

OHEISKÄYTTÖ OPIOIDIKORVAUSHOIDOSSA

Essiina Launonen
Tutkielma
Lääketieteen koulutusohjelma
Itä-Suomen yliopisto
Terveystieteiden tiedekunta
Lääketieteen laitos / kansanterveys-
tiede
marraskuu 2013

ITÄ-SUOMEN YLIOPISTO, Terveystieteiden tiedekunta

Lääketieteen laitos

Lääketieteen koulutusohjelma

LAUNONEN, ESSIINA: Oheiskäyttö opioidikorvaushoidossa

Opinnäytetutkielma, 67 sivua, 2 liitettä (3 sivua)

Tutkielman ohjaajat, VTT Elina Kotovirta, proviisori/nuorempi tutkija Hanna Uosukainen

Marraskuu 2013

Asiasanat: opioidit, päihderiippuvuus, korvaushoito, sekakäyttö

Suomessa arvioidaan olevan 3 700–4 900 opioidien ongelmakäyttäjää. Opioidiriippuvuutta hoidetaan lähtökohtaisesti erilaisin vieroitushoidon. Mikäli ne eivät tehoa, siirrytään opioidikorvaushoitoon. Tieteellisissä tutkimuksissa lääkkeellinen korvaushoito on todettu tehokkaaksi ja vaikuttavaksi hoitomuodoksi. Vuonna 2011 Suomessa oli yhteensä 2 439 korvaushoitopotilasta. Korvaushoidon onnistumista hankaloittaa oheiskäyttö, millä tarkoitetaan hoidon aikana jatkuvaa päihteiden (kannabis, huumeet, ylimääräiset opioidit ja muualta kuin lääkäriltä saadut pääasiassa keskushermostoon vaikuttavat lääkkeet eli PKV-lääkkeet) käyttöä. Oheiskäytön lisäksi korvaushoitolääkkeiden väärinkäyttö ja niiden päätyminen katukauppaan on ollut erityinen huolenaihe Suomessa.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tavoittaa kaikki Suomen korvaushoitopotilaat ja selvittää, minkälaista on oheiskäyttö korvaushoidon aikana, kuinka paljon omaa korvaushoitolääkettä käytetään pistämällä ja miten paljon tapahtuu lääkkeiden myyntiä eteenpäin. Tutkimus toteutettiin Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen ja Helsingin yliopiston yhteistyössä touko-kesäkuussa 2013. Nimettömät kyselylomakkeet jaettiin korvaushoitoyksiköiden kautta korvaushoitopotilaille.

Tutkimuksen vastausprosentti oli noin 60 % (1 508), mikä on korkea huomioonottaen kohderyhmän. Tähän syventävään työhön analysointiin ensimmäiset 1 041 vastausta eli 70 % kokonaismäärästä. Vastauksista kävi ilmi, että hoidon aikainen päihteiden ja lääkkeiden käyttö oli varsin yleistä: viimeisen 6 kuukauden aikana 60 % potilaista oli käyttänyt alkoholia, 45 % lääkärin määräämiä PKV-lääkkeitä, 33 % kannabista, 32 % muualta kuin lääkäriltä saatuja PKV-lääkkeitä ja 24 % muita huumeita. Potilaista 12 % ei ollut käyttänyt mitään edellä mainituista. Pistoskäyttöä viimeisen 6 kuukauden aikana oli 34 %:lla vastaajista. Pistoskäytön myöntäneistä omaa korvaushoitolääkettä pisti 18 %, muita päihdyttäviä lääkkeitä 67 % ja ylimääräisiä opioideja 31 %. Puolet (49 %) pistoskäytön myöntäneistä potilaista koki pistoskäytön itselleen jossain määrin ongelmalliseksi. Kaikista kyselyyn vastanneista korvaushoitopotilaista omaa korvaushoitolääkettä oli antanut eteenpäin 13 % ja myynyt 7 %.

Hoidon aikana saatu psykososiaalinen tuki vähensi tilastollisesti merkittävästi oheiskäyttöä ja pistoskäyttöä. Näiden seikkojen valossa voidaan todeta, että psykososiaalisella tuella on tärkeä merkitys hoidon tuloksellisuuden kannalta ja sen saatavuus tulisi taata myös jatkossa. Tutkimus osoitti, että potilaiden pistoskäyttö väheni merkittävästi hoidon keston pidentyessä. Kuitenkin pistoskäyttö oli edelleen potilaiden keskuudessa sen verran yleistä (34 %) ja ongelmalliseksi koettua (49 %), että siihen olisi syytä puuttua nykyistä paremmin. Korvaushoitolääkkeen antaminen ja myyminen eteenpäin oli tässä tutkimuksessa harvinaista.

Kysely poikkesi aiemmista, koska vastaajina toimivat potilaat itse ja kohderyhmä oli verrattain suuri. Tutkimuksella saatiin ensikäden tietoa hoidon aikaisesta oheiskäytöstä ja käytettyjen lääkkeiden kirjosta, ja tätä tietoa voidaan käyttää hyväksi hoidon kehittämisessä. Tutkimuksen tuloksia punnittaessa on huomioitava, että vastaukset ovat potilaiden omia näkemyksiä. Kuitenkin nimettömyys on antanut potilaille mahdollisuuden kertoa oheiskäytöstä rehellisesti.

UNIVERSITY OF EASTERN FINLAND, Faculty of Health Sciences
School of Medicine
Medicine

LAUNONEN, ESSIIINA: Poly-drug use among opioid maintenance treatment patients

Thesis, 67 pages, 2 appendixes (3 pages)

Tutors: Elina Kotovirta, Ph.D., Hanna Uosukainen, M.Sc. (Pharm)

November 2013

Keywords: opioids, opioid addiction, opioid maintenance treatment, poly-drug use

There are approximately 3 700–4 900 opioid abusers in Finland. Opioid addiction is primarily treated with different detoxification treatments. Opioid maintenance treatment (OMT) is used, when detoxification is unsuccessful. Scientific studies have shown that medically assisted OMT is an efficient treatment for opioid addiction. In 2011, there were a total of 2 439 OMT patients in Finland. Poly-drug use complicates the provision of OMT. Poly-drug use refers to the use of illicit substances (such as cannabis, illicit opioids and prescription drugs) during OMT. In addition to poly-drug use, misuse of OMT medication and its diversion into street market has caused concerns in Finland.

The purpose of this study was to reach all the OMT patients in Finland and investigate their poly-drug use; how common is poly-drug use during OMT, to what extent is OMT-medication used intravenously (i.v) and how common is the diversion of OMT-medication. The study was conducted by National Institute for Health and Welfare and University of Helsinki between May and June 2013. Anonymous questionnaires were distributed by OMT units to patients.

The response rate of the study was approximately 60 % (n = 1 508), which was very satisfactory considering the target group. Of those, the first 1 041 responses (70 %) were analyzed as a part of this thesis. According to results, substance abuse was common among OMT patients: during the past 6 months 60 % of the patients had used alcohol, 45 % psychotropic medicines prescribed by doctor, 33 % cannabis, 32 % psychotropic medicines from other sources and 24 % other drugs. Of all respondents, 12 % had not used any of these substances. Of all respondents, 34 % had used drugs i.v during the past 6 months. Of those who had injected, 18 % had used their own OMT medication, 67 % other intoxicative medications and 31 % illicit opioids. Half of those who injected regarded their i.v use as problematic. Of all respondents, 13 % had given their OMT medication to someone else and 7 % had sold their medication.

The study demonstrated that psychosocial support during OMT decreased significantly poly-drug use and injecting among patients. Considering these issues, it seems that psychosocial support has a significant influence on the effectiveness of the treatment. Therefore, the availability of psychosocial support should be assured. According to this study, i.v use decreased significantly by the length of OMT. Nevertheless, i.v use should be addressed more thoroughly as it was common (34 %) and problematic (49 %) among OMT patients. Finally, the diversion of OMT medication was rare in this study.

