- Opioidiriippuvaisille korvaushoidossa oleville voidaan lääkehoidon rinnalla tarjota palkkiohoitoa (CM, Contingency Management) tai psykodynaamista terapiaa (prioriteetti 5).
- Huumeiden väärinkäyttäjille ja huumeriippuvaisille tulee muun hoidon lisänä tarjota pariterapiaa (prioriteetti 3) tai perheen tai lähiympäristön mukaan ottavaa terapiaa (prioriteetti 4).

American Society of Addiction Medicine (ASAM) päivitti vuonna 2020 hoitosuosituksen aiheesta "ASAM National Practice Guideline for the Treatment of Opioid Use Disorder". Päivitetyn suosituksen keskeinen sisältö psykososiaalista hoitoa koskien on seuraava. Potilaiden psykososiaaliset tarpeet tulisi arvioida, ja potilaille tulisi tarjota psykososiaalista hoitoa heidän yksilöllisten tarpeidensa mukaisesti. Potilaan päätös kieltäytyä psykososiaalisesta hoidosta tai käytettävissä olevan psykososiaalisen hoidon puuttuminen ei kuitenkaan saisi estää tai viivästyttää lääkehoitoa. Motivoivaa haastattelua tai motivaatiota vahvistavaa hoitomallia voidaan käyttää kannustamaan opioidiriippuvuutta sairastavia henkilöitä osallistumaan sellaiseen psykososiaaliseen hoitoon, jossa otetaan huomioon henkilön yksilölliset tarpeet.

Kanadassa ikääntyneiden mielenterveystyön koalitio julkaisi hoitosuosituksen "Canadian Guidelines on Opioid Use Disorder Among Older Adults" vuonna 2020. Suositus keskittyy yli 65-vuotiaiden opioidien haitallista käyttöä tai riippuvuutta sairastavien hoitoon. Psykososiaalisten hoitojen osalta suosituksen keskeinen sisältö on se, että psykososiaalisia interventioita tulisi tarjota samanaikaisesti lääkehoidon kanssa henkilön ikään sopivalla tavalla ja tahdilla henkilön yksilölliset tarpeet huomioiden. Psykososiaaliseen hoitoon suostuminen ei kuitenkaan ole pakollinen vaatimus lääkehoidon saamiseksi. Palkkiohoitoa voidaan tarjota ja käyttää osana opioidiriippuvuuden hoitoa, jos potilas itse hyväksyy hoitomuodon.

5 Vaikuttavuus, turvallisuus ja näytön arviointi

Jaosto tilasi 2018 systemaattisen katsauksen intensiivisen hoidon ja kuntoutuksen menetelmistä riippuvuuksien hoidossa (Liite 1). Tässä yhtenä potilasryhmänä olivat huumeongelmaiset. Komulainen ym. laatimaan raporttiin on koottu tulokset 45 systemaattisesta katsauksesta sekä 23 satunnaistetusta tutkimuksesta. On huomioitava, että kaikki katsaukseen raportoidut artikkelit eivät kohdentuneet vain riippuvuuksien hoitoon vaan ne käsittelivät laajemmin huumeiden ongelmakäyttöä, minkä vuoksi sen tuloksista ei voida vetää suoraan johtopäätöksiä eri menetelmien vaikuttavuudesta riippuvuuksien hoidossa. Katsauksen PICO (patient, intervention, comparison, outcome) ja hakustrategia on kuvattu raportissa.

Jaosto tilasi syksyllä 2020 päivityksen, joka kohdennettiin siten, että kohderyhmänä oli aikuisilla huume- ja/tai lääkeriippuvuudet ja vain nuorilla hyväksyttiin myös ongelmakäyttö. Tämän katsauksen toteutti HOTUS, jota pyydettiin arvioimaan näytön vahvuus eri menetelmien vaikuttavuudesta siten, että myös Käypä Hoidon aikaisemman katsauksen tulokset otettiin huomioon. Katsauksen PICO (patient, intervention, comparison, outcome) ja hakustrategia on kuvattu raportissa (Liite 2).

Hotuksen systemaattisen päivityskatsauksen aikarajauksen (tammikuu 2019-lokakuu 2020) puitteissa tutkittiin seuraavien psykososiaalisten menetelmien vaikuttavuutta suhteessa päihteiden käytön vähenemiseen/raittiuteen aikuisilla huume- ja/tai lääkeriippuvaisilla:

- Kognitiivinen käyttäytymisterapia (cognitive behavioral therapy, CBT) vrt. tavanomainen hoito
- CBT vrt. muu psykososiaalinen interventio
- Verkkopohjainen CBT vrt. tavanomainen hoito
- CBT-intervention yksilöinti vrt. ennalta määritelty toteutustapa (kannabisriippuvuus)
- Palkkiohoito (contingency management, CM) vrt. tavanomainen hoito (stimulanttiriippuvuus)

- CM vrt. psykoterapia
- CM + muu psykososiaalinen interventio vrt. pelkkä muu psykososiaalinen interventio
- CM + muu psykososiaalinen interventio vrt. pelkkä CM
- Motivoiva haastattelu (motivational interviewing, MI) vrt. tavanomainen hoito
- Intensiivinen MI vrt. tavanomainen MI (metamfetamiiniriippuvuus)
- Mindfulness-pohjaiset terapiat o Mindfulness-pohjainen terapia vrt. tavanomainen hoito
- Mindfulness-pohjainen terapia vrt. terveysohjaus
- Kognitiivinen kuntoutus (cognitive rehabilitation, CRT) vrt. muu psykososiaalinen interventio
- Yhdistelmähoidot (useita psykososiaalisia menetelmiä sisältävät) vrt. tavanomainen hoito
- Yhdistelmähoito vrt. terveysohjaus (heroiiniriippuvuus)

Seuraavien psykososiaalisten menetelmien vaikuttavuutta suhteessa päihteiden käytön vähenemiseen/raittiuteen on tutkittu aikuisilla huume- ja/tai lääkeriippuvaisilla, joilla on psykiatrinen komorbiditeetti:

- Kognitiivinen käyttäytymisterapia (cognitive behavioral therapy, CBT) vrt. tavanomainen hoito
- CBT vrt. muu psykososiaalinen interventio
- Palkkiohoito (contingency management, CM) vrt. muu palkitsemismuoto (stimulanttiriippuvuus)

Seuraavien psykososiaalisten menetelmien vaikuttavuutta suhteessa päihteiden käytön vähenemiseen/raittiuteen on tutkittu lisäksi nuorilla, joilla on kannabisriippuvuutta tai sen muuta ongelmakäyttöä.

- Motivoiva haastattelu (motivational interviewing, MI) vrt. tavanomainen hoito.

Seuraavien psykososiaalisten menetelmien vaikuttavuutta suhteessa päihteiden käytön vähenemiseen/raittiuteen on tutkittu lisäksi nuorilla, joilla on kannabisriippuvuutta tai sen muuta ongelmakäyttöä sekä masennusta.

- Yhdistelmäinterventio (perheterapia ja masennuksen hoitoon liittyvä terapia) vrt. peräkkäin toteutettu interventio

5.1 Vaikuttavuus

Hotuksen katsauksessa (Liite 2) vaikuttavuutta tarkasteltiin suhteessa päihteiden käytön vähenemiseen ja raittiuteen (ml. relapsi), Raportin taulukossa 1 (sivut 8-18) on kuvattu tulokset menetelmäkohtaisesti. Taulukossa 3 (sivut 26-29) esitetään yhteenveto vuonna 2019 julkaistussa katsauksessa (Liite 1) ja päivityskatsauksessa kootuista näytöstä ja huomioista. Päivityksessä tarkasteltu näyttö kohdentui pääosin huume- ja lääkeriippuvaisiin aikuisiin. Nuoria (12–21 -vuotiaat) koskeva näyttö liittyi ainoastaan motivoivaan haastatteluun sekä perheterapian ja masennuksen hoidon yhdistämiseen perättäisenä toteutustapana.

Päivityskatsaus vahvisti näyttöä kognitiivisten ja käyttäytymisterapioiden sekä palkkiohoidon vaikuttavuudesta. On syytä huomioda, että päivityksessä kertynyt näyttö kognitiivisen ja käyttäytymisterapian vaikuttavuudesta kohdentui kuitenkin menetelmän vertaamiseen tavanomaiseen hoitoon ja toteutettaessa sitä lääkehoidon rinnalla. Päivityskatsauksen osalta kognitiivisen ja käyttäytymisterapian ei voitu osoittaa olevan muita psykososiaalisia menetelmiä vaikuttavampi päihderiippuvuuksien hoidossa.

Komulainen ym. (Liite 1) esittivät, että kokaiini- ja amfetamiiniriippuvaisten hoidossa palkkiohoito yhdistettynä yhteisövahvistusohjelmaan näyttäytyi vaikuttavimpana psykososiaalisena hoitomuotona. Päivityshaussa (liite 2) kertynyt näyttö palkkiohoidon vaikuttavuudesta tuki menetelmän vaikuttavuutta verrattaessa sitä tavanomaiseen hoitoon (tai muuhun palkitsemismuotoon). Näyttö ei kuitenkaan tukenut sitä, että palkkiohoito olisi psykoterapiaa vaikuttavampi päihderiippuvaisten hoidossa.

Päivityskatsauksessa uusina osa-alueina näyttöä kertyi yhdistelmähoitojen, psykososiaalisten interventioiden yksilöinnin ja kognitiivisen kuntoutuksen vaikuttavuudesta. Yhdistelmähoitojen, jotka sisältävät useita psykososiaalisia menetelmiä, vaikuttavuudesta tavanomaiseen hoitoon verrattuna todettiin olevan vahvaa näyttöä aikuisten päihderiippuvaisten hoidossa tarkasteltaessa sitä kokonaisuutena suhteessa päihteiden käytön vähenemiseen/raittiuteen.

Kognitiivisen käyttäytymisterapian yksilöintiä oli tutkittu kannabisriippuvaisilla aikuisilla. Heikko näyttö tuki yksilöinnin vaikuttavuutta ennalta määriteltyyn toteutustapaan verrattuna. Näyttö kognitiivisen kuntoutuksen vaikuttavuudesta oli heikkoa aikuisilla päihderiippuvaisilla.

Käypä hoidon toteuttamassa riippuvuuksien hoitoja käsittelevässä katsauksessa (liite 1) todettiin lisäksi, että näyttö yhteisövahvistusohjelmasta ja terapeuttisesta yhteisöstä sekä motivaatiota vahvistavasta hoitomallista (MET) on huumeongelmien osalta useiden potilasryhmien kohdalla riittävä. Näyttö motivoivan haastattelun ja lyhytintervention osalta on sen sijaan epävarmaa ja koskee vain lieviä häiriöitä.

5.2 Muut tulosuuttajat

Parosid ym. tekemään kirjallisuuskatsaukseen (Liite 2) oli kerätty tietoa myös muista tutkimuksissa käytetyistä tulosuuttajista. Näitä olivat mm. sitoutuminen hoitoon, motivaatio tehdä muutos, päihteen himo, masennus ja ahdistusoireet, aggressiivisuus, traumaperäisen stressihäiriön oireet, psykologinen hyvinvointi, sosiaalinen toimintakyky, kognitiivinen toimintakyky, työkyky, tunteiden säätely, minäpystyvyys, selviytymiskeinot ja riskikäyttäytyminen. Tarkemmat tiedot tutkimuksista ja tuloksista löytyvät liitteestä 2.

Koska tulosuuttajat vaihtelivat eri tutkimuksissa, ei niiden pohjalta voida tehdä yleistäviä johtopäätöksiä. Yksittäisissä tutkimuksissa verrattuna tavanomaiseen hoitoon todettiin mm. seuraavaa. Kognitiiviset ja käyttäytymisterapiat sekä useita psykososiaalisia menetelmiä sisältävät hoidot paransivat muutosmotivaatiota. Kognitiiviset ja käyttäytymisterapiat, kahdentoista askeleen ohjelma, useita psykososiaalisia menetelmiä sisältävä ja mindfulness -pohjainen ohjelma puolestaan näyttäisivät vähentävän päihteen

himoa. Useita psykososiaalisia menetelmiä sisältävä interventio vähensi masennuksen oireita ja aggressiota heroiiniriippuvaisilla miehillä. Opioidi- ja kokaiiniriippuvaisilla aikuisilla yksilöity psykososiaalinen interventio ei ollut vaikuttavaa tavanomaiseen hoitoon verrattuna ahdistukseen, masennukseen tai kognitiiviseen toimintakykyyn, mutta sillä oli myönteisiä vaikutuksia työ- ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Mindfulness –pohjainen interventio vähensi masennusta päihderiippuvaisilla naisilla ja ”Seeking safety” -interventiolla oli vaikutusta masennusoireisiin sekä stressihäiriön vakavuuteen päihderiippuvaisilla naisilla, jotka kärsivät traumaperäisistä stressioireista. Sekä mindfulness-pohjainen interventio että ”seeking safety” paransivat myös tunteiden säätelyä. Yksilöity kognitiivinen käyttäytymisterapia paransi selviytymiskeinoja ja palkkiohoito sekä matrix model vähensivät metamfetamiiniriippuvaisten aikuisten riskikäyttäytymistä. Kognitiivinen kuntoutus vaikutti opioidiriippuvaisten aikuisten kognitiiviseen toimintakykyyn, erityisesti työmuistiin.

5.3 Turvallisuus

Käypä hoidon toteuttaman katsauksen yhteenvedossa ei ole mainintaa interventioihin liittyvistä haitoista (Liite 1). Hotuksen katsauksessa todetaan, että kolmessa RCT-tutkimuksessa raportoitiin interventioihin liittyviä haittatapahtumia (Liite 2). Kahdessa tutkimuksessa arvioitiin, että haittatapahtumat eivät liittyneet tutkimukseen tai tutkimuksen kohteena olevaan interventioon. Yhdessä kognitiivista käyttäytymisterapiaa arvioineessa tutkimuksessa, jossa tutkittavilla oli päihderiippuvuuden lisäksi traumaperäinen stressihäiriö, havaittiin tutkimuksen aikana yhteensä 122 vakavaa haittatapahtumaa. Näistä haittatapahtumista ainoastaan kolmen (lisääntyneet itsetuhoiset ajatukset) arvioitiin liittyvän todennäköisesti ja yhden (osastohoidon tarve) varmasti tutkimukseen osallistumiseen. Ryhmien välillä ei havaittu eroja haittatapahtumien määrässä, jolloin ne saattoivat liittyä tutkittavien psykiatriseen komorbiditeettiin (traumaperäinen stressihäiriö). Traumaperäisen stressihäiriön terapeutin hoito voi ajoittain lisätä psyykkistä oireilua johtuen häiriön luonteesta.