The study differed from previous studies, as the questionnaire on poly-drug use was completed by patients themselves. In addition, the target group was relatively large. The study provided first-hand information on poly-drug use and the range of drug used during OMT. This information can be used in the development of OMT. When assessing the results of this study it must be noted, that results are based on the self-report of OMT patients. However, the possibility to answer the questions anonymously presumably reduces the likelihood of lying.

SISÄLTÖ

1. JOHDANTO.....	6
2. OPIOIDIRIIPPUUUS.....	8
2.1 Opioidit.....	8
2.2 Opioidiriippuvuus sairautena.....	11
2.3 Opioidien ongelmakäytön ja riippuvuuden yleisyys Suomessa.....	13
2.4 Opioidiriippuvaisten oheissairastavuus.....	15
2.5 Opioidiriippuvuuden muut hoitomuodot ja terveysneuvonta.....	17
3. OPIOIDIKORVAUSHOITO SUOMESSA.....	19
3.1 Opioidikorvaushoidon historiaa ja nykytilanne.....	19
3.2 Opioidikorvaushoidon tavoitteet ja vaikuttavuus.....	22
3.3 Lainsäädäntö ja ohjeet.....	24
3.4 Hoidon toteutus.....	25
4. OPIOIDIKORVAUSHOIDON HAASTEET.....	27
4.1 Opioidikorvauslääkkeen sivuvaikutukset.....	27
4.2 Oheiskäyttö korvaushoidossa.....	28
4.3 Hoitoon sitoutuminen ja sen edistäminen.....	30
4.4 Opioidikorvaushoitolääkkeet katukaupassa.....	33
4.5 Opioidikorvaushoitolääkkeet osana huumekuolemissa.....	35
4.6 Vieroittautuminen opioidikorvaushoidosta.....	36
5. KOKEELLINEN OSA.....	37
5.1 Tutkimusongelma.....	37
5.2 Tutkimuksen aineisto ja menetelmät.....	37
5.3 Tulokset.....	38
5.3.1 Potilaiden perustiedot.....	38
5.3.2 Päihteiden ja lääkkeiden käyttö.....	42

5.3.3 Pistoskäyttö.....	48
5.3.4 Korvaushoitolääkkeen myynti ja anto eteenpäin.....	55
6. POHDINTA.....	57
LÄHTEET	62
LIITTEET	65
Liite 1. Kyselytutkimus hoitokäytäntöjen parantamiseksi.....	65
Liite 2. Kyselytutkimuksen saate hoitohenkilökunnalle	67

1. JOHDANTO

Tämä tutkimus käsittelee suomalaisia opioidikorvaushoidossa olevia potilaita ja heidän hoidon aikaista oheiskäyttöänsä. Vuonna 2005 Suomessa arvioitiin olevan noin 14 500–19 100 amfetamiinin ja opioidien ongelmakäyttäjää, joista pelkästään opioidien ongelmakäyttäjiiä arvioidaan olevan 3 700–4 900 (Partanen ym. 2007). Opioidit olivat vuoden 2011 tietojen mukaan ensisijainen ongelmapäihde 59 %:lla päihdehuollon hoitoon hakeutuvista potilaista (Forsell 2012).

Opioideilla tarkoitetaan morfiinin kaltaisesti kaikkiin opioidireseptoreihin vaikuttavia yhdisteitä, joihin lasketaan kuuluviksi luonnolliset opioidit, puolisynteettiset ja synteettiset opioidit sekä endogeeniset opioidit (Kustannus Oy Duodecim 2007). Näistä synteettisten lääkeopiooidien käyttö vastaa nykyään suurimmasta osasta opioidien päihdekäytöstä (Forsell 2012). Opioideihin voi kehittyä fyysinen ja psyykinen riippuvuus. Opioidiriippuvuudella tarkoitetaan riippuvuusoireyhtymää, joka diagnosoidaan Maailman terveysjärjestö WHO:n ICD-10 (International Classification of Diseases) tautiluokituksen mukaan (WHO 1995). Opioidiriippuvuus on tyypiltään pitkäkestoinen ja helposti uusiutuva sairaus. Sitä hoidetaan lähtökohtaisesti erilaisin lääkkeellisin ja lääkkeettömin vieroitushoidoin. Mikäli vieroittautuminen ei onnistu, on opioidikorvaushoito tutkitusti tehokkain hoitomuoto. Opioidikorvaushoidolla tarkoitetaan hoitomuotoa, jossa potilaalle annostellaan valvotusti korvaushoitolääkettä, jotta vieroitusoireet pysyisivät poissa ja potilas pystyisi elämään mahdollisimman normaalia elämää. Tässä työssä opioidikorvaushoidosta käytetään pääosin lyhempää nimitystä korvaushoito.

Korvaushoito on todettu tehokkaaksi ja vaikuttavaksi hoitomuodoksi, kun mittareina käytetään kuolleisuuden, laittomien opioidien käytön, rikollisuuden ja muiden haittojen vähenemistä, elämänlaadun kohenemistä ja kustannushyötyjä (Ward ym. 1998). Korvaushoidon tavoitteet liittyvätkin läheisesti haittojen vähentämisen näkökulmaan (kappale 3.2). Tieteellinen näyttö korvaushoidon positiivisista vaikutuksista on nykyisin hyvin vakuuttava; korvaushoitolääkkeiden on todettu vähentävän laittomien huumeiden ja opioidien käyttöä, omaisuusrikoksia ja HIV-riskikäyttäytymistä sekä parantavan terveydentilaa ja hoidossa pysymistä (Aalto ja Niemelä 2012, Käypä Hoito -suositus huumeongelman hoidosta 2012). Kansainvälisesti verrattuna korvaushoitoon kiinnittyminen ja potilaiden elossa säilyminen onkin Suomessa erittäin hyvää (Vorma ym. 2005 ja Vorma ym. 2009).

Lääkkeellisen hoidon lisäksi myös psykososiaalisilla hoidoilla on merkitystä hoitotuloksen kannalta. On olemassa vahva näyttö siitä, että psykososiaalinen tuki yhdistettynä korvaushoitoon vähentää oheiskäyttöä ja lisää raittiutta (Käypä Hoito -suositus huumeongelman hoidosta 2012). Onkin huolestuttavaa, että painopiste korvaushoidossa on resurssien puutteen vuoksi siirtymässä yhä enemmän pelkän lääkkeenjaon puolelle. Moniongelmaiset korvaushoitopotilaat tarvitsisivat lääkehoidon lisäksi psykososiaalista hoitoa ja kuntoutusta (Simojoki ym. 2012).

Erilaiset lääkeriippuvuudet ja hoidon aikainen oheiskäyttö ovat yleisiä ongelmia korvaushoitopotilailla (mm. Vormo ym. 2005, Vormo ym. 2009 ja Tourunen 2009). Oheiskäytöllä tarkoitetaan päiheteiden käytön jatkumista korvaushoidon aikana (Aalto 2012). Tässä tutkielmassa korvaushoidon aikaisella oheiskäytöllä tarkoitetaan huumeiden, kannabiksen, muualta kuin lääkäriltä saatujen pääasiassa keskushermostoon vaikuttavien lääkkeiden (PKV-lääkkeet) sekä ylimääräisten opioidien käyttöä. Alkoholien ja lääkärin määräämien PKV-lääkkeiden käyttöä ei lasketa tässä tutkielmassa lähtökohtaisesti oheiskäytöksi, vaikka onkin hyvä huomioida, että niitäkin voi käyttää haitallisesti. Aiemmissa tutkimuksissa on todettu, että oheiskäyttö vähenee jossain määrin korvaushoidon myötä, mutta ongelma on siitä huolimatta yleinen. Hoidon aikainen oheiskäyttö on korvaushoidon onnistumisen kannalta ongelmallista, ja siihen puuttumista pidetäänkin tärkeänä (Mikkonen 2012).

Korvaushoitolääkkeiden väärinkäyttö ja niiden päätyminen katukauppaan on erityinen huolenaihe Suomessa. Korvaushoitolääkkeenä käytetty buprenorfiini on yleisin löydös huumeusainekuolemista: vuonna 2010 siitä tehtiin 156 löydöstä. Löydösten lisäksi buprenorfiinin huumeusainekäyttö aiheutti 46 myrkytyskuolemaa vuonna 2010 (Vuori 2012). Korvaushoidon aikainen oheiskäyttö kytkeytyy korvaushoitolääkkeiden katukauppaan. On arvioitu, että korvaushoitolääkkeitä päätyy katukauppaan sekä tuotuna ulkomailta että jossain määrin myös korvaushoitopotilailta (Varjonen ym. 2012, Simojoki ja Alho 2013). Korvaushoitolääkkeiden saatavuus katukaupasta on oheiskäytön vähentämisen kannalta ongelmallista.

Vaikka korvaushoito on todistettu vaikuttavaksi ja tuloksekkaaksi hoitomuodoksi, aiheuttavat tiedon puutteesta johtuvat ennakkoluulot ja kielteiset asenteet edelleen korvaushoitoon kohdistuvaa ristiriitaista suhtautumista sekä terveydenhuollossa että laajemminkin yhteiskunnassa. Asenteet korvaushoitoa kohtaan ovat kuitenkin muuttuneet myönteisemmiksi sitä mukaan, kun tutkimusnäyttö korvaushoidon vaikuttavuudesta on lisääntynyt (Salaspuro 2002, Holopainen 2011).

Korvaushoidon aikaisesta oheiskäytöstä suomalaisilla korvaushoitopotilailla ei ole tehty aiemmin laajaa tutkimusta. Korvaushoidon tuloksellisuutta on kartoitettu seurantatutkimuksilla (mm. Vormo ym. 2005, Vormo ym. 2009, Tourunen ym. 2009 ja Aalto ym. 2011), joissa on sivuttu myös hoidon aikaista oheiskäyttöä. Näissä tutkimuksissa potilasotokset ovat kuitenkin olleet verrattain pieniä (n = 30–114) suhteessa korvaushoitopotilaiden määrään Suomessa.

Vuonna 2011 Suomessa oli erityyppisissä yksiköissä yhteensä 2 439 korvaushoitopotilasta (STM 2012). Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tavoittaa kaikki nämä potilaat, ja saada heiltä ensikäden tietoa siitä, minkälaista on oheiskäyttö korvaushoidon aikana, kuinka paljon potilaat käyttävät korvaushoitolääkettään pistämällä ja myyvät sitä eteenpäin. Koska tietoja kysyttiin potilailta itseltään, haluttiin kyselylomake pitää lyhyenä ja selkeänä, ja kohdistaa kysymykset eritoten oheiskäyttöön. Tämän tutkimuksen tekee poikkeukselliseksi se, että tällä kertaa haettiin valtakunnallisesti hyvin laajaa vastaajajoukkoa, jolloin päästiin kuulemaan korvaushoitopotilaiden oheiskäyttöä heidän omasta näkökulmastaan.

Koska korvaushoidon toteuttaminen ja siihen liittyvät haasteet kietoutuvat lääketieteen lisäksi myös muiden ammattikuntien alueelle, haluttiin tutkimuksen teoriataustassa tarkastella korvaushoitoa hieman laajemmin. Teoreettisessa taustassa käsitellään opioidiriippuvuutta sairautena ja korvaushoitoa yhtenä sen hoitomuodoista. Korvaushoidon osalta syvennytään hoidon historiaan, nykytilanteeseen, hoidon tuloksellisuuteen ja käytännön toteutukseen. Lisäksi paneudutaan korvaushoidon nykyhaasteisiin, kuten hoidon aikaiseen oheiskäyttöön, potilaiden hoitoon sitoutumiseen ja korvaushoitolääkkeiden päätymiseen katukauppaan.

2. OPIOIDIRIIPPUVUUS

2.1 Opioidit

Päihdelääketieteen oppikirjan (Ahtee 2003) mukaan opiaateilla tarkoitetaan kasviyhdisteitä, joita saadaan oopiumunikon (*Papaver somniferum*) maitiaisnesteestä, oopiumista. Opiaatteihin katsotaan kuuluvaksi myös synteettiset, morfiinin kaltaiset ja sen tavalla vaikuttavat yhdisteet. Opioidilla puolestaan tarkoitetaan kaikkia endogeenisiä, oopiumista saatavia ja synteettisiä yhdisteitä, jotka vaikuttavat morfiinin kaltaisesti kaikkiin opioidireseptoreihin (Ahtee 2003). Tarkennuksen vuoksi lisättäkään, että Duodecimin lääketieteen termit -kirjan (2007) mukaan opioideihin katsotaan kuuluviksi neljä ryhmää: luonnon opioidit, puolisynteettiset ja synteettiset opioidit sekä endogeeniset opioidit (Kustannus Oy Duodecim 2007). Käytännössä termiä opioidit käytetään usein synonyyminä opiaateille (Ahtee 2003).

Tässä tutkielmassa käytetään morfiinin kaltaisesta vaikuttavista, opioidireseptoreihin sitoutuvista yhdisteistä termiä *opioidit*. Tutkielmassa sivuutetaan endogeeniset opioidit (enkefaliinit, endorfiinit ja dynorfiinit) ja keskitytään lääkkeinä ja huumausaineina käytettäviin opioideihin. Nämä opioidit voidaan rakenteellisesti jakaa seuraavasti:

- fenantreenit: morfiini ja kodeiini
- puolisynteettiset morfiinin johdokset: heroiini, etyylimorfiini, hydromorfon, oksikodoni sekä opioidiantagonistit nalorfiini ja naloksoni
- synteettiset opioidit: morfinaanit, metadonijohdokset (metadoni ja dekstropropoksifeeni), piperidiinijohdokset (peptidiini ja fentanyyli), bentsomorfaanijohdokset ja oripaviinijohdokset (buprenorfiini).

Analgeettisen eli kipua lievittävän tehon perusteella opioidit voidaan käytännössä jakaa kolmeen ryhmään. Heikkoja opioideja ovat dekstropropoksifeeni, kodeiini ja tramadoli. Keskivahvoihin opioideihin kuuluu buprenorfiini, kun taas vahvoihin opioideihin kuuluvat fentanyyli, morfiini, hydromorfon, metadoni ja oksikodoni. Keskivahvojen opioidien (buprenorfiini) kohdalla tietyn maksimiannoksen jälkeen analgeettinen teho ei enää lisäänty, vaan saavutetaan niin sanottu kattovaikutus. Vahvojen opioidien kohdalla kattovaikutusta ei ole, vaan analgeettista tehoa saadaan lisää annosmäärää nostamalla (Kalso 2009, Hagelberg ja Pertovaara 2012).

Vahvasti riippuvuutta aiheuttavia *huumausaineeksi* luokiteltavia kipulääkkeitä ovat fentanyyli, morfiini, oksikodoni ja metadoni. Näitä käytetään voimakkaiden kipujen, kuten syöpäkipujen hoitoon. Metadonia käytetään tämän lisäksi lääkkeenä opioidivieroitus- ja korvaushoidossa. *Pääasiassa keskushermostoon vaikuttaviksi eli PKV-lääkkeiksi* luokiteltavia huumaavia kipulääkkeitä ovat opioideista buprenorfiini ja tramadoli. Näitä käytetään niin ikään voimakkaan kivun hoidossa, minkä lisäksi buprenorfiinia, ja yhä tavallisemmin sen naloksoniyhdistelmävalmistetta (Suboxone®) käytetään lääkkeenä opioidikorvaushoidossa (Seppä ja Heinälä 2012).