5.4 Hoitoon hakeutumisen ja sitoutumisen edellytykset

Suomalaisissa tutkimuksissa on tarkasteltu huumeriippuvaisten hoitoon hakeutumiseen ja hoidossa pysymiseen liittyviä tekijöitä, joista tässä on koottu kahden väitöskirjan osalta keskeiset tulokset.

Sekä Väyrynen (2007) että Karttunen (2019) ovat väitöskirjoissaan tutkineet naisten päihdehoidon erityispiirteitä. Hoitoon hakeutumiseen vaikuttaa häpeä, syyllisyys ja sosiaalinen leimaaminen, samoin kuin kielteiset kokemukset ja työntekijöiden asenteet. Myös pelko lasten menetyksestä vaikuttaa hoitoon hakeutumiseen. Parisuhteessa elävillä parisuhdeväkivalta ja päihdeongelmainen puoliso voivat vaikeuttaa hoitoon hakeutumista, samoin kuin psykososiaalisten ongelmien kuormittavuus. Naisten elämässä riippuvuus ilmenee paitsi riippuvuutena huumeista myös huume kuvioita ympäröivistä toiminnoista ja ihmisistä, jotka useimmiten ovat huumeita käyttäviä miehiä. Sukupuolten väliset valtasuhteet muuttuvat altistaen naiset henkiseksi ja psyykkiseksi väkivallalle sekä hyväksikäytölle. Hoidon onnistumisen edellytyksenä on myös näiden ongelmien ratkaiseminen.

Karttunen (2019) toteaa, että turvallinen, kannatteleva ja vakauttava hoitoympäristö on perusedellytys avun vastaanottamiseen. Vaikeasti huumeriippuvaisen on vaikea luottaa toisiin ihmisiin, jos hän on kokenut arvostelua ja arvottomuutta. Myös Väyrynen (2007) kuvaa, miten irrallisuuden kokemus merkitsee naisille tunnetta elämän merkityksettömyydestä, autonomian vähenemisestä ja minäkuvan säröilystä. Se konkretisoituu naisten elämässä fyysisinä, mentaalisina ja sosiaalisina ongelmina sekä näiden yhteenkietoutumina. Onkin tärkeää saada päihderiippuvainen kokemaan olevansa hoidon ja huolenpidon arvoinen ja vahvistaa kyvykkyyttä sekä toivoa konfrontaation ja sanktioiden sijaan. Hoidon fokuksiminen vain päihdeongelmaan ei tavoita ongelman ydintä. Karttunen (2019) myös toteaa, että kokemus osattomuudesta, kelpaamattomuudesta ja paikattomuudesta johtaa osaltaan sosiaaliseen eristäytymiseen ja yksinäisyyteen eikä päihdeongelmainen nainen koe pystyvänsä vastaamaan yhteiskunnan odotuksiin.

Hoidossa tulisi huomioida kokonaisvaltaisesti naisen suhde niin itseen, läheisiin, traumaattisiin kokemuksiin kuin mahdollisuuksiin olla yhteiskunnan arvostettu jäsen. Mahdollisuus kokea osallisuutta ja yhteiskunnan jäsenyyttä ovat kriittisiä tekijöitä toipumisprosessin etenemisessä. Sosiaalisten suhteiden jälleenrakentaminen edellyttää vastakaikua ja tukea läheisiltä.

6 Tilastotiedot

THL tuottaa ja välittää tietoa huumeiden käytöstä ja käyttötavoista sekä niiden sosiaalisista ja terveydellisistä haittavaikutuksista. Lisäksi sen tehtäviin kuuluu huumeisiin liittyvien tilastojen ylläpitäminen. Seuraavat tiedot perustuvat THL:n raporteihin sekä aiheeseen liittyviin kotimaisiin tutkimuksiin.

6.1 Huumeiden käyttö ja lääkkeiden väärinkäyttö

Huumeiden kokeilu ja käyttö ovat lisääntyneet Suomessa viimeisellä vuosikymmenellä. Jätevesitutkimuksissa on havaittu, että amfetamiinin, kokaiinin, ekstaasin ja metamfetamiinin yhteenlaskettu käyttö oli vuoden 2020 maaliskuussa ennätysellisen korkealla tasolla useissa kaupungeissa ja sama korkea taso näyttää jatkuneen ainakin pääkaupunkiseudulla kevääseen 2021. Maaliskuussa 2021 Helsingissä ja sen lähialueilla todetut amfetamiinin käyttömäärät olivat keräysviikoilla korkeimmat mitä missään kaupungissa on kansallisesti mitattu. Pitkällä aikavälillä käytön kasvu on ollut jatkuvaa ja esimerkiksi amfetamiinin, metamfetamiinin, MDMA:n ja kokaiinin yhteenlasketut käyttömäärät ovat noin kolminkertaisia verrattuna jätevesitutkimuksen aloitusvuoteen 2012 ([THL jätevesitutkimus](#), tarkistettu 25.5.2021).

Vuoden 2018 Huumekyselyyn vastaajista 24 prosenttia raportoi joskus elämänsä aikana kokeilleensa jotain huumetta, viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana käyttäneitä oli kahdeksan ja viimeksi kuluneiden 30 päivän aikana kolme prosenttia vastaajista (Karjalainen ym. 2020b). Käyttö on kasvanut sekä miesten että naisten ryhmissä viisinkertaiseksi verrattuna vuoteen 1992. Väestömäärään suhteutettuna tämä tarkoittaa, että arviolta noin 900 000 suomalaista on joskus kokeillut huumeita, vuoden aikana

käyttäneitä on noin 300 000 ja kuukauden aikana käyttäneitä runsaat 120 000. Huumeiden käyttö ja kokeilu on lisääntynyt erityisesti 15-34 vuotiaiden ryhmässä. Poikkeuksena on kannabiksen kokeilu, 35–44-vuotiaiden ikäryhmässä on enemmän kannabista kokeilleita kuin nuorimmassa ikäryhmässä. Melkein kaikki, jotka ovat käyttäneet huumeita, ovat myös jossain vaiheessa käyttäneet kannabista ja yhä suurempi osa kannabista kokeilleista on jatkanut sen käyttöä. Miehillä huumeiden kokeilu ja käyttö ovat yleisempää kuin naisilla. Huumeiden käyttö jää useimmiten kokeiluksi.

Viranomaisrekistereistä poimittujen amfetamiinien ja opioidien käyttöön liittyvien havaintojen perusteella on mallinnettu myös sen huumeita ongelmallisesti käyttävän väestöryhmän osuus, joka ei ole rekistereissä (Rönkä ym. 2020b). Tulosten mukaan Suomessa arvioitiin vuonna 2017 olleen 31 100–44 300 amfetamiinien ja/tai opioidien ongelmakäyttäjää, mikä on väestöön suhteutettuna 0,9–1,3 % 15–64-vuotiaista suomalaisista. Yleisintä ongelmakäyttöä oli 25–34-vuotiaiden (1,1–2,8 %) ja miesten (1,3–1,7 %) joukossa sekä Etelä-Suomessa (1,0–1,9 %). Naisia ongelmakäyttäjistä arvioidaan olevan noin 8 500–11 900, eli noin neljännes kaikista ongelmakäyttäjistä.

Lääkkeiden väärinkäyttö yleistyi koko 1990-luvun. 2000-luvulla trendi näyttäisi tasaantuneen, joskin se on lisääntynyt 25–34 -vuotiaiden ryhmässä koko 2000-luvun ajan. Vuoden 2018 väestökyselyn mukaan seitsemän prosenttia 15–69-vuotiaista suomalaisista on joskus elämänsä aikana käyttänyt reseptillä kirjoitettuja rauhoittavia lääkkeitä, unilääkkeitä tai vahvoja kipulääkkeitä ei-lääkinnälliseen tarkoitukseen. Huumeista ainoastaan kannabiksen käyttö on lääkkeiden väärinkäyttöä yleisempää. Lääkkeiden väärinkäyttäjissä on enemmän naisia kuin miehiä. Samoin lääkkeiden väärinkäyttäjien joukossa oli lääkkeitä väärinkäyttämätöntä väestöä enemmän naimattomia ja eronneita sekä työttömiä ja eläkeläisiä. ([THL lääkkeiden väärinkäyttö](#), tarkistettu 23.4.2021)

Lääkkeiden väärinkäyttö on aikaisempaa useammin yhteydessä huumeiden käyttöön (Karjalainen ym. 2020b). Vuonna 2014 jo 70% lääkkeiden väärinkäyttäjistä käytti myös huumeita. Yleisimmin käytetty huume oli kannabis, 92 prosenttia lääkkeitä väärin käyttäneistä raportoi kannabiksen käytöstä viimeksi kuluneen vuoden aikana. Lisäksi noin

70 prosenttia oli käyttänyt jotain muuta huumetta, useimmiten jotain stimulanttia kuten ekstaasia (41 %) tai amfetamiinia (39 %) ([THL lääkkeiden väärinkäyttö, tarkistettu 23.4.2021](#)).

Huumeiden ja lääkkeiden samanaikaiskäyttöä on selvitetty Suomessa MiksMix tutkimuksessa (Hakkarainen ym. 2019). Vuoden 2014 Huumekyselyssä ja vuoden 2016 Juomatapatutkimuksessa noin joka kymmenes vastaaja ilmoitti käyttäneensä useampaa kuin yhtä ainetta samanaikaisesti joskus elämässään. Väestötasolla tämä vastaa noin 450 000 henkilöä. Vuoden aikana käyttäneitä oli 3-5 prosenttia, mikä vastaa 125 000 henkilöä. Yhteiskäytön kaksi tavallisinta aineyhdistelmää olivat kannabis ja alkoholi sekä lääkkeet ja alkoholi.

Monipäihdekäyttö on yleistä myös päihdehuollon huumeasiakkailla (THL tilastoraportti 2021). Huumehoidon tiedonkeruussa mukana olleista asiakkaista 83 prosentilla oli vuonna 2019 mainittu vähintään kaksi ongelmapäihdettä ja 53 % huumeasiakkaista ilmoitti ainakin kolme ongelmapäihdettä. Vuonna 2018 päihdehuollon huumeasiakkaat olivat pääosin miehiä (71 %) ja nuoria aikuisia (keski-ikä 34 vuotta). Päihdehuollon huumeasiakkaista hieman alle puolet (40%) hakeutui hoitoon ensisijaisesti opioidien käytön vuoksi. Buprenorfiini oli opioideista yleisin (32 %) hoitoon hakeutumisen syy. Muita ensisijaisia hoitoon hakeutumiseen johtaneita ongelmapäihteitä olivat stimulantit (19 %), kannabis (18 %) sekä rauhoittavat lääkkeet (10 %). Stimulantit olivat ensisijainen ongelmapäihde 21 prosentille ja 57 prosenttia aineiston asiakkaista mainitsi stimulantit viiden ongelmapäihteen ryhmässä. Stimulanttien käyttö oli pääasiassa amfetamiinien käyttöä. Yleisimmin mainittuja muita stimulantteja olivat ekstaasi, metamfetamiini ja MDPV. Opioidit ensisijaiseksi päihteksi ilmoittaneet mainitsivat muina päihteinä usein stimulantit, rauhoittavat lääkkeet ja kannabiksen. Stimulantit ensisijaisena päihteenä maininneet käyttivät usein myös kannabista ja rauhoittavia lääkkeitä. Rauhoittavat lääkkeet ensimmäisenä päihteenä maininneet käyttivät muina päihteinä eniten kannabista. Kannabista ensisijaisena päihteenä käyttäneet mainitsivat muita vähemmän useita päihteitä. Niillä, joilla alkoholi oli ensisijainen päihde, oli hyvin usein kannabiksen, mutta

myös stimulanttien ja rauhoittavien lääkkeiden käyttöä. Suurin osa (81 %) aineiston asiakkaista oli käyttänyt joskus elämänsä aikana jotakin päihdettä pistämällä.

Buprenorfiinia ja metadonia käytetään sekä laittomana päihteenä että lääkärin ohjeiden mukaan vieroitus- tai korvaushoitolääkkeenä. Päihdehuollon asiakkaista korvaushoidossa oli 49 prosenttia asiakkaista ja kaikista huumeasiakkaista 54 prosenttia oli joskus ollut korvaushoidossa. Yleisimmät korvaushoitolääkkeet olivat buprenorfiini-naloksoni (45 %) sekä metadoni (40 %). Opioidikorvaushoidossa arvioitiin olevan noin 3 300 henkilöä. Viimeisen 2 vuoden aikana merkittävä osa korvaushoidossa käytettävästä buprenorfiinista annetaan pitkävaikutteisina injektioina.

Päihdehoitoa saavien aineistosta valtaosa (74 %) kerättiin päihdehoitoon erikoistuneissa palveluissa kuten päihdepsykiatrian yksiköistä, huumeisiin erikoistuneilta klinikoilta ja päihdehuollon laitospäästötöissä olevilta. Päihdehoidosta noin puolet oli avo- ja puolet laitospäästötöistä. Nykyiselle hoitajaksole asiakas oli yleisimmin ohjautunut muiden päihdehuollon palvelujen (45 %) kautta. Oma-aloitteisesti huumehoitoon oli hakeutunut 18 prosenttia ja terveydenhuollon kautta vain 8 prosenttia asiakkaista. Kaikkein nuorimpien asiakkaiden hoitoon ohjautuminen erosi muista ikäryhmistä. Alle 20-vuotiaista asiakkaista 29 prosenttia ohjautui hoitoon lastensuojelun kautta ja 24 prosenttia itse tai läheisten tuella. Alaikäiset (alle 18 vuotiaat) ohjautuivat hoitoon pääsääntöisesti lastensuojelun kautta.