Kaikkien opioidien vaikutukset välittyvät opioidireseptorien kautta. Opioidireseptoreja on erotettavissa kolmea päätyyppiä (μ , δ , κ), jotka ovat edelleen jaoteltavissa alatyyppeihin. Lisäksi nykyään reseptoreihin lasketaan neljäskin tyyppi, ORL₁ -reseptori. Toiminnallisesti opioidit voidaan luokitella seuraavasti:

- μ -agonistit: morfiini, oksikodoni, fentanyyli, hydromorfon, metadoni, kodeiini, dekstropropoksifeeni ja tramadoli

- osittaiset μ -agonistit: buprenorfiini
- μ -antagonistit: naloksoni, naltreksoni ja nalorfiini (voivat syrjäyttää agonistin reseptorista).

Huomattava osa opioidien vaikutuksista, mukaan lukien niiden euforisoivat vaikutukset kivunlievityksen ohella, välittyvät μ -reseptorin kautta. Näitä reseptoreja esiintyy erityisesti aivokuorella, keskiaivoissa, aivorungossa ja selkäytimessä sekä jonkin verran myös ääreiskudoksessa. On tiedossa, että neuronitasolla μ -reseptorin aktivoitumiseen liittyy välittäjäaineiden vapautumisen vähentymistä presynaptisissa hermopäätteissä sekä solukalvon hyperpolarisaatiota postsynaptisissa hermopäätteissä. Nämä molemmat osaltaan säätelevät hermosolun eksitatorista tai inhibitorista toimintaa. (Hagelberg ja Pertovaara 2012). Oheisessa taulukossa on esitetty tyypillisiä opioidireseptorien ominaisuuksia Meririnteen ja Seppälän (2004) mukaan.

TAULUKKO 1. Opioidireseptorit ja niiden vaikutukset (Meririnne ja Seppälä 2004)

	μ -reseptori	δ -reseptori	κ -reseptori
Agonistit	endorfiinit, morfiini	enkefaliinit	dynorfiinit
Antagonistit	naloksoni, naloksonatsiini	naloksoni, naltrindoli	naloksoni, norbinaltorfimiini
Vaikutuksia	kivunlievitys, sedaatio, ruokahalun ja suolen toiminnan muutokset, verenkierron muutokset, endokrinologiset muutokset, hengityslama, riippuvuus ja vieroitusoireet	kivunlievitys, sedaatio, ruokahalun ja suolen toiminnan muutokset, riippuvuus ja vieroitusoireet	pahoinvointi, kivunlievitys, sedaatio, ruokahalun muutokset, endokrinologiset muutokset

Tyypillisiä μ -reseptorin välittämiä vaikutuksia ovat euforian ja kivunlievityksen ohella myös riippuvuus ja vieroitusoireet (taulukko 1), jotka ovat tämän tutkielman kannalta keskeisiä ilmiöitä. Välittömien vaikutusten (hermosolujen viestinvälityksen estyminen) ohella käynnistyy myös muita solunsisäisiä järjestelmiä, joilla oletetaan olevan merkitystä toleranssin kehittämisessä ja vieroitusoireissa. Opioidien pitkäaikaiseen käyttöön voi liittyä myös hormonaalisia ja immunologisia vaikutuksia. Opioidien vaarallisin akuutti haittavaikutus on kuitenkin hengityslama. Opioidien

vaikutuksen alla hengityskeskusten herkkyys veren hiilidioksidospäpaineen muutoksille heikkenee, jolloin hengitystaajuus harvenee, hengityksen kertavolyymi pienenee ja hengitysrhythmi hidastuu. Hengityslaman riski on suurin käytettäessä opioideja suoraan laskimoon ja vaikutus riippuu annoksen suuruudesta. Riskiä lisää edelleen muiden keskushermostoon vaikuttavien aineiden (esim. alkoholi, rauhoittavat lääkkeet, ja anestesia-aineet) samanaikainen käyttö. Opioidien aiheuttamaa hengityslamaa voidaan kuitenkin kumota reseptoriantagonisti naloksonilla (Hagelberg ja Pertovaara 2012).

Toisin kuin μ -reseptorin kohdalla, κ -reseptorin välittämiin vaikutuksiin kuuluu euforian sijasta dysforiaa eli pahoinvointia. Koska opioidireseptorit (μ , δ , κ) ovat erilaisia, on kuitenkin mahdollista, että tietty yhdiste aktivoi toista reseptoria salvaten samalla toista, eli toimii agonisti-antagonistina. Tällainen yhdiste on korvaushoidossakin käytetty osittainen μ -agonisti buprenorfiini, jota tarkastellaan myöhemmin korvaushoitolääkkeiden kohdalla. Opioidireseptorien tunnetuimpia salpaajia eli antagonistia ovat nalorfiini, naloksoni ja naltreksoni. Näistä naloksonia käytetään buprenorfiini-naloksoni-yhdistelmävalmisteissa (Ahtee 2003, Merinne ja Seppälä 2004). Korvaushoidossa käytettäviin lääkkeisiin palataan korvaushoidon toteuttamista käsittelevässä kappaleessa 3.4.

2.2 Opioidiriippuvuus sairautena

Jotta voidaan ymmärtää opioidiriippuvuutta, on ensin syytä tarkastella opioiditoleranssin käsitteitä. Opioiditoleranssilla tarkoitetaan opioidin vaikutuksen heikkenemistä käytön toistuessa. Opioidien kroonisessa käytössä kehittyy opioiditoleranssi, jolloin annosta täytyy lisätä halutun vaikutuksen aikaansaamiseksi. Toleranssi kehittyy opioidien kaikille vaikutuksille ummetusta ja mioosia (mustuaisten supistumistila) lukuun ottamatta. Toleranssi opioidien kipua lievittävää vaikutusta kohtaan kehittyy noin 2–3 viikossa tai suurilla annoksilla nopeamminkin. Seurauksena suuretkaan annokset opioideja eivät välttämättä enää tuota alkuperäisen pienen annoksen kaltaista mielihyvää tai kivunlievitystä, vaan määrää on jatkuvasti lisättävä. Opioideja kohtaan kehittyvä toleranssi eroaa muista riippuvuutta aiheuttavista yhdisteistä, joiden annos nousee enintään 10–20-kertaiseksi. Opioidien kohdalla annos voi nousta toleranssin myötä jopa 10–100-kertaiseksi (Ahtee 2003, Hagelberg ja Pertovaara 2012).

Fyysinen opioidiriippuvuus on fysiologinen opioidien pitkäaikaiseen käyttöön liittyvä ilmiö. Fyysisellä riippuvuudella tarkoitetaan opioidiannoksen äkilliseen pienentämiseen tai käytön keskeyttämiseen liittyviä oireita (vieroitusoireet). Ensimmäisiä vieroitusoireita ovat ahdistuneisuus ja levottomuus, ja näihin oireisiin liittyy usein tarve saada lisää opioideja. Tyypillisiä vieroitusoireita

ovat myös fyysiset oireet, kuten kiihtyminen, vapina, kuume, hikoilu, takykardia, nivel- ja vatsakivut, pahoinvointi, lihaskrampit, haukottelu ja kyynelehtiminen. Opioideihin voi kehittyä myös *psykykinen riippuvuus eli addiktio*. Sillä tarkoitetaan lääkkeen pakonomaista käyttöä, johon liittyy fyysistä, psykologista tai sosiaalista haittaa (Hagelberg ja Pertovaara 2012, Käypä Hoito -suositus huumeongelman hoidosta 2012, Mikkonen 2012).

Täysin kehittyneessä opioidiriippuvuudessa käyttö on jatkuvaa ja pakonomaista. Tällöin käytöllä yritetään lähinnä pitää loitolla vieroitusoireita ilman merkittäviä päihtymys- tai euforiatiloja, ja pyritään pitämään yllä yleistä toimintakykyä. Mikäli ainetta ei saada, toimintakyky romahtaa täysin ja henkilölle puhkeaa akuutti vieroitusoireyhtymä (Hagelberg ja Pertovaara 2012, Mikkonen 2012). Opioidiriippuvuuden kehittymiseen vaikuttavat geneettinen alttius, aikaisempi lääkkeiden tai päihteiden käyttö ja ympäristötekijät. Riippuvuutta aiheuttavien yhdisteiden vaikutuksella keskushermostoon on niin ikään keskeinen merkitys; toistuva opioidien käyttö johtaa hermosoluyhteyksien uudelleenmuovautumiseen, ja aivot ja elimistö tottuvat opioidivaikutukseen. Samalla tapahtuu myös pysyvämpiä muutoksia hermoverkostojen yhteistoiminnassa (Meririnne ja Seppälä 2004, Hagelberg ja Pertovaara 2012).

Sairauden asteelle edistynyt riippuvuus on pitkäkestoinen ja relapsoiva tila. Tyypillistä on opioidien käytön uusiutuminen pitkienkin päihteettömien jaksojen jälkeen. Opioidiriippuvuutta voidaan verrata pitkäaikaisiin somaattisiin sairauksiin, joihin tyypillisesti kuuluvat elinikäinen hoito sekä mahdollisimman hyvän hoitotasapainon ja oireettomuuden saavuttaminen. Siitäkin huolimatta ajoittaiset sairauden pahenemisvaiheet ovat tyypillisiä (Mikkonen 2012).

Opioidiriippuvuus, kuten muutkin huume- ja lääkeriippuvuudet, diagnosoidaan niin sanottuna riippuvuusoireyhtymänä. Opioidiriippuvuus diagnosoidaan Suomessa Maailman terveysjärjestö WHO:n ICD-10-tautiluokituksen (WHO 1995) mukaan. Se voidaan todeta, kun tautiluokituksen mukaiset kriteerit täyttyvät vähintään kuukauden ajan tai lyhyempinä ajanjaksoina vuoden aikana toistuvasti (WHO 1995, Alho 2012). Opioidiriippuvuuden diagnosointikriteerit ICD-10:n mukaan on esitetty taulukossa 2.

Jotta päihderiippuvuus voidaan todeta, tulee kolmen ICD-10:n eri kriteerin täytyä yhtäaikaaisesti. Päihteiden käyttö voi kuitenkin olla myös lievempää, jolloin se ei täytä päihderiippuvuuden kriteerejä, mutta on käyttäjälle haitallista. Haitallisuus ilmenee tällöin mielenterveyden tai fyysisen terveyden häiriönä johtuen psykoaktiivisen aineen käytöstä (Alho 2012).

TAULUKKO 2. Huume- ja lääkeriippuvuuden diagnosointikriteerit ICD-10-tautiluokituksen mukaan (WHO 1995)

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

1. Voimakas halu tai pakonomainen tarve käyttää ainetta.

2. Kyky kontrolloida aineen käytön aloittamista, lopettamista sekä käyttöannoksia on heikentynyt.

3. Fysiologinen vieroitusoireisto aineen käytön vähentyessä tai lopetuksen yhteydessä.

4. Sietokyvyn kasvu käytetylle aineelle.

5. Keskittyminen aineen käyttöön, mikä ilmenee muiden tärkeiden mielihyvän lähteiden tai kiinnostuksen kohteiden laiminlyöntinä. Aikaa kuluu runsaasti aineen hankkimiseen ja käyttöön.

6. Aineen jatkuva käyttö huolimatta sen selvästi haitallisista seurauksista.

Opioidiriippuvuus on syytä erottaa opioidien väärinkäytöstä, johon ei liity toleranssia tai vieroitusoireita. Käyttäjä voi esiintyä päihtyneenä tilanteissa, joissa päihtymyksestä on hänelle haittaa tai vaaraa. Käyttö on tällöin kuitenkin harvempaa ja jaksoittaista. Päihtymystilan kesto vaihtelee 1–2 tunnista (fentanyl) useisiin tunteihin (heroiini, kodeiini, oksikodoni) ja jopa muutamaan vuorokauteen (metadoni, buprenorfiini) (Kuoppasalmi 2011).

2.3 Opioidien ongelmakäytön ja riippuvuuden yleisyys Suomessa

Suomessa huumeiden ongelmakäytön laajuutta on seurattu vuodesta 1997 alkaen viranomaistilastojen perusteella tehtyjen arvioiden perusteella. Huumausaineiden ongelmakäyttäjien määrää arvioidaan amfetamiinin ja opioidien ongelmakäyttäjien määrällä. Vuonna 2005 Suomessa arvioitiin olevan noin 14 500–19 100 amfetamiinin ja opioidien ongelmakäyttäjää. Tästä joukosta pelkästään opioidien ongelmakäyttäjää arvioidaan olevan 3 700–4 900, joka vastaa 0,13–0,18 % väestöstä. Amfetamiinin ja opioidien ongelmakäyttäjien määrä lisääntyi vuodesta 1999 vuoteen 2002, mutta sen jälkeen osuus on pysynyt samalla tasolla (Partanen ym. 2007).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) toteuttaa vuosittain tiedonkeruun huumehoitoyksiköistä ja tulokset julkaistaan Päihdehuollon huumeasiakkaat -tilastoraportissa. Vuoden 2011 tietojen mukaan päihdehuollon hoitoon hakeutuvista potilaista 59 %:lla opioidit olivat ensisijainen syy hakeutua hoitoon. Tämä osuus on ollut tasaisessa kasvussa vuodesta 2002 lähtien. On kuitenkin epäselvää, onko opioidien käyttö varsinaisesti lisääntynyt, vai onko taustalla kasvanut tietoisuus opioidi-

riippuvuuteen tarjolla olevista hoidoista. Kaiken kaikkiaan 74 %:lla huumeasiakkaista oli opioidien ongelmallista käyttöä. Opioideihin kuuluva buprenorfiini oli ensisijaisena hoitoon johtaneena päihteenä 35 %:lla koko päihdehuollon asiakaskunnasta (Forsell 2012).

Synteettisten lääkeoppioidien käyttö vastaa nykyään suurimmasta osasta opioidien päihdekäytöstä. Päihdehuollon tiedonkeruun mukaan eniten käytetty yksittäinen opioidi vuonna 2011 oli buprenorfiini (vähintään 74 % kaikista opioideista). Buprenorfiinin ensisijaiseksi ongelmapäihteesi ilmoittaneista peräti 86 % käytti ainetta pääosin pistämällä. Noin puolet (44 %) buprenorfiinin ongelmakäyttäjistä käytti ainetta päivittäin. Lääkeopioideista buprenorfiinia ja metadonia käytetään sekä päihteenä että vieroitus- tai korvaushoitolääkkeenä. Ero korvaushoidon ja päihdekäytön välillä ilmenee käyttötavassa; korvaushoidossa lääkkeitä otetaan lääkärin ohjeen mukaisesti sublinguaalisesti, kun taas päihdekäytössä on tyypillistä pistoskäyttö ja muiden päihteiden sekakäyttö (Forsell 2012).

Päihdehuollon tiedonkeruun mukaan buprenorfiinin (74 %) lisäksi myös muita yksittäisiä opioideja käytettiin satunnaisesti seuraavin osuuksin: heroini ja muut unikonkukasta valmistetut aineet (9 %), tramadoli (4 %), oksikodoni (4 %), kodeiinivalmisteet (3 %), fentanylili (1 %), metadoni (1 %) ja buprenorfiini–naloksoni-yhdistelmävalmiste (5 %).