6.2 Terveydenhuollon käyttö

Suomalaisten huumeiden käyttöä kartoitetaan THL:n toimesta noin neljän vuoden välein tehtävän huumeenkyselyn avulla (Karjalainen ym. 2020). Vastaajilta kysytään, oliko heillä joskus elinaikana tai viimeisten 12 kuukauden aikana ollut terveysongelmia, joiden he uskoivat aiheutuneen alkoholin, huumeiden, rauhoittavien, uni- tai kipulääkkeiden tai eri aineiden samanaikaisesta käytöstä. Vuonna 2018 yksitoista prosenttia vastaajista raportoi, että heillä oli ollut terveysongelmia, joiden he uskoivat aiheutuneen alkoholin käytöstä. Lääkkeiden käytöstä aiheutuneista terveysongelmista raportoi kolme prosenttia ja huumeiden käytöstä sekä eri aineiden samanaikaisesta käytöstä aiheutuneista

terveysongelmista kaksi prosenttia vastaajista. Miehet raportoivat terveysongelmia enemmän alkoholin ja huumeiden vuoksi, mutta lääkkeiden käytöstä ja eri aineiden samanaikaisesta käytöstä aiheutuneiden terveysongelmien raportoinnissa ei miesten ja naisten välillä ollut eroja. Huumeiden käytöstä aiheutuneet terveysongelmat ovat lisääntyneet erityisesti 25–34 -vuotiailla, vuoden 2010 kahdesta prosentista vuoden 2018 viiteen prosenttiin.

Samassa kyselyssä kolme prosenttia kaikista vastaajista ilmoitti olleensa alkoholin, huumeiden tai muiden päihteiden käytöstä johtuen hoidossa vuosina 2006–2018 (Karjalainen ym. 2020b). Suurin osuus hoidossa olleista oli 45–69-vuotiaiden miesten ryhmästä. Vuonna 2018 päihteiden käytöstä johtuvaa hoitoa saaneita raportoi ensimmäistä kertaa myös 15–24 -vuotiaat naiset. Tämän ikäryhmän naisista jopa suurempi osuus (2 %) raportoi olleensa päihteiden käytöstä johtuen hoidossa verrattuna miesten vastaavaan ikäryhmään (1 %).

THL:n [Päihdetilastollisen vuosikirjan](#) (2020) mukaan vuosien 2014-2018 aikana huumesairauksiin liittyvien erikoissairaanhoidon poliklinikalla hoidettujen potilaiden määrä kasvoi noin 33 prosentilla (7037 potilasta vs 9342) ja käyntien määrä lisääntyi noin 23 prosentilla (81 219 käyntiä vs 99 885). Pääosa polikliniisistä käynneistä (80% vuonna 2018) johtui riippuvuuden hoidosta ja näistä 91%:ssa kyse oli opioidiriippuvuudesta. Samana ajanjaksona (2014 vs 2018) sellaisten hoitajaksojen määrä, joissa huumeisiin liittyvä sairaus oli päädiagnoosina, kasvoi lähes 63 prosenttia ja terveydenhuollon vuodeosastolla hoidettujen määrä kasvoi 71 prosenttia (vuonna 2014 vuodeosastolla oli 2710 potilasta ja vuonna 2018 potilaita oli 4636). Huumesairauksiin liittyvien hoitopäivien määrä kasvoi noin kolmanneksella (vuonna 2014 hoitopäiviä oli 27 502 ja vuonna 2018 vastaavasti 36 789). Vuodeosastohoidoista suurimmalla osalla päädiagnoosi oli huume- ja lääkeriippuvuus, seuraavaksi yleisimmät diagnoosit olivat riippuvuuden seurauksena aiheutunut elimellinen aivo-oireyhtymä ja päihtymystila. Huumeisiin ja lääkkeisiin liittyvät myrkytystilat kasvoivat liki kaksinkertaiseksi aikavälillä 2009-2018 (3552 vs 6189).

Huumausaineiden väärinkäyttöön liittyviä terveydenhuollon vuodehoitajaksoja oli vuonna 2018 eniten ikäryhmissä 20-24 vuotiaat (705 jaksoa), 25-34vuotiaat (1847 jaksoa) ja 35-44 vuotiaat (917 jaksoa). Erikoissairaanhoidon avohoidossa oli huumausaineiden väärinkäytön vuoksi eniten käyntejä vastaavissa ikäryhmissä kuitenkin siten, että myös 45-55 vuotiaat käyttivät paljon erikoissairaanhoidon avohoitoa.

Monipäihdekäyttö on selkeästi lisääntynyt sosiaali- ja terveystalouteen päihdeongelman vuoksi hakeutuneissa asiakkaissa. Vuonna 2015 päihde-ehdoista asioinneista 32 prosentissa oli viimeisen vuoden aikaista useamman päihteen samanaikaista käyttöä (Kuussaari ym. 2017). Samanaikaisesti useampaa päihdettä käyttäneistä vajaalla 60%:lla oli tiedossa oleva mielenterveyden häiriö. Arvion mukaan vuonna 2015 sosiaali- ja terveydenhuollon avopalveluihin tehtiin arkipäivinä yhteensä lähes 580 000 asiointia, joissa asiakas oli käyttänyt eri päihteitä samanaikaisesti viimeisen 12 kk:n aikana. Vuositasolla asiointien määrä on huomattavasti suurempi, sillä viikonloppuna ja pyhinä tehdyt käynnit ovat päivätasolla arkea korkeammat. Monipäihdekäyttöä esiintyi enemmän suurissa kaupungeissa kuin pienissä kunnissa, mikä voi kuvastaa sitä, että päihdehoitoa on enemmän tarjolla suurissa kunnissa ja hoito on monipuolisempaa. Monipäihdekäyttö on moniongelmainen ja tämän vaativan asiakasryhmän palveluiden saatavuudesta ja riittävästä resursoinnista tulee huolehtia sote-uudistuksessa.

Pistämällä tapahtuva huumeiden käyttö lisää bakteeri- ja virusinfektioiden riskiä. Huumeiden käytön seurauksena saatujen tartuntatautien määrä on pysynyt viime vuosina vakana. Suomessa saadut hiv-tartunnat on onnistuttu pitämään matalalla tasolla vuosituhanen vaihteen epidemian jälkeen tehokkaiden torjuntatoimien avulla. Suomessa diagnosoidaan uusia HIV-tapauksia noin 150 vuodessa, näistä vain 5% liittyy suonensisäisten huumeiden käyttöön ([THL HIV esiintyvyys tilastot, tarkistettu 6.5.2021](#))

Vuodesta 2003 uusien C-hepatiittien tapausmäärä on ollut vuosittain keskimäärin 1200. Suomessa hepatiitti C-tartunnan saaneista valtaosa on käyttänyt pistämällä huumeita. Karjalainen ym. (2017) ovat todenneet, että huumeiden suonensisäinen käyttö on vahvasti

yhteydessä eri päihteiden samanaikaiseen käyttöön. Myös Ovaskan ym. (1993) tutkimuksessa hepatiittitartuntoja todettiin eniten monipäihdekäyttäjillä. Täten on riski, että hepatiittitartuntojen määrä lisääntyy monipäihdekäytön yleistyessä. Huumeiden pistoskäyttö on yleisin tartuntatapa (43 %) ja hepatiitti C:n esiintyvyys on huumeita suonensisäisesti käyttävien ryhmässä noin 75 % ([THL Hepatiitti C esiintyvyys Suomessa, tarkistettu 6.5.2021](#)).

Päihdehuoltopalvelut voivat hallinnollisesti olla joko terveyden- tai sosiaalihuollon palveluita. Tilastojen mukaan niihin hakeutui vuonna 2018 yhteensä 1414 asiakasta, joista 69 % oli miehiä. Ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuneita oli noin 14%. Miehistä 68% oli korvaushoidon asiakkaita, naisista vain 32%. Molemmilla sukupuolilla ongelmallisina päihde oli opioidi (miehillä 39 %:lla ja naisilla 50 %:lla) ja toiseksi yleisin kannabis (18% vs 10%). Hoitoon hakeutuessa useamman huumeen ja myös lääkkeiden monipäihdekäyttö oli yleistä. Miehistä 77 % ja naisista 82% oli käyttänyt joskus huumeita pistämällä. Aikaisempia hoitokontakteja oli 86 %:lla, sukupuolten välillä ei ollut tässä suhteessa eroa (THL päihdetilastollinen vuosikirja 2019).

Päihdehuollon laitoksissa hoidettiin vuonna 2019 yhteensä 6 632 asiakasta ja heille kertyi 162 505 hoitopäivää (THL tilastoraportti 45/2020). Niin asiakkaiden kuin hoitopäivien määrät ovat lähteneet laskuun 2010. Asiakkaista noin 40% oli ilmoittanut ensisijaisen hoitoon hakeutumisen syyksi huume- ja/tai lääkkeiden väärinkäytön. Hoitojaksojen pituudet vaihtelivat alle viikosta yli 90 päivään. Huume ja/tai lääkkeiden käyttöön liittyvät hoitojaksot olivat pidempiä kuin vain alkoholin käyttöön liittyvät hoitojaksot.

6.3 Sosiaalipalvelujen käyttö

Päihderiippuvaisen henkilön elämäntilanteen on oltava riittävän vakaa, jotta se mahdollistaa hoitoon ja kuntoutumiseen sitoutumisen. Tämä edellyttää yksilöllisesti järjestettyjä sosiaalipalveluja kuten asumisen ja toimeentulon sekä tarvittaessa lastensuojelupalveluja. Sosiaalipalveluiden päihde-ehtoisia käyntejä ei tilastoida systemaattisesti.

Palveluiden tarpeesta on saatavissa vain epäsuoria tietoja. THL:n päihdehuoltoa koskevaan tiedonkeruuseen osallistuneiden yksiköiden huumehoidon asiakkaista naisia oli 31 prosenttia (THL 2021). Naisten osuus oli suurin alle 20-vuotiaissa (47 %) ja pienin yli 40-vuotiaissa (21 %). Vuonna 2019 huumehoidon asiakkaista joka kymmenes oli asunoton. Asiakkaista 66 prosenttia asui yksin ja 19 prosenttia puolison kanssa. 41 prosentilla oli vähintään yksi lapsi ja 19 prosentilla alle kouluikäinen lapsi. Lastensuojelun tukitoimien piirissä oli 20%:a miehistä, ja 43%:a naisista. Asiakkaista kolmesta oli alle 18-vuotiaita ja heistä kahdelletoista oli merkitty lastensuojelun toimia. Asiakkaista 10% oli säännöllisessä tai satunnaisessa työssä, ja 6%:a jonkinlaisen kuntouttavan työtoiminnan piirissä. Opiskelijoita oli koko asiakaskunnasta 6 %. Työttömiä työnhakijoita oli 50 %. Eläkkeellä oli 10 prosenttia ja muuten työvoiman ulkopuolella 11 prosenttia (eivät ole työkykyisiä tai eivät hae töitä). Korkeintaan peruskoulun suorittaneita oli 58 prosenttia asiakkaista ja keskiasteen koulutuksen suorittaneita 35 prosenttia.

6.4 Kuolleisuus

Huumeaineiden käyttöön liittyvä kuolleisuus on jatkuvassa nousussa. Alkoholiongelman vuoksi sairaalahoitoa saaneiden elinennusta on lyhentynyt yli 20 vuodella (Westman ym. 2015). Sama ilmiö on nähtävissä myös huumeiden käyttäjillä (Karjalainen ym. 2020a). Erityisesti nuorten tahattomat myrkytystiloihin liittyvät kuolemat ovat lisääntyneet (Kriikku ym. 2020). Huumemyrkytyksiin kuolla Suomessa keskimäärin nuorempana kuin muissa Pohjoismaissa ja noin neljännes kuolleista on naisia (Simonsen ym. 2020). Useimmat myrkytyksistä olivat monen eri huumeen tai lääkkeen aiheuttamia.

Ruumiinavauksissa todetut oikeustoksilogiset huumeainelöydökset ovat lisääntyneet vuosituhatlukuun alkuun 200:sta yli 400:aan vuonna 2018 (THL päihdetilastollinen vuosikirja 2019, kuvio 12). Näistä vain reilu puolet näkyi myös kuolinsyytilastoissa ensisijaisena kuolinsyynä.

6.5 Huumeiden käytön aiheuttamat kustannukset

Huumeiden käyttöön liittyvissä kustannuksissa on huomioitava terveyspalvelujen ja sosiaalipalvelujen käyttö, järjestyksen ja turvallisuuden ylläpitokustannukset sekä oikeusjärjestelmälle ja vankeinhoidolle aiheutuvat kustannukset. Lisäksi aiheutuu sairauspäivä- sekä työkyvyttömyyseläkekuluja. Huumeiden käyttö on myös merkittävä tekijä syrjäytymiskehityksessä, johon liittyy alisuoriutuminen, opintojen viivästykset ja keskeytykset sekä työllistymisen vaikeudet. Myös NICE toteaa ohjeistuksessaan, että laajempi yhteiskunnalle koituvien kustannusten huomioiminen on hyväksyttävä laajennus silloin, kun terveydenhuollon menetelmien käytöllä tai käyttämättömyydellä on suorat vaikutukset yhteiskunnalle aiheutuviin muihin kustannuksiin (ml. sosiaalipuolen kustannukset sekä rikosseuraamukset) ([NICE terveystaloustieteellisen arvioinnin ohje](#))

THL:n vuoden 2019 Päihdetilaston mukaan huumeiden käyttöön liittyvien haittojen kokonaiskustannukset kasvoivat vuosina 2014-2016 noin 10%. Kustannuksista pienin osuus koski terveydenhuoltomenoja, joissa oli liki 3 prosentin lasku. Sosiaalipalvelujen ja -turvan kustannukset olivat kasvaneet 21.4 % ja ne olivat yli kaksi kertaa terveydenhuollon kustannuksia suuremmat. Kaikkein suurimmat kustannukset aiheutuivat järjestyksen ja turvallisuuden sekä oikeusjärjestelmän ja vankeinhoidon yhteiskustannuksista, jotka olivat yhteensä kolme kertaa niin suuret kuin terveydenhuollon kustannukset. Nämä järjestyksen ylläpidon ja rikosseuraamusten kustannukset olivat lisääntyneet kahdessa vuodessa liki 10% (THL Päihdetilastot 2019 alkoholi ja huume, taulukko 70). Lisäksi on huomioitava työkyvyttömyys ja sairauspäivärahaikulut, sekä huumeriippuvuuden aiheuttaman syrjäytymisen kulut. Esimerkiksi peruskoulun varaan jäävät aiheuttavat elinaikanaan riskitekijöistä riippuen keskimäärin 230 000 – 370 000 euron menetyksen julkishallinnolle (nettomenetys vuoden 2017 veroasteikolla) verrattuna koulutuksen saaviin (Hilli ym. 2017).