Päihteiden sekakäyttö on yleinen ilmiö niin opioidien ongelmakäyttäjillä kuin opioidikorvaushoidossa olevilla potilailla. Tiedonkeruun mukaan 58 % opioidien ongelmakäyttäjistä käyttää tai on hoitoon tullessaan käyttänyt stimulantteja. Stimulanttien käyttö oli pääasiassa amfetamiinin käyttöä, mutta jonkin verran oheispäihteenä käytettiin myös kokaiinia (7 % kaikista stimulanteista) ja ekstaasia (6 %). Kannabiksen ilmoitti ongelmapäihteesi 50 % opioidien ongelmakäyttäjistä ja rauhoittavia lääkkeitä oli käyttänyt 51 % ongelmakäyttäjistä. Rauhoittavien lääkkeiden käyttö oli pääasiassa bentsodiatsepiinien väärinkäyttöä (90 %), lisäksi käytettiin unilääkkeitä (9 %) ja pregabaliinia (< 2 %) (Forsell 2012).

Alkoholin ilmoitti ongelmapäihteesi 33 % opioidien ongelmakäyttäjistä. Ryhmässä, jossa ei ollut opioidien ongelmakäyttöä laisinkaan, ilmoitti ongelmapäihteeseen alkoholin 59 %. Syyksi alkoholin vähäisempään käyttöön opioidien käyttäjillä voidaan arvailla; joko opioidien käyttö vähentää alkoholin käyttöä, tai alkoholin käyttöä ei pidetä opioidiryhmissä mainitsemisen arvoisena haitallisena päihteenä. Toisaalta huomio voi myös keskittyä enemmän muihin ongelmapäihteesiin (Forsell 2012).

Pistoskäyttö on sekä korvaushoitoasiakkailla että opioidien ongelmakäyttäjillä varsin yleistä. Opioidien ongelmakäyttäjistä 86 % ilmoitti käyttäneensä huumeita pistämällä elämänsä aikana. Hoitoon hakeutumista edeltäneen viimeisen kuukauden aikana pistoskäyttöä oli 52 %:lla opioidien käyttäjistä¹ (Forsell 2012). Päihdehuollon huumeasiakkaat 2011 -tilastoraportti kertoo opioidien ongelmakäyttäjien lisäksi myös korvaushoidossa olevien potilaiden hoidon aikaisesta muusta päihdekäytöstä (oheiskäyttö). Tästä asiasta kerrotaan tarkemmin kappaleessa 4.2.

Opioidiriippuvuuden yleisyydestä Suomessa kertoo myös sairaaloissa huumeiden käytön takia hoidettujen potilaiden määrä. Sairaaloissa hoidettiin vuonna 2011 huumeiden käytöstä johtuen 4 848 asiakasta, joista kolmasosa hoidettiin opioidien käytön vuoksi². Opioidiriippuvuus on selvästi yleisin päädiagnoosi huume- ja lääkeriippuvuuksista; vuonna 2011 sairaalahoitojaksojen päädiagnoosina opioidiriippuvuus todettiin 701 henkilöllä. Sivudiagnoosina se todettiin 997 henkilöllä. Opioidiriippuvaisten hoitojaksojen, hoitopäivien ja poliklinikkakäyntien määrä on kasvanut vuosittain tasaisesti. Hoitopäivistä ainakin 20 % ja avohoitokäynneistä ainakin 66 % liittyi kuitenkin korvaushoidon toteuttamiseen. Vuonna 2011 korvaushoitoon liittyviä osastojaksoja oli 309 ja poliklinikkakäyntejä 36 405. Osastohoidossa oltiin keskimäärin 16 vuorokautta ja poliklinikkakäyntejä asiakkailla oli keskimäärin 64 eli useammin kuin kerran viikossa (Varjonen ym. 2012).

Hoitoon hakeutuvien päihderiippuvaisten tilannetta on kartoitettu lisäksi erilaisilla seurantatutkimuksilla. Esimerkiksi Huume-tietokannan (HUUTI) tutkimusprojektin epidemiologisen osuuden avulla saatiin kartoitettua varsin laajasti päihteiden käyttöä niiden asiakkaiden osalta, jotka hakivat hoitoa päihteiden väärinkäyttöön (n = 4 817) Helsingin Diakonissalaitoksen tarjoamista palveluista vuosina 1998–2005. Tutkimuksen mukaan opioidit olivat ensisijainen ongelmapäihde 30 %:lla asiakkaista, ja yleisesti niitä käytti päihteenä 50 % kaikista asiakkaista. Opioidien käyttö oli yleisempää miehillä kuin naisilla (Onyeka ym. 2012).

2.4 Opioidiriippuvaisten oheissairastavuus

Suomalaisten päihteiden käytön erityispiirteitä ovat runsas huumeiden, lääkkeiden ja alkoholin sekakäyttö sekä suonensisäisen käytön yleisyys. Tämän lisäksi erilaiset mielenterveyden häiriöt ovat päihteiden käyttäjillä, kuten myös korvaushoidossa olevilla, varsin yleisiä. Tilaa, jossa poti-

¹ Edellä esitettyihin osuuksiin viitaten on syytä huomioida, että tiedonkeruun luokittelun myötä opioidien ongelmakäyttäjien joukkoon sisältyy arviolta 5–20 % korvaushoitoasiakkaita, joten aivan tarkkaa rajanvetoa oheiskäytön suhteen ei voida vetää ongelmakäyttäjien ja korvaushoitoasiakkaiden välille.

² Tiedot perustuvat hoitoilmoituksiin (HILMO) ympärivuorokautisesta hoidosta sairaaloissa tai terveyskeskusten vuodeosastoilla sekä erikoissairaanhoidon avohoitokäynneistä.

laalla on todettu päihdeongelman lisäksi itsenäinen mielenterveyden häiriö, kutsutaan kaksoisdiagnoosiksi. Tähän liittyviä mielenterveyden häiriöitä voivat olla esimerkiksi yleinen ahdistuneisuushäiriö, mielialahäiriö, persoonallisuushäiriö tai psykoottinen häiriö (Aalto 2012). Huumeongelman Käypä hoito -suosituksen mukaan huumeongelman potilaan psyykkiset oireet kuten unettomuus, ahdistuneisuus, masennus, psykoottisuus ja persoonallisuushäiriöön liittyvät oireet on huumeriippuvuuden ohella diagnosoitava ja hoidettava huolellisesti (Käypä Hoito -suositus huumeongelman hoidosta 2012).

Sekakäytöllä tarkoitetaan eri päihdyttävien aineiden samanaikaista tai vuoroittaista käyttöä. Huumeiden sekakäyttö on Suomessa huomattavasti harvinaisempaa kuin alkoholin ja riippuvuutta aiheuttavien lääkkeiden (rauhoittavat lääkkeet, unilääkkeet, huumausaineiksi luokiteltavat lääkkeet) sekakäyttö. Viime aikoina myös huumeiden sekakäyttö (kipulääkkeet, rauhoittavat lääkkeet, amfetamiini, alkoholi) on kuitenkin yleistynyt ja lääkkeiden (kuten bentsodiatsepiinit, stimuloivat lääkkeet ja kipulääkkeet) päihdekäyttö tapahtuu huumeiden tapaan usein suonensisäisesti. Sekakäyttöön liittyy useita yksittäisen päihteen ongelmakäyttöä suurempia riskejä. Muun muassa yliannoksien, infektioiden, tapaturmien ja kuoleman riski lisääntyy sekakäytössä. Lisäksi sekakäytön hoito on hankalampaa kuin yksittäiseen päihteseen liittyvän ongelman hoito (Käypä Hoito -suositus huumeongelman hoidosta 2012, Vormo 2012).