Kuntien kustantamien päihdepalveluiden kustannuskehitys on ollut vähäistä, eikä vastaa päihdeongelmaisten määrän kasvua. THL:n vuotta 2019 koskevan tilastoraportin (taulukko 68) mukaan päihdehuollon nettomenot olivat 157 139 euroa vuonna 2009 ja 193 599

euroa vuonna 2018. Päihdehuollon laitospalveluita käyttävien määrät ja hoitopäivät ovat laskeneet vuodesta 2010 (THL tilastoraportti 45/2020).

Rautiaisen väitöskirjassa (2021) on tarkasteltu rekisteritietojen avulla alkoholia haitallisesti käyttävien ja alkoholiriippuvuuteen sairastuneiden sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttöä. Väitöskirjan tuloksia voidaan osin soveltaa huumeriippuvuuksiin sairastuneisiin. Tulokset osoittavat, että sähköisistä potilastietojärjestelmistä tunnistetuilla henkilöillä oli pääsääntöisesti havaittavissa jo pitkälle kehittynyt alkoholiongelma ja useilla heistä oli lisäksi paljon muita sairauksia. ICD-10 diagnoosipohjainen satunnaisotanta paljasti, että alkoholiin liittyviä diagnooseja ei juurikaan käytetä, ellei alkoholiongelma ole jo pitkälle edennyt. Tämän havainnon katsottiin osaltaan selittävän tutkittavien korkeaa kuolleisuusastetta (22,9 %). Toistuvat suoraan alkoholista johtuvat käynnit (ICD-10 tautiluokituksen ryhmän F10 koodi päädiagnoosina) terveyskeskuslääkärin vastaanotolla olivat yhteydessä suurempaan kuolemanriskiin, mikä puolestaan viittaa mahdollisiin haasteisiin hoidon toteuttamisessa terveyskeskuksissa. Vastaavasti hoitokontakti mielenterveyden avopalveluihin oli yhteydessä pysyvän remission saavuttamiseen. Verrattaessa alkoholiongelma diagnoosin saaneiden ja tyypin 2 diabetesta sairastavien potilaiden sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttöä, havaittiin alkoholiongelmaisilla potilailla esimerkiksi runsaampaa päivystyksessä asiointia (OR 8.89) ja enemmän somaattisen erikoissairaanhoidon hoitajaksoja (OR 11.30).

Väitöskirjassa (Rautiainen 2021) arvioitiin myös hoidon suoria kustannuksia vuosilta 2014–2018. Yksistään päihdepalveluissa hoidossa olevilla oli 53 % matalammat keskimääräiset kustannukset verrattuna mielenterveys- ja päihdepalveluiden ulkopuolelle jääneisiin potilaisiin. Kaikissa palvelunkäytön profiileissa kustannuksia kertyi eniten erikoissairaanhoidosta. Vastaavasti päihdepalveluiden ja mielenterveyden avopalveluiden osuus kustannusten kertymisestä oli vähäinen. Pysyvän remission saavuttaneilla matalimpaan kustannuskvartaaliin kuuluvien osuus kasvoi (42,86 % vs. 25,07 %) ja korkeampaan kvartaaliin kuuluvien osuus vastaavasti laski (10,71 % vs. 26,27 %) verrattuna niihin, joilla alkoholiongelma jatkui viiden vuoden seurannan aikana. Eniten kustannuksia lisäsi somaattinen oheissairastavuus. Tutkimuksessa tunnistettiin päihdehoitoon pääsyn olevan yhteydessä

parempiin hoidon päätapahtumiin sekä matalampiin hoidon kokonaiskustannuksiin. Kustannusten hillitsemiseksi tulisi myös oheissairastavuuden oikea-aikaiseen hoitoon panostaa nykyistä enemmän.

Rautiaisen väitöskirjan tulosten perusteella voidaan epäsuorasti päätellä, että myös huumeriippuvuuksien hoidon tulosten ja kustannusten hallinnan kannalta keskeistä on varhainen hoitoon ohjaus ja hoitoon pääsy sekä samanaikaisten mielenterveyshäiriöiden ja somaattisten sairauksien varhainen hoito. Myös huumeriippuvaisten osalta erikoissairaanhoidon käynnit ovat lisääntyneet niin päivystyksen kuin vuodeosastojaksojen osalta (THL Päihdetilastot 2019, kuvio 9). Onkin oletettavaa, että myös huumeriippuvuuksien hoidossa erikoissairaanhoidon osuus kustannuksista korostuu, samoin päivystyskäyntejä seuraavat sairaalajaksot. Erikoissairaanhoidon kustannukset ovat todennäköisesti myös korkeammat kuin alkoholin käytöstä johtuvat, sillä erityisesti suonensisäiseen huumeiden käyttöön liittyy C-hepatiitin lisäksi vaikeiden infektioiden riski.

On myös huomioitava, että riittämättömät terveydenhuollon palvelut huumeriippuvuuksien hoidossa ovat yhteydessä kustannusten kasvuun niin sosiaalipalveluissa, järjestyksen ylläpidossa kuin oikeusjärjestelmässä ja vankeinhoidossa (THL Päihdetilastot 2019, taulukko 70). Tämä ilmiö liittyy vain huumeiden käyttöön. Alkoholin käytön aiheuttamissa kustannuksissa terveydenhuollon kustannukset ovat laskeneet enemmän kuin huumeiden käyttöön liittyvät, mutta siihen ei ole liittynyt sosiaalipalvelujen, järjestyksen ylläpidon tai oikeusjärjestelmän kustannusten kasvua (THL Päihdetilastot 2019, vertaa taulukot 69 ja 70).

6.6 Työkyvyttömyyseläkkeet

THL:n päihdetilaston (2020) mukaan huumesairauksien perusteella myönnetyt eläkkeet perustuvat pääsääntöisesti huumeiden aiheuttamiin elimellisiin aivo-oireyhtymiin ja käyttäytymisen häiriöihin. Vuonna 2018 Kela oli myöntänyt huumesairauksien johdosta yhteensä 2117 työkyvyttömyyseläkettä, tämä muodostaa 1.6% kaikista Kelan myöntämistä työkyvyttömyyseläkkeistä. Yksityisen ja julkisen sektorin työkyvyttömyyseläkkeistä huumesairaudet muodostavat noin 0.5%, vuonna 2018 niitä oli myönnetty 682.

6.7 Sosiaaliturvan kustannukset

Tilastoista ei ole eroteltavissa huume-ehtoisia palveluita ja etuisuuksia niiden sisällön mukaisesti. Huumeiden käytön haitoista aiheutuvat sosiaalipalvelujen ja sosiaaliturvan kustannusten arvioitiin olevan vuonna 2014 73,7-106,1 miljoonaa euroa ja vuonna 2016 vastaavasti 92,5-124,4 miljoonaa euroa, kasvua oli 21,4% (THL Päihdetilasto 2019, taulukko 70).

6.8 Rikollisuus

Huumausaineiden käyttö näkyy yleisessä järjestyksessä ja turvallisuudessa ja siten poliisin arkityössä. Huumausainerikokset on kirjattu rikoslakiin. Yleisimmät nimikkeet ovat huumausaineen käyttörikos, huumausainerikos ja törkeä huumausainerikos.

Suurin osa poliisille paljastuneista huumausainerikoksista on käyttörikoksia. Käyttörikoksella tarkoitetaan sitä, että hallussa pidetty huumausaineen määrä on pieni, omaan käyttöön viittaava. Huumausainerikoksessa ja törkeässä huumausainerikoksessa on kysymys myös aineen välittämisestä tai esimerkiksi maahantuonnista ja kasvatuksesta. Useimmiten aineen määrä määrittää sen, onko kyse törkeästä rikoksesta. Poliisin tietoon rikokset tulevat aktiivisen valvonnan tuloksena tai muun toiminnan yhteydessä. Esimerkiksi rattijuopumusvalvonnan yhteydessä voi paljastua huumausainerikos.

Tilastokeskuksen mukaan huumausainerikosten määrä 10 000 asukasta kohden on kasvussa ([Huumausainerikokset asukasta kohden](#)). Vuonna 2019 huumausainerikoksia tehtiin noin 10 000 ja ne olivat suurelta osin käyttörikoksia ([Poliisi huumausainerikokset](#))

Huumausainerikoksista voi saada rangaistukseksi sakkoa tai vankeutta:

- Huumausaineen käyttörikoksesta rangaistus on sakkoa tai enintään kuusi kuukautta vankeutta.
- Huumausainerikoksesta rangaistus on sakkoa tai vankeutta enintään kaksi vuotta.

- Törkeästä huumausainerikoksesta rangaistus on vähintään yksi tai enintään kymmenen vuotta vankeutta.

Poliisi tekee myös ennalta estävää työtä huumeiden käytön ja sen lieveilmiöiden vähentämiseksi ja ohjaa päihdehuoltoon. Suurin kehitystarve on erilaisten päihdehoitopalveluiden saatavuus ja oikea-aikaisuus.

6.9 Kustannusvaikuttavuus

Englannissa tehtiin 2013-2015 yksilöllisesti räätälöityjen psykososiaalisten menetelmien vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta selvittävä satunnaistettu tutkimus, johon osallistui yhteensä 273 (136 interventioryhmässä, 137 verrokkia) opioidikorvaushoidossa olevaa henkilöä (Marsden ym. 2019). Osallistujat olivat vähintään 18 vuoden ikäisiä, täyttivät opioidiriippuvuuden ja/tai kokaiiniriippuvuuden kriteerit ja olivat saaneet vähintään 6 viikkoa opioidikorvaushoitoa, mutta olivat virtsanäytteiden perusteella edelleen käyttäneet joko opioideja tai kokaiiniä edeltäneiden 28 päivän aikana.

Tulosmuuttujana oli 18 viikon kohdalla laittomien huumeiden (opioideit tai kokaiini) käyttämättömyys (abstinenssi) edeltävien 28 vuorokauden aikana. Muita muuttujia olivat päihtettömien päivien määrä edeltäneiden 28 vuorokauden aikaa, korvaushoidossa pysyminen (päivissä mitattuna), terapiakäynteihin osallistuminen sekä validoidut kognitiivista suoriutumista (MoCA), terveyttä (PHQ-7), ahdistusta (GAD-7), sosiaalista toimintakykyä (WSAS), elämänlaatua (EQ-5D-3L) ja palvelujen kustannuksia (AD-SUS) arvioivat menetelmät.

Interventioryhmän potilaille räätälöitiin yksilöllinen psykososiaalinen hoito ja se sisälsi mm. kognitiivista käyttäytymisterapiaa, 12-askeleen hoitomenetelmiä, palkkiohoitoa ja perheen osallistamista. Psykososiaalinen hoito kesti 12 viikkoa ja se sisälsi viikoittain 60 minuutin psykologin käynnin, masennuspotilailla lisäksi kaksi 30 minuutin käyntiä viikossa.

Molemmat ryhmät saivat normaalin hoidon, mikä sisälsi 30 minuutin yksilöllisen päihdetyöntekijän tapaamisen 2 viikon välein ja neljä virtsan huumeetestausta.

Interventioryhmässä 59% (N=79) osallistui vähintään kolmannekseen terapiasessioista ja

heidät katsottiin hoitoon sitoutuneeksi. Päihdetyöntekijöiden tapaamisiin osallistuttiin molemmissa ryhmissä keskimäärin yhtä usein (noin 8 kertaa).

18 viikon kohdalla interventioryhmän potilaat olivat todennäköisemmin abstinenteja (16% vs 7%, $P = 0.048$) ja heidän sosiaalinen toimintakykynsä sekä elämänlaatunsa olivat parempia. Interventioryhmäläisillä oli myös enemmän huume”vapaita” päiviä.

Marsden ym. osoittivat, että silloin kun henkilö on vapaaehtoisesti hakeutunut korvaushoitoon mutta 6 viikon korvaushoito ei yksinään mahdollistanut opioidien ja/tai kokaiinin lopetusta, on yksilöllisesti räätälöity, avohoidossa toteutettu terapia kustannusvaikuttavaa, kun vaikuttavuuden mittarina käytettiin abstinenssia tai laaturapainotettuja elinvuosia ja kustannukset on huomioitu laaja-alaisesti. Hyvä hoitovaste saavutettiin lähes yhdellä viidestä. Interventiolla on 60% todennäköisyys olla kustannusvaikuttava raja-arvolla 20 000 puntaa/QALY ja 67%:n todennäköisyys raja-arvolla 30 000 puntaa/QALY. Tutkijat toteavat, että vaikuttavuuden avain on potilaiden preferenssien huomioiminen, mikä edellyttää laajaa menetelmien valikoimaa sekä menetelmän joustavaa muokkaamista potilaan vasteiden mukaisesti.

7 Eettiset ja järjestämiseen liittyvät näkökohdat

Huume- ja lääkeriippuvuuksien hoidon järjestämisessä, saatavuudessa ja saavutettavuudessa todettiin valmistelutyön alkuvaiheessa merkittäviä eettisiä arvokysymyksiä, joita kartoitettiin EunetHTA ydinmalliin kuuluvien kysymysten avulla (EunetHTA, 2016).

Tarkempaan eettiseen analyysiin pyydettiin asiantuntija, VTT Susanne Uusitalo. Hän on vastannut yhdessä Palveluvalikoimaneuvoston pääsihteerin Ilona Autti-Rämön kanssa eettisen analyysin toteutuksesta. Eettisessä analyysissä on hyödynnetty jaoston jäsenten asiantuntemusta, aiheeseen liittyvää kirjallisuutta sekä aiemmin toteutettua potilaita edustavien järjestöjen tapaamista. Läheisten ryhmätapaaminen sekä eri paikkakunnilla toteutetut kohderyhmän edustajien ryhmätapaamiset sekä kysely mahdollistivat potilasnäkökulman syventämisen. Analyysin toteutus ja tulokset ovat liitteessä 3, tässä esitetään sen keskeiset tulokset.