THL:n huumehoidon tiedonkeruun mukaan vuonna 2011 päihdehoitoon hakeutuessaan yli puolet (57 %) asiakkaista kertoi käyttäneensä ongelmallisesti vähintään kolmea eri päihdettä. Vuonna 2009 opioidien käyttäjillä oli yleisimmin lisänä stimulantteja, kannabista ja lääkeaineita (Forsell 2012). Myös HUUTI-seurantatutkimuksen (Onyeka ym. 2012) tulokset puhuvat sekakäytön yleisyyden puolesta; vuosina 1998–2005 Helsingin Diakonissalaitokselta hoitoa hakeneet päihteen väärinkäyttäjät (n = 4 817) käyttivät keskimäärin 3,5 päihdettä samanaikaisesti (Onyeka ym. 2012).

Yleisesti huumeongelmaan liittyy päihde- ja mielenterveysongelmien lisäksi myös somaattista sairastuvuutta. Nämä sairaudet ja komplikaatiot johtuvat joko käytetystä huumeesta tai aineenkäyttötavoista. Pistoshuumeiden käyttäjä altistuu aina veriteitse tarttuville taudeille, kuten HIV:lle sekä hepatiittiviruksille B-, C-, ja D. Tavallisimmin nämä virukset leviävät, kun käytetään yhteisiä pistovälineitä (Ristola 2012). Huumehoidon tietojärjestelmän mukaan ruiskuhuumeita joskus käyttäneistä HIV-testeissä käyneistä ja testituloksen saaneista hiv-positiivisia oli noin 2 %. Vastavasti hepatiitti C -positiivisia oli 73 %, hepatiitti A -positiivisia 3 % ja hepatiitti B -positiivisia noin 5 %. Uusia C-hepatiittitartuntoja todettiin 1 160 vuonna 2011, ja niistä noin puolessa tartuntata-

vaksi todettiin ruiskuhuumeiden käyttö. Ruiskuhuumeiden käyttäjien keskuudessa hepatiitti C:n esiintyvyys (80 %) on erittäin korkea (Varjonen ym. 2012).

Veriteitse tapahtuvien virustartuntojen lisäksi myös pistäminen itsessään voi aiheuttaa infektioita. Infektioiden aiheuttajat ovat usein peräisin pistoskäyttäjän omasta kehosta, likaisista pistosvälineistä tai mikrobeilla saastuneista huumeista. Pistoskohtaan voi kehittyä paikallinen infektio, joka aiheuttaa punoitusta, kuumotusta, turvotusta ja kipua. Hoitamattomana infektio voi levitä ympäröiviin kudoksiin ja aiheuttaa hengenvaaran. Tällöin infektiin useimmiten liittyy jo kuumetta, yleistilan laskua ja huonovointisuutta. Pistoksen yhteydessä verenkiertoon voi päästä myös bakteereja tai joskus sieni, mikä voi aiheuttaa verenmyrkytyksen eli sepsiksen. Verenkierron kautta bakteeri voi levitä ja kiinnittyä muihin kudoksiin ja aiheuttaa esimerkiksi sydämen läppien ja sisäkalvon infektion (endokardiitti), joka on yleisempi huumeiden käyttäjillä kuin muulla väestöllä (Ristola 2012).

Opioidien käytöstä johtuvat krooniset somaattiset haitat ovat todennäköisesti yleisiä, vaikka pelkästään niiden takia ei usein hoitoon hakeudutakaan. Polttamalla tapahtuvan käytön tiedetään aiheuttavan suun kuivumista ja siten hampaiston vaurioitumista. Muita käyttötavasta riippumattomia yleisiä vaikutuksia ovat ummetus, suolikrampit, pahoinvointi, unettomuus, seksuaalinen haluttomuus, aliravitsemus ja naisilla epäsäännölliset kuukautiset (Seppä 2012). Oma lukunsa ovat sekakäytöstä johtuvat myrkytystilat ja huumekuolemat, joita käsitellään erikseen kappaleessa 4.5.

2.5 Opioidiriippuvuuden muut hoitomuodot ja terveysneuvonta

Lääkkeellisesti opioidiriippuvuutta hoidetaan korvaushoidon lisäksi vieroitushoidolla, joka tähtää lopulta lääkkeettömyyteen. Sekä korvaus- että vieroitushoidon toteuttamisesta määrätään sosiaali- ja terveysministeriön (STM) asetuksella (33/2008) opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeillä. Vieroitushoidossa tavoitteena on tietyn ajan kuluessa pudottaa vieroituksessa käytettävän, vieroitusoireita hillitsevän opioidin annos nolnaan. Vieroitushoidossa käytettäviä lääkkeitä ovat buprenorfiini, metadoni tai alfa₂-adrenergiset agonistit (klonidiini, lofeksidiini), mitkä lievittävät hoidon edetessä ilmeneviä vieroitusoireita. Näiden lisäksi muuna oireenmukaisena lääkityksenä voidaan käyttää tulehduskipulääkkeitä, pahoinvointilääkkeitä, ahdistuslääkkeitä ja ripulilääkkeenä loperamidia. Vieroitusoireiden hoito kestää tavallisesti 2–4 viikkoa, minkä jälkeen jatkohoito ja kuntoutus ovat retkahtamisen estämiseksi tarpeen. STM:n asetuksessa ei ole määritetty vieroituksen kestolle takarajaa, mutta käytännössä realistinen vieroittautumisaika on noin 3–12 kuukautta. Yleisesti ottaen voidaan todeta, että opioidiriippuvuuden uusiutuvan luonteen myötä vieroitushoidon avulla saavutettu raitis jakso päättyy melko usein retkahdukseen. Myös

hoidon keskeyttäminen vieroitusohjelmissa on melko tavallista (Käypä Hoito -suositus huumeon- gelmaisesta hoidosta 2012, Mikkonen 2012).

Vieroitushoidon voidaan katsoa soveltuvan potilaille, joilla on lyhyt opioidien käyttöhistoria (alle 2 vuotta) ja alhainen toleranssi sekä niille, jotka eivät käytä opioideja suonensisäisesti. Hyvään ennusteeseen viittaavia tekijöitä ovat tukea antava sosiaalinen verkosto, vähäinen psykiatrinen oheissairastavuus, vähäinen syrjäytyneisyys ja muiden päihteiden vähäinen käyttö (Mikkonen 2012).

Lääkkeellisen vieroitushoidon lisäksi opioidiriippuvuutta hoidetaan myös ilman opioidilääkitystä (oireenmukainen opioidiriippuvuuden hoito) tai kokonaan ilman lääkinnällistä tukea. Oireenmu- kaisessa opioidiriippuvuushoidossa vieroitustilan oireita lievitetään erilaisilla lääkityksillä, mutta apuna ei käytetä opioideja. Tyypillisesti tällaiset vieroitusjaksot järjestetään laitotosuhteissa ja niiden kesto vaihtelee 2–6 viikon välillä. Varsinaisen vieroitusjakson jälkeen potilas voi jatkaa vielä laitos- tai yhteisömuotoiseen kuntoutumiseen, joiden kesto vaihtelee muutamasta kuukaudesta jopa vuoteen. Vieroituksen jälkeen tukena voidaan käyttää myös naltreksonihoitoa, joka par- haimmillaan voi estää potilasta lipsumasta uudestaan opioidien käyttöön. Naltreksonihoidon on todettu vähentävän opioidien käyttöä erittäin tehokkaasti, mutta potilaiden pysyminen hoito- ohjelmassa on osoittautunut haasteelliseksi (Mikkonen 2012).