7.1 Tiivistelmä EUNETHTA arvokysymyksistä

Suomalaisesta palveluvalikoimasta päätettäessä on huomioitava, että kyse on julkisen vallan velvollisuuksien määrittämisestä. Velvollisuuksiin liittyy riittävien palvelujen tarjoaminen kaikille potilasryhmille ja eriarvoisuuden vähentäminen.

7.1.1. Hyötyjen ja haittojen suhde

Oikea-aikainen, henkilön omaa hoitomotivaatiota hyödyntävä ja pystyvyyden tunnetta vahvistava sekä jatkuvuuden takaava psykososiaalinen hoito mahdollistaa positiivisia vaikutuksia terveyteen, toimintakykyyn ja elämänlaatuun. Se voi myös vähentää yhteiskuntaan vaikuttavia negatiivisia seuraamuksia. Riippuvuuteen voi liittyä käytön jatkaminen negatiivisista seurauksista huolimatta ja korkea relapsin riski, mikä vaikuttaa niin huumeita käyttävään henkilöön itseensä kuin hänen läheisiinsä. Tämä olisi tärkeä huomioida rakennettaessa arjen tukiverkoston. Arjen tuki edellyttää myös läheisten hyvinvoinnin varmistamista.

Päihdehoidon haitat liittyvät erityisesti hoitojen on riittämättömyyteen sekä mahdollisiin ihmisarvoa loukkaaviin käytäntöihin ja asenteisiin.

7.1.2. Puutteellisen tietopohjan merkitys

Liian kapea, vain käytön vähentämiseen kohdentuva tutkimus antaa virheellisen kuvan niin riippuvuuksien luonteesta kuin hoitojen merkityksestä elämänhallinnan sekä erityisesti sosiaalisen selviytymisen ja yhteiskuntavaikutusten osalta.

7.1.3. Autonomia

Psykososiaalisen hoidon onnistumisen kannalta keskeistä on potilaan motivaatio ja mahdollisuus sitoutua hoitoon. Hoitomenetelmää yhdessä valittaessa tulisi huomioida eri menetelmien vaikuttavuusnäyttö potilasta vastaavassa tilanteessa, yksilöllisesti potilasta motivoivat (ja estävät) tilannetekijät sekä ymmärtävä, luottamusta rakentava kohtaaminen.

Ristiriitatilanteessa kohtaavat potilaan oikeus kieltäytyä hoidosta ja heitteille jätön ongelmatiikka, erityisesti silloin, kun potilaan kyky toimia autonomisesti on heikentynyt merkittävästi.

7.1.4. Ihmisarvo

Sekä tutkimusten että potilaiden kertoman mukaan huumeriippuvaiset henkilöt ja montaa päihdettä käyttävät henkilöt kokevat usein arvottomuutta ja heitä stigmatisoidaan myös terveydenhuollossa. Hoitoon pääsyn voidaan puolestaan katsoa parantavan omanarvontuntoa ja toipumisen kokemusta. Toiminta, joka mahdollistaa tämän, voidaan lukea olevan osoitus ihmisarvon kunnioittamisesta. Ihmisten yhtäläinen, kunnioittava kuulluksi tuleminen ja kohtaaminen vahvistavat kokemusta omasta arvosta paitsi itse koettuna myös muiden tunnistamana.

7.1.5. Oikeudenmukaisuus ja yhdenvertaisuus

Huumeriippuvuus on vakava, elinikää lyhentävä oireyhtymä, jonka hoitoon on olemassa lääketieteellisiä keinoja. Näiden epääminen tai puutteellinen järjestäminen voidaan katsoa ihmisoikeuksia ja ihmisarvoa loukkaavaksi.

Toisin kuin muiden sairauksien hoidossa, riippuvuuksien hoitoon ohjausta ja hoidon järjestymistä näyttää ohjaavan, ehkä osin tiedostamattomasti, asiaton käsitys, että ne ovat itseaiheutettuja ja täten myös itse hoidettavia ja myös seurauksista on itse vastattava. Toisin kuin minkään muun sairauden hoidossa heikentynyt kyky sitoutua hoitoon voi johtaa hoitosuhteen päättämiseen ja jopa uuden hoitoyrityksen epäämiseen. Ongelmallisuutta lisää se, että hoitoon sitoutumisen vaikeus saatetaan nähdä vain potilaan valintana, eikä ymmärretä siihen vaikuttavia riippuvuussairauden luonteeseen kuuluvia yksilötekijöitä sekä potilaan omista toimista riippumattomia tilannetekijöitä.

Psykososiaaliset hoidot ovat osa kuntoutusta, jossa keskeisenä tukiverkkona arjen toimintakyvyn ylläpitäjänä ovat läheiset. Riippuvuuksissa omaisten ja läheisten rooli

hoitotulosten saavuttamisessa ja ylläpitäjänä on jätetty vähäiselle huomiolle toisin kuin kuntoutuksessa yleensä tehdään.

7.1.6. Lainsäädäntö

Huumeiden käytössä ja riippuvuudessa on kyse laittomasti hankituista aineista, joihin voi liittyä rikosoikeudellisia seuraamuksia riippuen siitä, onko käytetty aine huumelistalla vai ei. Riippuvuuden hoitoon ei tule liittää rikosoikeudellisia seuraamuksia eikä rikokseen syyllistyminen saa estää hoidon järjestymistä, kuten ei muissakaan terveydenhuollon palveluita edellyttävissä tilanteissa.

7.2 Tunnistettujen arvokysymysten punninta

EUnetHTA mallin lähtökohta on, että korttimallin avulla tunnistettujen arvokysymysten punninta ja analysointi voidaan tehdä monella erilaisella eettisen analyysin mallilla. Jaostossa päädyttiin siihen, että punnintaan käytetään prinsiplismia (Beachamp ja Childress 2001, Arras 2017).

Autonomian kunnioittaminen jakautuu tässä analyysissa kahteen pääkysymykseen: onko ihminen kykenevä autonomiseen päätöksentekoon (kompetenssi, vapaaehtoisuus ja vapaus kontrolloivista voimista kuten painostuksesta, kiristyksestä tai liiasta houkuttelusta) ja mitä hoitoon liittyviä valintoja yksilön autonomian piiriin terveydenhuollossa kuuluu. Haittojen välttämisen tärkeyttä arvioitaessa punnitaan hoitamiseen ja hoitamatta jättämiseen liittyviä haittoja sekä hoidon saatavuuteen liittyviä mahdollisia tekijöitä ja niiden seurauksia. Hyvän tekemisen periaate koostuu kolmesta näkökulmasta; tehdään hyvää, poistetaan haittaa ja edesautetaan hyvän mahdollisuuksia. Periaate korostaa sitä, että hoidoista on oltava selkeitä hyötyjä käytännössä enemmän kuin vaihtoehtoisista tavoista hoitaa samoja henkilöitä tai käyttää terveydenhuollon resursseja. Oikeudenmukaisuus liittyy kysymykseen tarjottavien hoitojen rajoista ja kustannuksista, tasa-arvosta ja yhdenvertaisuudesta. Sen mukaan samassa tilanteessa oleville ihmisille tulisi tarjota hoitoja samoin perustein riippumatta heidän henkilökohtaisista ominaisuuksistaan kuten iästä tai sukupuolesta, heidän koulutustaustastaan, asuinpaikastaan tai varallisuudestaan.

Sekä haittojen välttämisen, että hyvän tekemisen periaate arvioi seurauksia. Autonomian kunnioittamisen ja oikeudenmukaisuuden periaatteet puolestaan perustuvat näihin arvoihin itsessään.

Eettisessä analyysissä on pyritty identifioimaan ja analysoimaan huumeriippuvuuksien psykososiaalisiin hoitoihin liittyviä eettisiä arvokysymyksiä. Raportti täydentää osaltaan suositustyön tietopohjaa.

7.2.1. Autonomian kunnioittaminen

Olipa potilaan kompetenssin taso mikä tahansa, autonomian kunnioittamisen näkökulmasta keskeistä on, että potilas saa riittävästi tietoa hoidon toteuttamisen muodoista ja tavoitteista ja vuorovaikutuksella mahdollisuuden vaikuttaa hoidon toteutumiseen. Ensisijaisesti potilas on nähtävä ihmisenä, joka tarvitsee tietoa päätöksenteon tueksi. Autonomian kunnioittamisen toteutumisen ongelmakohtia ovat hoitojen rajoittavat ja pakottavat toimenpiteet suhteessa potilaan omien näkemyksien kunnioittamiseen. Autonomian kunnioittaminen on keskeinen länsimainen, yhteiskunnassa vallitseva arvo, jonka loukkaaminen vaatii yleensä hyvin perustellut ja painavat syyt, kuten pakkohoidossa. Riippuvuuksien hoidossa ongelmatikka keskittyy siihen, miten kykenevinä potilaat nähdään päättämään oman hoitonsa sisällöstä ja toteutusmallista sekä siitä, miten hyvin he pystyvät siihen sitoutumaan. Kompetenssin taso ei vähennä vuorovaikutuksellisuuden merkitystä. Autonomian kunnioittamiseen sisältyy potilaan toimijuuden vahvistumisen ja positiivisten pystyvyyden kokemusten kautta omaan arkeen siirtyviä työvälineitä, joilla hoitotulos voi säilyä myös hoitajakson jälkeen.

Vaikka potilaskertomukseen kirjatut merkinnät voivat olla myös tulevaisuuden oirekuvien etiologian tunnistamisessa ja hoidon suunnittelussa tärkeitä, ei niiden tule määrittää henkilöä terveyden- tai sosiaalihuollon kontakteissa. Päihdehistoria, käytön määrästä ja toistuvuudesta riippumatta, voi estää itselle merkityksellisten valintojen toteutumisen paitsi hoidossa myös esimerkiksi ammatillisen koulutuksen tai työllistymismahdollisuuksien suhteen, asunnonhankinnassa tai sosiaalisten suhteiden rakentumisessa.

On helppoa nähdä valvonnan tuoma hyöty, joka ylittää yksilön autonomian erityisissä tilanteissa (esimerkiksi varmistetaan, ettei henkilö tuo laitokseen päihteitä), mutta tämä tulisi tehdä tavalla, joka ei loukkaa ihmisarvoa. Hoitosopimukset voivat luoda edellytyksiä tällaiseen toimintaan, mutta vain silloin, kun ne perustuvat asialliseen vuorovaikutukseen ja ovat aidosti yhteistyötä parantavia sopimuksia eikä palveluntuottajan asettamia ehtoja tai vaatimuksia. Esimerkiksi rikokseen syyllistyminen ei saa estää hoidon jatkumista, kuten ei muissakaan terveydenhuollon palveluita edellyttävissä tilanteissa.

7.2.2. Haitan välttäminen ja hyvän tekeminen

Haitan välttäminen ja hyvän tekeminen limittyvät usein toisiinsa ja esimerkiksi Belmont raportissa (1979) niitä myös käsitellään kokonaisuutena. Tässä kokonaisuudessa katsotaan vapautta rajoittavien huolenpidon ja holhoavien toimenpiteiden hyötyjä ja haittoja. Haitan ja hyödyn ulottuvuuksiin kuuluu haitat yksilölle, läheisille ja laajemmin yhteiskunnalle. Haitan käsitteen määrittely kattamaan kaikki nämä alueet on tärkeää huumeriippuvuuksien hoidon ja kuntoutuksen psykososiaalisten menetelmien eettisessä analyysissä, koska analyysin aiemman osion valossa eri tahojen kohtaama haitta on hyvinkin monitahoista. Haitan välttämisen ulottuvuudessa keskeistä on, että terveydenhuollon ja sitä edustavien tahojen toimenpiteillä (esim. ennakkoluulot) ei aiheuteta haittaa. Haitan välttämiseksi on arvioitava myös mahdollisuudet hoitoon tahattomasti liittyvien haittojen minimoimiseen (esim. rajoitukset ja niistä joustaminen). Tärkeää on myös pohtia keinoja haitan välttämiseksi ja niin potilaiden kuin heidän läheistensä suojelemiseksi haitalta.

Koska riippuvuuteen vaikuttaa niin monet tekijät, potilaan hoitomotivaatio ja mahdollisuus hoidon jatkamiseen voivat vaihdella paljonkin. Hyvän tekemisen ideologia ei edellytä sitä, että henkilö kykenee itsenäisesti kiinnittymään hoitoon ja kuntoutukseen, vaan pyrkimys on tuottaa hyvää hänelle. Tarkoin harkitut ja hyvin perustellut paternalistiset käytänteet voivat hyödyttää potilasta. Nämä paternalismin oikeuttavat perusteet voivat myös nojata potilaan omaan suostumukseen ja ymmärrykseen hoidon etenemisestä. Hyvän tekemisen

periaatteen noudattaminen voi joutua myös ristiriitaan potilaan autonomian kanssa (pakkotoimenpiteet ja rajoittavat käytännöt). Jotta riippuvuudesta toipuminen olisi mahdollista, on autonomiaa kunnioitettava siten, että se mahdollistaa myös hoidon ja kuntoutuksen toteutumisen. Tämä sisältää mm. informaation antamisen, kunnioittavan vuorovaikutuksen sekä syylistämistä korostavan vastakkaisasettelun välttämisen. Vastuuttaminen ilman tosiasiallista kykyä tai mahdollisuutta ottaa vastuuta omasta hoito- ja kuntoutusprosessista myös loukkaa ihmisarvoa. Liiallinen vastuuttaminen loukkaa haitan välttämisen periaatetta.

Toipuminen riippuvuudesta voi edellyttää sitä, että joutuu kohtaamaan riippuvuuden ja sen seuraukset. Tämä voi edellyttää aikaa ja sopeutumista sekä erilaisten tunteiden käsittelyä. Pakotetusti tehdyt muutokset eivät kuitenkaan johda kestävään muutokseen. Haitan välttämisen näkökulmasta on tärkeä nähdä, mikä rajoittava toimenpide on hoidon vaikuttavuuden kannalta hyödyllinen ja mikä haitallinen. Alun perin haitalta suojelemiseksi aloitetulla hoitokäytännöllä voi olla haittaavia seurauksia, joita ei oltu tarkoitettu. Vuorovaikutus on tässä keskeistä, sillä ilman luottamuksellista keskustelua sen arviointi, mikä on juuri tälle henkilölle hyväksi, jää puutteelliseksi ja potilaan autonomian kunnioittaminen ohitetaan. Tällöin potilaan hoidoista saavuttama hyöty jää ohimeneväksi. On tärkeää myös arvioida haittoja, riskejä ja hyötyjä ei vain yksilökohtaisten hoitojen tavoitteiden saavuttamisen näkökulmasta vaan kokonaisvaltaisesti paitsi potilaan hyvinvoinnin ja elämän, myös hänen läheistensä sekä yhteiskunnan turvallisen toimivuuden kannalta. Tähän liittyy keskeisesti myös riittävän tutkimustiedon saaminen kaikesta tarvittavasta (ks. STM 2021).

7.2.3. Oikeudenmukaisuus

Distributiivista oikeudenmukaisuutta eli resurssien oikeudenmukaista jakamista voidaan tarkastella karkeasti ottaen ainakin neljästä näkökulmasta. Utilitaristinen näkökulma keskittyy ensisijaisesti utiliteettiin eli kokonaisyhyötyyn. Sen perusteella oikeudenmukaista on taata koko väestön kannalta maksimaalinen terveyshyöty. Se mahdollistaa niin negatiiviset kuin positiiviset käytännöt. Jos päihdepalveluja ei järjestetä, on mahdollista,

että koko väestön näkökulmasta erilaisten yhteiskunnan palvelujen tarve pikemminkin kasvaa. Egalitaristinen näkökulma lähtee hyödyn maksimoimisen sijaan ajatuksesta yhteiskunnan jäsenten yhdenvertaisesta mahdollisuudesta saada tiettyjä yhteiskunnallisia palveluita, esimerkkinä peruskoulu. Tämä tarkoittaisi, että päihdepalveluja on oltava tarjolla kaikille huumeongelman vakavuudesta riippumatta. Kommunitaristinen näkökulma lähtee siitä, että palveluja tulee olla tarjolla, kuten ennen on ollut, yhteisön tapojen ja perinteiden mukaisesti. Libertarinen näkökulma lähtee ihmisten perustavanlaatuisesta vapaudesta valita ja omistusoikeudesta. Sen mukaan tärkeää ei ole yhteisöllinen hyöty tai kansalaisten tarpeiden täyttäminen, vaan tärkeää on se, että prosessi palveluiden saamiseksi on reilua. Palveluja on tarjolla, mutta niiden saamiseen voi liittyä ehtoja, esim. taloudellisia.

Mikään yhteiskunta ei järjestäydy yhden periaatteen mukaisesti, mutta Suomessa egalitaristinen resurssien jako on pääperiaate. Kaikille tarvitseville pyritään tarjoamaan mahdollisuus riittävään hoitoon ja kuntoutukseen yhteiskunnan resurssin huomioon ottaen. Julkisen terveydenhuollon resurssien jaossa otetaan välttämättä hyöty- ja kustannusvai-kuttavuusnäkökulmat tärkeiksi kriteereiksi. Yleisenä tavoitteena on mahdollistaa suurin terveyshyöty väestötasolla lisäämättä eriarvoisuutta. Turhat, näyttöön perustumattomat hoitomuodot poissuljetaan. Niitä hoitoja, joista ei ole olemassa riittävää tai kohteeseen soveltuvaa tutkimusta, ei kuitenkaan voida automaattisesti poissulkea. Tutkimusrahoituksen kohdentaminen voi tahattomasti vinouttaa myös terveydenhuollon menetelmien vaikutuksista saatavaa tietoa ja täten johtaa epätarkoituksenmukaiseen resurssien jakoon.

Suomen terveydenhuoltojärjestelmä nojaa vahvasti tutkimusnäyttöön. Kun se puuttuu tai on liian kapea vaikuttavuuden arvioimiseen, on suuri riski, että resurssien jako johtaa eriarvoisuuden lisääntymiseen eri potilasryhmien välillä. Lisäksi vain huumeiden käytön vähentämiseen kohdentuva tutkimus antaa virheellisen kuvan niin riippuvuuksien ominaispiirteistä kuin hoitojen ja kuntoutuksen merkityksestä elämänhallinnan sekä erityisesti sosiaalisen selviytymisen ja yhteiskuntavaikutusten osalta.

Alueelliset erot huumeriippuvuuden hoidon tarpeessa on huomioitava määritettäessä palvelujen ja niiden eri muotojen riittävää tasoa sekä toteuttamisen edellytyksiä. Suunnitelma ilman toteutumisen edellytyksiä ei ole riittävä eikä takaa yksilön oikeuksia päästä hoitoon asuinpaikasta riippumatta. Käytännön toteutus hoitoon hakeutumisen tukemisesta siihen sitoutumiseen edellyttää aluekohtaisia toimintasuunnitelmia. Tasavertaisuus riippuvaisten henkilöiden ja ongelmakäytön kriteerit täyttävien nuorten kesken tulee taata asuinpaikasta ja sosiaalisesta tausta huolimatta.

8 Järjestämiseen liittyvät erityiset näkökohdat

Palvelujärjestelmän tulee ottaa kokonaisvaltainen vastuu huumeriippuvaisen kokonaistilanteen kartoituksesta sekä tarvittavien palvelujen järjestämisestä. Hoidossa tarvitaan paitsi sosiaali- ja terveyspalvelujen myös eri erikoisalojen yhteistyötä niin palveluihin kiinnittymiseksi kuin terveyshyödyn saavuttamiseksi. Tämä merkitsee sitä, että osaavia palveluita on resursoitava riittävästi ja niiden saatavuus on taattava pitkäjänteisen työn mahdollistamiseksi.

Päihdepalveluja säädellään usealla lailla sekä asetuksella ja sen toteutukseen on olemassa sekä Käypä Hoito että kiireettömän hoidon suosituksia eri tilanteita varten. Tästä huolimatta eivät päihdepalvelut ole kyenneet kehittymään määrällisesti ja sisällöllisesti palvelujen moniulotteisia tarpeita vastaaviksi.

Hoitohenkilökunnan koulutustasosta on säädetty minimitaso, joka ei varsinaisesti määritä, että heillä olisi päihdehoidon psykososiaalisiin menetelmiin liittyvää koulutusta. Psykososiaalisten hoito- ja kuntoutusmenetelmien täydennyskoulutuksesta tarvitaan valtakunnallinen suunnitelma. Sen toteuttamista ja toteutusta tulisi seurata. Olisi tärkeä luoda hallinnollisia ohjauskeinoja, joilla Palkon suosittelmien hoitomenetelmien käyttöönottoa olisi mahdollista tukea.

Kansallisen mielenterveysstrategian ja itsemurhien ehkäisyohjelman (STM 2020:6), ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelman (STM 2021:13) ja päihde- ja riippuvuusstrategian (STM 2021:17) mukaisesti huumeriippuvuudesta kärsivien hoidon yhdenvertainen, perus-

ja ihmisoikeuksia kunnioittava järjestäminen edellyttää pitkäjänteistä, eri sektoreiden välistä yhteistyötä.

9 Potilaskokemus

Huumeriippuvaisten kokemuksia on pyritty kartoittamaan mahdollisimman laaja-alaisesti niin ryhmätapaamisten kuin lomakekyselyjen avulla sekä järjestämällä myös läheisille keskustelutilaisuus.

9.1 Potilaiden kokemuksia

Miepä jaosto järjesti yhteensä neljä tiedonkeruutilaisuutta, joista kolme toteutui ryhmähaastatteluna ja yksi lomakekyselynä. Tietoja kerättiin kolmen kaupungin alueelta. Osallistujat olivat joko riippuvuuspsykiatrian poliklinikan tai terveystieteen asiakkaita. He kuvastavat sitä ryhmää, jotka ovat jo päätyneet huumeriippuvuuden vuoksi hoitojen piiriin ja joilla on todennäköisesti erilaisia kokemuksia erityyppisistä hoidoista ja hoitopaikoista. He eivät edusta kattavasti koko suosituksen kohderyhmää.

Tiedonkeruussa keskityttiin saamaan näkemyksiä seuraavista teemoista: 1) Päihdehoitoon pääsy ja hoitojen järjestäminen, 2) Päihdehoidon tavoite, 3) Päihdehoidon toteutuminen ja 4) Kohtaamisen kokemukset.

9.1.1. Päihdehoitoon pääsy ja hoitojen järjestäminen

Vastauksissa korostui aikaikkunan tärkeys – hoitoon tulisi päästä heti motivaation herätessä. Jos hoitoon pääsy viivästyy, on riski katukauppavalmisteiden käyttöön suuri. Käytännössä avuntarvetta on korostettava, jotta apua myös saisi. Haastatteluissa tuli myös ilmi, että kadulta saataviin valmisteisiin liittyy suuria laatuongelmia ja vakavia haittoja, joita pelättiin.

Pääosin tiedettiin, mistä hoitoa voi kotipaikkakunnalla saada, mutta tarjottavat hoidot eivät aina vastanneet henkilön tarpeita, vaihtoehdot olivat olleet vähäisiä eikä yksilöllisiä toiveita

ja tarpeita oltu huomioitu. Hoitoon pääsyn järjestymisessä on myös alueellisia eroja. Osalla vastaajista omaisen merkitys hoidon järjestymisessä oli ollut keskeinen.

Useat kertoivat tarvitsevansa sekä riippuvuuden hoitoa, että mielenterveyspalveluita ja myös elämän kokonaistilanteen (asunnottomuus, toimeentulo, tehdyt rikokset) hallintaan apua. Helpointa oli saada korvaushoitoa tai valvotusti toteutettu lääkkeiden purkaminen, mutta keskustelutukea tai psykososiaalista hoitoa ja kuntoutusta oli vaikeampi saada. Haastatteluissa tuli ilmi, että korvaushoitoon tai kontrolloituun lääkityksen purkamiseen keskittyvä hoito ilman keskustelutukea ja kokonaisvaltaista tilanteen kartoitusta oli potilaiden mielestä riittämätön. Jos lääkityksen purku on liian nopea, on riski katukaupasta saatavien valmisteiden hankintaan suuri ja riski hoitosuhteen päättämiseen kasvaa.

9.1.2. Päihdehoitojen tavoite

Päätavoitteiksi esitettiin parempi terveys, paremmat suhteet läheisiin ja arjen hallinnan mahdollistuminen. Toiveeseen tulla nähdyksi muunakin kuin huumeongelmaisena liittyi myös positiivisempi elämänasenne. Todettiin myös, että hoidon tavoite on saavutettu, kun käyttöön johtaneet syyt on tunnistettu ja ne ovat hoidossa. Tällöin ei ole tarvetta ostaa huumeita tai lääkkeitä katukaupasta, eikä tehdä rikoksia näiden rahoittamiseksi.

Keskusteluun nousi myös hoitojen epäonnistumiseen vaikuttavat tekijät. Näistä mainittiin erityisesti lääkkeiden liian nopea lopetus, puutteellinen keskustelutuki sekä mielenterveyshäiriöiden samanaikaisen hoidon puute tai riittämättömyys. Toivottiin enemmän yksilöllisten tekijöiden huomioimista. Lomakekyselyssä tuli esille myös omaan toimintaan ja motivaation liittyvät tekijät.

9.1.3. Päihdehoidon toteutuminen

Haastatteluissa korostettiin tarvetta luottamukselliseen, kunnioittavaan ja kannustavaan vuorovaikutukseen sekä yksilöllisen tilanteen mukaista hoitokokonaisuutta. Luottamus hoitotahoon mahdollistaa myös rehellisyyden: on mahdollista kertoa myös retkahduksista ilman pelkoa hoidon keskeyttämisestä. Retkahdus tulisi nähdä myös oppimiskokemuksena vastaisuuden varalle.

Hoidossa tulisi aktiivisesti etsiä ratkaisuja eikä syyllistää. Tarvitaan pitkiä hoitosuhteita, joissa huomioidaan niin elämän kokonaistilanne (asunto, toimeentulo, koulutus ja työllistyminen) kuin mielenterveysongelmat. Tunnistettiin, että hoitosuhteen tarve ei myöskään katoa, vaikka olisi ollut jo pitkäänkin ilman päihteitä. Tulisi varmistaa, että hoito jatkuu jollakin tavalla myös korvaushoidon päättymisen jälkeen. Pitäisi olla tukihenkilö tai paikka, jossa voi käydä. Itsevarmuus päihteettömyyteen pystymisestä hoidon päättyessä ei riitä. Retkahduksen riski on olemassa, vaikka miten itseensä uskoisi.

9.1.4. Kohteluun liittyvät kokemukset

Keskusteluissa tuli vahvasti esille kohtaamattomuuden, ohittamisen ja mitätöinnin kokemukset, joita henkilöt olivat eri hoitopisteissä kokeneet. Toisaalta nykyistä hoitotahoa keuhuttiin niin keskusteluissa kuin kyselyssä kuuntelevaksi ja arvostavaksi sekä saatua hoitoa hyväksi. Myrkytystilanteissa oli saatu asiallista ja hyvää hoitoa ilman syyllistämistä.

Hoitohenkilökunnalla saattaa olla ennakko-oletuksena, että riippuvuusoireinen on heikko ja itse tilansa aiheuttanut. Negatiivinen suhtautuminen saattaa olla niin ”syvälle syöpynyt”, että on jopa vaikeaa ottaa positiivista palautetta vastaan. Stigma ja negatiivinen asenne sekä yleistyksen päihdeongelman syistä vievät mahdollisuuden tulla kohdatuksi yksilönä ja ihmisenä. Potilaan kertoman kyseenalaistaminen ja epäluottamus turhauttaa. Tuotiin esille myös se, että voidaan kohdella kuin avutonta lasta. Jos kohdellaan kuin avutonta, niin sitten on avuton. Toisaalta hoitohenkilökunnan pelokkuus voi tahattomasti luoda tilanteita, joissa itse käyttäytyy aggressiivisesti. Potilaat myös epäilivät, että maininta päihdeongelmasta sairauskertomuksessa vaikuttaa heidän mahdollisuuksiinsa saada muuta hoitoa.

9.1.5. Kehittämisehdotukset

Terapian ja keskusteluavun tulisi olla jo hoitoon hakeutuessa saatavilla ja sen tulee olla osa korvaushoitoa. Keskeinen kehittämissuositus oli samanaikaisten mielenterveyshäiriöiden hoito ja systemaattiset, toisiinsa linkittyvät palvelupolut, joissa omahoitajuus korostui erilaisten tarpeiden ja räätälöityjen palveluiden yhteen kutojana.

Lääkehoidon osalta todettiin, että potilasta tulisi kuulla enemmän hoidon purkamisen tahdista ja ilmaantuvien oireiden hoidon tarpeista. Hoitoon hakeutuneet eivät halua hankkia uudestaan katukauppa lääkkeitä, mutta tähän on olemassa riski, jos lääkitys puretaan liian nopeasti. Monet toivat esille erityisesti tarpeen saada ahdistusoireisiin hoitoa, jotta he pystyvät osallistumaan kodin ulkopuoliseen elämään.

9.2 Omaisten tapaaminen

Jaosto järjesti yhden läheistapaamisen, johon osallistui niin vanhempia kuin sisaruksia. Tapaamisessa nousi kolme keskeistä teemaa: alaikäisenä huumeiden käytön aloittaminen, perheen rooli ja tarpeiden huomioiminen sekä kaksoisdiagnoosipotilaat.

Huumeiden kokeilu ja riippuvuuden kehittyminen oli kaikissa perheissä alkanut jo alaikäisenä ja tullut omaisille yllätyksenä. Osalla oli taustalla mielenterveyden ja/tai käyttäytymisen häiriöiden vuoksi tutkimuksia ja hoitoja, joiden omaiset kuvasivat olleen riittämättömät. Suureksi ongelmaksi kerrottiin se, että jos nuori ei itse ole valmis sitoutumaan hoitoon, jäävät vanhemmat tilanteeseen yksin. Syyllisyyden ja syyllistämisen tunteet nousevat tällöin pintaan. Lastensuojelun rooli tuotiin myös esille. Se voi olla joko perheen pyytämää tukea tai sosiaaliviranomaisten tunnistamaa lastensuojelun tarvetta. Huostaanotolla ei katsottu olevan positiivista vaikutusta huumeiden käytön vähentämiseen. Mitä pidempään huumeiden käyttö oli jatkunut, sitä vähemmän terveyden- ja sosiaalihuollon toimesta tunnuttiin antavan toivoa ja vanhemmuus muuttui lapsen elossa pidon kannatteluksi.

Vanhempien mielestä perheen mukaanotto hoitoprosessiin tulisi alaikäisten kohdalla olla automaattista. Vaikenemista ei voi perustella tietojen luottamuksellisuudella, sillä kyse on nuoren tulevaisuudesta. Vanhemmat joutuvat mahdollisesti loppuikänsä elämään huumeriippuvuuden seurauksien kanssa, mikä aiheuttaa paljon kärsimystä. Myös sisarus-ten hyvinvointi tulisi varmistaa.

Vanhemmat saattavat myös vakuuttaa viranomaisille, että pystyvät hoitamaan tilanteen, koska he eivät ymmärrä riippuvuussairauden luonnetta. Haastatellut toivat esille myös sen, että vanhemmat tarvitsevat apua oman roolinsa ja vastuunsa määrittämisessä. He kertoivat tärkeäksi, että heitä kuullaan, uskotaan ja kohdataan. Vanhempia ei saisi "irtileikata" lapsensa elämästä, vaikka lapsi täyttäisi 18 vuotta tai olisi jo aikuinen. Kuitenkin hädän hetkellä, usein aineista sekaisin, he hakeutuvat omaisten ovelle. Tämä voi aiheuttaa omaisissa jatkuvaa ahdistusta ja pelkoa, erityisesti jos käyttäytyminen on ollut arvaamatonta ja aggressiivista.

Hoitoon sitoutumista auttoi, että aina otettiin vastaan, vaikka potilas oli sekaisin aineista. Kaikissa paikoissa ei näin oltu toimittu, eikä potilas ollut saanut minkäänlaista keskustelutukea. Hoitoon sitoutumista auttaisi myös, jos vanhemmat saisivat enemmän tietoa, jolloin he voisivat tukea hoitoprosessia. Ihmeteltiin, miten voidaan antaa potilaalle tällainen valta, joka johtaa hänet kadulle. Hoitojen pitäisi olla nopeasti saatavia ja joustavia, ja niissä olisi huomioitava potilaan kokonaistilanne.

Kaksoisdiagnoosi tunnistettiin isoksi ongelmaksi. Omaiset kokivat, että hyvää hoitoa molempiin sairauksiin ei juuri ole tarjolla, somaattisia sairauksia ei hoideta eikä liioin ole sopivaa asumismuotoa. Psykiatria ei ota, kun on huumeiden käyttöä ja päihdepuoli ei hoida, kun on vaikea psykiatrinen sairaus. Loukkaavinta on, jos on syyllistetty, että psyykkiset seuraukset ovat seurausta omista valinnoista. Vanhemmille ei myöskään kerrota, milloin omainen pääsee psykiatrisesta hoidosta kotiutumaan. Tämä potilasryhmä on erittäin haavoittuvassa asemassa ja he joutuvat nopeasti kadulle, jossa omaisuus viedään. Psykoottiset oireet ja huumeiden käyttö lisäävät aggressiivisuutta. Jos henkilöllä ei ole paikkaa, minne mennä, on kotiovi ainoa, jota kolkuttaa. Vanhemmat ovat koko ajan peloissaan sekä oman että aikuisen lapsen turvallisuuden osalta.

9.3 Potilasjärjestöt

Riippuvuuksia koskevan suositusvalmistelun alkuvaiheessa jaoston edustajat tapasivat kohderyhmiä (alkoholi- ja huumeriippuvuudet) edustavia järjestöjä. Tästä tapaamisesta on koottu niitä asioita, jotka liittyvät keskeisesti huumeriippuvuuksien hoitoon.

Järjestöjen edustajat toivat esille, että korvaushoitoon päädytään usein, koska sitä on helpommin tarjolla kuin muita hoitomuotoja. Opioidikorvaushoito on vaikuttavaa, mutta se on haastavaa ja potilaalle itselleen jää iso vastuu. Nähtiin, että pitkien laitos- tai yhteisöhoitojen järjestämisen tilalle on tullut paljon korvaushoitoa.

Kokemusasiantuntijoiden edustaja kertoi, että he ovat kehittäneet oman mallin päihdehuollon tukihenkilötoiminnasta, jossa kokemusasiantuntijat ovat osa hoitojärjestelmää. Mallilla on saavutettu hyviä tuloksia. Luottamuksen luominen on erityisen tärkeää onnistumisessa, kokemusasiantuntija on "samalla viivalla" asiakkaan kanssa. Kokemusasiantuntija toimii siltana potilaan ja ammattilaisen välillä auttaen sitä, että myös hoitosuhdetta arvostetaan. Vastaava asiakasedustajatoiminta on myös vaikuttavaa.

Luottamuksen rakentaminen ja avun hakeminen ovat riippuvuusongelmalliselle vaikeita, pelko ja häpeä voittavat usein avun hakemisen. Toisaalta kyse voi olla myös siitä, että potilas on hakenut apua, mutta kokee, ettei ole sitä saanut eikä kommunikaatio ammattilaisen kanssa ole toiminut. Potilas ei osaa ehkä kuvailla oman ongelmansa vakavuutta lääkärille tai lääkäri ei kysy asiasta tai potilas ei ole valmis sitoutumaan tarjottuun hoitoon. Luottamusta voidaan koittaa rakentaa myös käytännön asioiden hoitamisen kautta esimerkiksi siten, että yhdessä järjestetään uusi Kela-kortti kadonneen tilalle tai selvitetään mahdollisia ruokapaikkoja. On tärkeää, että ihmistä valmistellaan eri tavoin vastaanottamaan hoitoa. Perusterveydenhuoltoon tulisi saada lisää tietoa huumeiden käyttäjistä koulutuksen kautta, jotta asiasta voisi puhua kuten mistä tahansa sairaudesta. A-klinikkatoiminnasta todettiin, että monen riippuvuusongelmaisen silmissä se on leimaantunut "rappioalkoholistien" hoitopaikaksi ja siten muut päihteidenkäyttäjät saattavat vieroksua sitä. Huumeidenkäyttäjille kaivattiin omaa paikkaa.

Järjestöjen edustajat totesivat, että laitoshoidon sisällöissä on eroja. Myös asiakkaan omilla mielikuvilla on merkitystä. Asiakkaalla saattaa olla mielikuva jostain hoidosta, mutta hänelle laitoshoidon myönnetty päihdekuntoutus ei tarjoa kyseistä hoitoa, joten hän ei välttämättä mene sinne. Annettavan hoidon ja tarvittavan hoidon kohtaamattomuuteen voi

vaikuttaa myös se, että potilaan on vaikea kuvata hoitoon hakeutuessaan omaa tilannettaan riittävän kattavasti.

Palvelujen tarjoaminen on edelleen hajanaista ja ehdotettiin päihdepotilaalle nimettyä vastuuhenkilöä, joka varmistaisi yhteistyön toteutumisen. Vaikka asiakkaalla on oma vastuunsa, voisi tällainen henkilö helpottaa palvelujen käyttäjän pysymistä palvelujen piirissä ja vähentää joutumista ”palloteltavaksi”. Osallistujien kokemus oli myös se, että valikoima on niukka ja että samaa pakettia tarjotaan kaikille. Toisaalta esitettiin, että tyytymätön näkee valikon todellisuutta kapeampana.

Järjestöjen edustajien mukaan asiakkaan kohtaamisen tasolla tiedonsaanti ja osallisuus on parantunut. Omatoimijuus on vahvistunut, mikä parantaa myös omaa motivaatiota. Kuitenkin on myös tilanteita, joissa asiakas ei saa pyytämäänsä apua, koska työntekijä arvioi, ettei häneen kannata ”panostaa” (esim. potilas ei ole ammattilaisen näkökulmasta riittävän huonokuntoinen, että hänet otettaisiin katkollen). Jos asiakas ei saa tarvitessaan apua, niin kynnyks hakea sitä nousee.

Järjestöjen edustajat toivat esille sen, että palvelujärjestelmässä on tapahtunut parantumista siltä osin, että retkahdus ymmärretään paremmin osana toipumista. Hoidon pyyntöä ei tulisi evätä sillä perusteella, että ensimmäisellä kerralla hoito on epäonnistunut. Potilaan halua hakeutua hoitoon voi olla vaikea arvioida, koska hän voi tulla aina uudestaan ja uudestaan. Yhteiskunnan tuki ja ymmärrys retkahduksessa on tärkeää. Keskustelussa nousi esille myös se, että ihmisen odotukset hoidosta vaihtelevat eri elämänvaiheissa, jolloin hoitojärjestelmässä tulisi olla riittävästi valmiutta hoitosuunnitelmien muuttamiseen eri tilanteissa.

Järjestöjen edustajat toivat esille myös sen, että loppuvuodesta kunnan rahat ovat usein loppumassa, jolloin potilaille tarjotaan halvempia hoitoja (esim. avohoito laitoshoidon tilalla). Hoitojen rajaaminen ei ole järkevä tapa toimia, sillä sen seurauksena syntyy muita kustannuksia. Monenlaisia kuntouttavia menetelmiä tulisi olla käytettävissä, jotta ihminen ei palaisi entiseen elämäntapaan hoitajakson jälkeen.

Alaikäisten ja nuorten aikuisten kohdalla aito kuunteleminen ja kohtaaminen ovat tärkeitä. Nuoret tietävät, että kannabiksen käyttö on laitonta. Heillä tulisi olla luotettava aikuinen, jolle voisi kertoa käytöstä ilman, että hän ylireagoi ja tekee asiasta välittömästi huume-ongelman. Matalan kynnyksen palvelujen suunnittelussa tulisikin olla mukana kuntoutunut nuori (esim. chat palvelu). Nuorten kanssa työskenteleville ammattilaisille tulisi antaa koulutusta nuorten kohtaamiseen, jotta ammattilainen olisi ”kartalla” nuorten asioista. Osa nuorista aikuisista on väliinputoajina palvelujen saatavuuden osalta, sillä he eivät kuulu koulu- ja opiskeluterveydenhuollon tai työterveyshuollon piiriin.

Keskustelussa todettiin, että luottamuksen synnyttäminen on avainasemassa. Asiakkaan vierellä kulkeminen (tukitoimien käyttö) on tärkeää ja hoidolla on tällöin paremmat edellytykset onnistua. Ihmistä valmistetaan siihen, että hän ottaa vastaan apua.

Potilasjärjestöt toivat esille myös sen, että psyykkisiä potilaita tulisi kohdella samalla lailla kuin somaattisia potilaita mm. siinä, kuinka suurta sitoutumista elintapamuutoksiin edellytetään, jotta hoito voidaan evätä.

10 Valmistelun vaiheet

8.9.2020	Uuden jaoston 1. kokous, jolloin tämän suosituksen varsinainen valmistelu käynnistettiin
26.10.2020	Jaoston 2. kokous
24.11.2020	Jaoston 3. kokous
16.12.2020	Palveluvalikoimaneuvoston kokous, ohjausta valmistelutyöhön
17.12.2020	Jaoston 4. kokous
25.1.2021	Jaoston 5. kokous

4.2.2021	Palveluvalikoimaneuvoston kokous, ohjausta valmistelutyöhön
16.2. 2021	Jaoston 6. kokous
16.3.2021	Jaoston 7. kokous
20.4.2021	Jaoston 8. kokous
5.5.2021	Palveluvalikoimaneuvoston kokous, ohjeistusta suosituksen valmisteluun
2.6.2021	Jaoston 9. kokous
19.6.2021	Palveluvalikoimaneuvoston kokous, suositus ja valmistelumuistio liitteineen otakantaa.fi palveluun
14.9.2021	Jaoston 10. kokous
6.10.2021	Palveluvalikoimaneuvoston kokous, suosituksen ja siihen liittyvän materiaalin hyväksyminen

11 Suosituksen valmisteluun osallistuneet

Jaoston kokoonpano valmistelun aikana sekä lopulliseen hyväksymiseen Palkon kokouksessa osallistuneet.

Puheenjohtaja: lääkintöneuvos Kaisa Riala, Valvira

Jäsenet:

Sanna Hautala, professori Lapin Yliopisto

Kirsi Honkalampi, professori, Itä-Suomen yliopisto

Tapio Kekki, aluehallintoylilääkäri, Lapin aluehallintovirasto

Ismo Linnosmaa, professori, Itä-Suomen yliopisto ja THL

Minna-Liisa Luoma, johtava asiantuntija, THL

Pekka Rapeli, neuropsykologi, HUS

Katja Tenhovirta, osastonhoitaja, HUS , 1.5.2021 alkaen projektipäällikkö Helsingin kaupunki

Helena Vorma, lääkintöneuvos, Sosiaali- ja terveysministeriö

Etiikan asiantuntija:

Susanne Uusitalo, VTT, Turun Yliopisto

Jaoston vastuusihteerinä toimi pääsihteerä Ilona Autti-Rämö. Erityisasiantuntija Sari Koskinen osallistui suosituksen valmisteluun 31.1.2021 asti.

12 Suosituksen hyväksymiseen osallistuneet

Lääkintöneuvos Sirkku Pikkujämsä, sosiaali- ja terveysministeriö, Mirva Lohiniva-Kerkelä, varapuheenjohtaja, apulaisprofessori, Lapin yliopisto, Juha Auvinen, professori, Oulun yliopisto, Duodecim, Heikki Lukkarinen, toimialuejohtaja, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, Kaisa Riala, ryhmäpäällikkö, Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto, Kari Punnonen, jaostopäällikkö, Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus, Ismo Linnosmaa, professori, Itä-Suomen yliopisto, Tuula Kock, asiantuntijalääkäri, Suomen Kuntaliitto, Janne Leinonen, varapuheenjohtaja, johtava ylilääkäri, Kansaneläkelaitos, Juhani Sand, johtajaylilääkäri, Pirkamaan sairaanhoitopiiri, Minna-Liisa Luoma, tutkimuspäällikkö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Marja Pöllänen, dosentti, Turun yliopisto, Teuvo Antikainen, ylilääkäri, Keski-Suomen keskussairaala, Anu Maksimow, arviointiyllilääkäri, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri

13 Lähdeviitteet

Aalto M, Alho H, Niemelä S: Huume- ja lääkeriippuvuus Suomessa, Kirjassa Aalto M, Alho H, Niemelä S (toim.): Huume ja lääkeriippuvuudet, Duodecim 2018a, sivut 11-31

Aalto M, Alho H, Niemelä S (toim.): Huume ja lääkeriippuvuudet, Duodecim 2018b

Allaste A: Drug cultures in Estonia: contexts, meanings and patterns of illicit drug use. (Väitöskirja) Helsingin Yliopisto 2006. H <http://urn.fi/URN:ISBN:9985-58-458-9>

Arras, J. Methods in Bioethics. The Way We Reason Now. New York: Oxford University Press. 2017.

Beauchamp TI ja Childress JF. Principles of Biomedical Ethics, New York, NY & Oxford, Oxford University Press, 2001.

Belmont raportti [Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research](https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/read-the-belmont-report/index.html). 1979. <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/read-the-belmont-report/index.html>

Enoch MA. The Influence of Gene–Environment Interactions on the Development of Alcoholism and Drug Dependence. Curr Psych Rep 2012; 14:150–158

Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J: The Global Assessment Scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. Arch Gen Psychiatry 1976;33(6):766-771.

EunetHTA: HTA core model. Version 0.3 <https://eunetha.eu/wp-content/uploads/2018/03/HTACoreModel3.0-1.pdf>

Evoy K, Sadrameli S, Contreras J, Covvey J, Peckham AM, Morrison MD. Abuse and Misuse of Pregabalin and Gabapentin: A Systematic Review Update. *Drugs* 2021 Jan;81(1):125-156. doi: 10.1007/s40265-020-01432-7

Gaevel W, Kerst A, Janssen B, Becker T, Musalek M, Rössler W, Ruggeri M, Thomicroft G, Zialesk J, Stricker J: EPA guidance on the quality of mental health services: A systematic meta-review and update of recommendations focusing on care coordination. *E Psych* 2020;63 (1);e 75;1-10. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.75>

Gottlieb J., Mueser K. & Glynn S. 2012 Family Therapy for Schizophrenia: Co-Occurring Psychotic and Substance Abuse Disorders. 2012. *Int J Clin Psychol*; 68: 480-501.

Hakkarainen P, Hautala S, Kailanto S, Karjalainen K, Kataja K, Kuussaari K, Savonen J ja Tigersted C: Monikasvoinen sekakäyttö. Suomen Akatemian rahoittaman MiksMix tutkimusprojektin keskeiset tulokset. *Yhteiskuntapolitiikka* 2019;2:188-195.

Haukka J, Kriikku P, Mariottini C, Partonen T, Ojanperä I. Non-medical use of psychoactive prescription drugs is associated with fatal poisoning. *Addiction*. 2018;113(3):464-472. doi: 10.1111/add.14014.

Hautala S, Hakkarainen P, Kuussaari K, Kataja K, Kailanto S: Väkivalta osana huume kuvioita. *Oikeus* 2018;47(1) 12-28.

Hilli P, Ståhl T, Merikukka M, Ristikari T: Syrjäytymisen hinta – case investoinnin kannattavuuslaskemasta. *Yhteiskuntapolitiikka* 2017;6:663-675.

Hunt G, Evans K, Moloney M ja Bailey N: Combining different substances in the dance scene: Combining different substances in the dance scene: Enhancing pleasure, managing risk and timing effects. *J Drug Issues* 2009;39(3);495-522.

Hägg S, Jönsson Ak, Ahlner J: Current evidence on abuse and misuse of gabapentinoids. *Drug safety* 2020;43:1235-1254. doi [10.1007/s40264-020-00985-6](https://doi.org/10.1007/s40264-020-00985-6)

Karjalainen K, Lintonen T ja Hakkarainen P. Illicit drug use is increasing among non-medical users of prescription drugs – Results from population-based surveys 2002–2014. *Drug and Alcohol Dependence* 2017; 178: 430–434

Karjalainen K, Pekkanen N, Hakkarainen P: Suomalaisten huumeiden käyttö ja huumeasenteet. Huumeaiheiset väestökyselyt Suomessa 1992–2018. THL raportti 2/2020. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-441-7>

Karjalainen K, Haukka J, Kuussaari K, Hautala S, Hakkarainen P: Mortality and causes of death among people suspected of driving under the influence and testing positive for multiple substances. *Scand J Public Health* 2020b:48(8);809-816

Kekki, T & Nojonen, T. 2008. Huumeet ja rikollisuuden kasautuminen taparikollisuudessa. *Nuorisotutkimus* 2008:1;3-17. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:ELE-1755039>

Kokkevi A, Hartgers C. EuropASI: European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence. *E Add Res* 1995 1(4) 208- 210.

Kotovirta E, Markkula J, Pajula M, Paavola M, Honkanen R ja Tuominen I: Päihde- ja riippuvuusstrategia. yhteiset suuntaviivat vuoteen 2030. STM julkaisu ja muistioita 2021:17. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-9891-9>

Kriikku P, Häkkinen M ja Ojanperä I: Huumemyrkytyskuoleman uhreista yhä useampi on alle 25-vuotias. *Duodecim* 2020;136:1389–91.

Kuussaari K, Karjalainen K, Kataja K ja Hakkarainen P: Sekakäyttäjät sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. *Duodecim* 2017;133(22)2152-2160.

Kuussaari K, Karjalainen K, Niemelä S: Mental health problems among clients with substance use problems: a nationwide time-trend study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2019:55;507-516. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01753-3>

Käypä hoito suositus: Huumeongelman hoito <https://www.kaypahoito.fi/hoi50041>.

Julkaistu 18.4.2018.

Käypä Hoito suositus: Lapset ja nuoret. Julkaistu 12.12.2018

<https://www.kaypahoito.fi/hoi50118>

Käypä Hoito suositus: Epävakaa persoonallisuus. Julkaistu 8.6.2020

<https://www.kaypahoito.fi/hoi50064>

Käypä Hoito suositus: Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Julkaistu 11.2.2021

<https://www.kaypahoito.fi/hoi50076>

Lauhio A, Pitkälä K, Saastamoinen L, Helminen S, Autti-Rämö I. Vältä pregabaliinia ja trisyklisiä masennuslääkkeitä iäkkään hoidossa. Lääkärilehti 2018;21:1370-1371.

Lindfors N, Vilpponen L ja Raatikainen T. Complications in the upper extremity following intra-arterial drug abuse. J Hand Surg Eur Vol 2010;35:499-504.

Marsden J, Stillwell G, James K, Shearer J, Hellier J, Kelleher M, Kelly J, Murphy C ja Mitcheson L: Efficacy and cost-effectiveness of an adjunctive personalised psychosocial intervention in treatment-resistant maintenance opioid agonist therapy: a pragmatic, open-label, randomized controlled trial. Lancet 2019;6:391-402.

Melartin T: Comorbidity, outcome and treatment of DSM-IV major depressive disorder in psychiatric care. Väitöskirja. Helsingin yliopisto 2005.

<http://urn.fi/URN:ISBN:951-740-481-6>

Nutt DJ, King LA, Phillips KA: Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis.

Lancet 1020;376:1158-1565.

Ovaska I, Pääkkönen ML, Heinälä P. Päihteiden sekakäyttäjät terveydenhuollon haasteena. Lääkärilehti 1993;48:2120.

Palveluvalikoimaneuvoston suositus: Psykoterapiat ja muut psykososiaaliset hoito- ja kuntoutusmenetelmät mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoidossa. 2018.

<https://palveluvalikoima.fi/psykoterapiat-ja-muut-psykososiaaliset-hoito-ja-kuntoutusmenetelmat-mielenterveys-ja-paihdehairioiden-hoidossa>

Palveluvalikoimaneuvoston suositus. Alkoholiriippuvuus. Riippuvuussairauksien Hoidon ja kuntoutuksen psykososiaaliset menetelmät. 2020.

<https://palveluvalikoima.fi/alkoholiriippuvuus>

Perälä J: "Miksi lehmät pitää tappaa?": Etnografinen tutkimus 2000-luvun alun huumemarkkinoista Helsingissä: THL 2011:56 <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085195>

Rapeli P ja Simojoki K. Päihdehäiriöt. Teoksessa *Kliininen neuropsykiatria*. Juva K, Hublin C, Kalska H, Korkeila J, Sainio M, Tani P ja Vataja V (toim.). Kustannus OY Duodecim 2021 (painossa).

Rissanen P, Parhiala K, Hetemaa T: Sosiaali- ja terveystalot Suomessa 2018 : Asiantuntija-arvio. THL 2020. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-474-5>

Rönkä S ja Markkula J (toim.). Huugetilanne Suomessa 2020. Terveystalot ja hyvinvoinnin talot (THL). Raportti 13/2020. Helsinki 2020a. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-576-6>

Rönkä S, Ollgren J, Alho H, Brummer-Korvenkontio H, Gunnar T, Karjalainen K, Partanen Aja Väre T: Amfetamiinien ja opioidien ongelmakäytön yleisyys Suomessa vuonna 2017. Duodecim 2020b;136:927-935. <https://www.duodecimlehti.fi/duo15450>

Saastamoinen L, Lauhio A, Helminen S, Välimäki J, Autti-Rämö I, Kalso E: Kodeiinilääkkeiden määräämisestä palautetta postitse. Lääkärilehti 2017;17:1575-1577.

Schensul JJ, Concey M ja Burkhodler G: Challenges in measuring concurrency, agency and intentionality in polydrug research. Addictive Behaviors 2005;30:571-574.

Simojoki K: Lääkkeiden ongelmakäyttö. Kirjassa Huume- ja lääkeriippuvuudet (Toi. Aalto M, Alho H, Niemelä S. Duodecim 2018.

Simonsen KW, Kriikku P, Thelander G, Edvardsen ME, Thordardottir S, Andersen CU, Jönsson AK, Frost J, Christoffersen DJ, Delaveris JM, Ojanperä I: Fatal poisonin in drug addicts in the Nordic countries in 2017. Forensic Science International 2020;313:
<https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2020.110343>

Suomen virallinen tilasto (SVT): Huumeisiin kuolleiden määrä väheni vuonna 2019 .
Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 25.5.2021].
http://www.stat.fi/til/ksyyt/2019/ksyyt_2019_2020-12-14_kat_006_fi.html

STM: Huumausainetestaus työelämässä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:2

STM: SORA-LAINSÄÄDÄNNÖN TOIMEENPANO TERVEYDENHUOLLOSSA Ratkaisuja opiskeluun soveltumattomuuteen: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2015:2

THL tilastoraportti 45/2020: Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2019.

https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/140657/Tr45_20.pdf?sequence=5&isAllowed=y

THL tilastoraportti 14/2020: Päihdehuollon huumeasiakkaat 2018. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2020050625471>

THL tilastoraportti 14/2021. Päihdehuollon huumeasiakkaat 2019. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe202103096935>

THL Päihdetilastollinen vuosikirja 2019 : Alkoholit ja huumeet.2020.

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-438-7>

Vorma H, Rotko T, Larivaara M, Kosloff A: Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020-2030. STM julkaisuja 2020:6.

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4139-7>

Väyrynen S: Usvametsän neidot : tutkimus nuorten naisten elämästä huumeekuvioissa.

Väitöskirja Lapin Yliopisto 2007. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-484-911-1>

Westman J, Wahlbeck K, Laursen TM, Gissler M, Nordentoft M, Hällgren J, Arffman M, Osby U: Mortality and life expectancy of people with alcohol use disorder in Denmark, Finland and Sweden. Acta Psychiatr Scand 2015; 131: 297–306

Simonsen KW, Kriikku P, Thelander G, Edvardsen ME, Thordardottir S, Andersen CU, Jönsson AK, Frost J, Christoffersen DJ, Delaveris JM, Ojanperä I: Fatal poisoning in drug addicts in the Nordic countries in 2017. Forensic Science International 2020;313:

<https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2020.110343>

Zinberg, Norman, E.: Drug, set, and setting. The basis for controlled intoxicant use. New York: Yale University Press, 1984.

14 Liitteet

Liite 1. Komulainen J, Lamberg T ja Tuunainen A: Intensiivisen hoidon ja kuntoutuksen menetelmät riippuvuuksien hoidossa. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, 2019.

Liite 2. Parisod H, Hamari H, Konttila J ja Larmo K: Intensiivisen hoidon ja kuntoutuksen menetelmät huume- ja lääkeriippuvuuksien hoidossa. Systemaattisen katsauksen päivitys. 2021.

Liite 3. Autti-Rämö I ja Uusitalo S: Huumeriippuvuuksien hoidon ja kuntoutuksen psykososiaaliset menetelmät – analyysi eettisistä kysymyksistä. 2011.