Opioidiriippuvuuden kokonaan lääkkeettömiä hoito- ja kuntoutusmuotoja ovat erilaiset psy- kososiaaliset hoitomuodot, kuten terapeutin yhteisöhoito, kognitiivinen terapia ja palkkiohoi- dot. Lisäksi vertaistuki, kuten Nimettömien Narkomaanien toveriseura (NA) voi olla osa psykososi- aalista hoitoa. NA on voittoa tavoittelematon toveriseura toipumista haluaville huumeiden käyttä- jille, ja se on avoin kaikille, joilla on huumeiden käyttöön liittyviä ongelmia. Toveriseuran vertais- jäsenet tukevat toistensa raittiutta muun muassa puhumalla, kuuntelemalla ja tekemällä asioita yhdessä. Hoidon jälkeen NA-ryhmiin osallistuminen lisää todennäköisyyttä raittiina pysymiselle ja parantaa näin hoidon tuloksia. Ryhmä sopii parhaiten niille, joiden tavoitteena on täysraittius ja jotka uskovat riippuvuuteen sairautena. Jos korvaushoidossa olevan tavoitteena on käytön lopet- taminen kokonaan, voivat NA-ryhmät sopia paremmin (Kotovirta 2012).

Vaikka lääkkeettömien hoitojen teho ja vaikuttavuus ovat vähäisiä verrattuna lääkkeelliseen hoi- toon, ei niiden tarjonnasta ole kuitenkaan syytä luopua. Näyttää siltä, että ne potilaat jotka ovat motivoituneet päihteettömiin hoitoihin, hyötyvät näistä hoidoista merkittävästi, jos he kykenevät olemaan hoidossa 3 kuukautta tai pidempään (Kuoppasalmi 2011, Mikkonen 2012).

Huumeisiin liittyviä terveyshaittoja on onnistuttu vähentämään terveysneuvontapisteiden ansiosta. Pisteistä on saatavilla puhtaita pistosvälineitä, A- ja B-hepatiittirokotuksia, HIV- ja hepatiittitestejä, haava- ja ihotulehdusten hoitoa, terveysneuvontaa sekä ohjausta ja tukea hoitopaikkoihin hakeutumiseen. Poikkitieteellinen arviointitutkimus ruiskuhuumeiden käyttäjien terveysneuvonnan vaikuttavuudesta tartuntatautien ehkäisyssä ja torjunnassa (Arponen ym. 2008) osoittaa, että terveysneuvontapisteiden toiminta on ollut merkittävä tekijä HIV-infektion, A- ja B-hepatiitti-infektioiden ja osittain myös C-hepatiitti-infektioiden ennaltaehkäisyssä ja epidemioiden torjunnassa ruiskuhuumeiden käyttäjien joukossa sekä välillisesti koko väestössä. Vuonna 1998 todettuun Suomen HIV-epidemiaan reagoitiin nopeasti laajentamalla terveysneuvontapisteiden toimintaa useisiin kaupunkeihin. Epidemian katkaisemiseksi tehty interventio kannatti, sillä HIV-epidemia laantui nopeasti eikä HIV:n esiintyvyys koskaan noussut yli 1–2 %:iin. Erityisen merkittävää on, että hallituksen huumausainepoliittisessa toimenpideohjelmassa 2004–2007 HIV-infektiotilanteelle asetetut tavoitteet epidemian katkaisemisesta ja tapausmäärien rajoittamisesta alle 30 uuteen tapaukseen vuodessa ovat toteutuneet (Arponen ym. 2008).

3. OPIOIDIKORVAUSHOITO SUOMESSA

3.1 Opioidikorvaushoidon historiaa ja nykytilanne

Korvaushoito kehitettiin Yhdysvalloissa 1960-luvulla ja se on nykyisin käytössä lähes kaikkialla maailmassa. Suomessa korvaushoitoa alettiin toteuttaa ensimmäistä kertaa, joskin epävirallisesti, vuosina 1992–1995, kun Tervalammen kuntoutuslinikalla Vihdissä annettiin opioidiriippuvaisille metadoni- ja buprenorfiinihoitoa. Nykymuotoiset korvaushoito-ohjelmat alkoivat pääkaupunkiseudulla vuonna 1995, jolloin opioidiriippuvaisia alettiin hoitaa metadonilla Helsingissä Hesperian sairaalan poliklinikalla. Hoito oli tuolloin hyvin tiukasti säänneltyä ja kontrolloitua – vuonna 1996 Suomessa oli virallisesti vasta viisi henkilöä, jotka saivat metadoniin perustuvaa ylläpitohoitoa. Tällöin sekä yleinen mielipide että virallinen kanta olivat jyrkästi lääkkeellistä korvaushoitoa vastaan (Hakkarainen ja Tigerstedt 2005).

Politiikan suunta muuttui 1990-luvun lopulla, kun sosiaali- ja terveysministeriö antoi määräyksen, jossa korvaushoito hyväksyttiin ensimmäistä kertaa osaksi Suomen virallista huume politiikan välineistöä. Samana vuonna julkaistussa huumausainestrategiassa (STM 2007) hyväksyttiin terveysviranomaisten toteuttama haittojen vähentämisen strategia osaksi virallista huumausainepolitiikkaa. Näin omaksuttiin länsimaiden valtavirran mukainen ja lääketieteelliseen tutkimustietoon

nojautuva menettely haittojen vähentämisessä, hoidossa ja kuntoutumisessa. Tästä alkoi samalla käänne kohti vapaampaa lääkekorvaushoitoa (Hakkarainen ja Tigerstedt 2005, Holopainen 2011).

STM:n vuoden 1997 määräyksen (STM:n määräys 1997:28 opioidiriippuvaisten potilaiden vieroitushoidosta ja korvaushoidosta buprenorfiinia, metadonia ja levasetyylimetadolia sisältävillä lääkkeillä) myötä myös buprenorfiinista tuli korvaushoitolääke. Poliitikan käänteen myötä korvaushoidossa olevien määrä oli vuonna 2004 noin 600–700 henkilöä. Kääntein taustalla arvellaan olleen useitakin seikkoja. Huumeongelmien määrä Suomessa oli merkittävästi lisääntynyt 1990-luvun toisella puoliskolla. Korvaushoito nousi lisäksi julkiseen keskusteluun, kun eräät yksityislääkärit määräsivät buprenorfiinia pitkäaikaisena lääkehoitona heroiniiriippuvaisille potilaille. Myös kansainväliset vaikutteet korvaushoidon yleistymisestä opioidiriippuvuuden hoidossa edistivät asiaa Suomessa (Hakkarainen ja Tigerstedt 2005).

Vuoden 1997 määräyksen mukaista korvaushoidon maksimikestoja pidennettiin kolmesta kuukaudesta vuoteen STM:n määräyksellä 42/1998. Tämän jälkeen korvaushoidon sääntelyä muutettiin vielä uusilla asetuksilla vuosina 2000, 2002 ja 2008. Viimeisin asetus (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeillä, 33/2008) annettiin lääkkeellisen hoidon saatavuuden parantamiseksi; asetuksen päämääränä oli järkevöittää hoidon porrastusta siten, että vaativat potilaat hoidetaan erikoissairaanhoidossa ja muut perustasolla. Lisäksi tavoitteena oli järjestää pitkäaikainen hoito potilaan normaalielämän mahdollistavalla ja järjestelmän kannalta mahdollisimman kustannustehokkaalla tavalla. Asetuksessa uutena lisänä oli mahdollisuus buprenorfiini–naloksoni-yhdistelmälääkkeen (Suboxone®) apteekkijakeluun apteekkisopimuksella (Hakkarainen ja Tigerstedt 2005, Forsell 2012).

Nykypäivänä opioidikorvaushoidon hoitomuotoina Suomessa ovat kuntouttava korvaushoito ja haittoja vähentävä korvaushoito. Kuntouttava korvaushoito voidaan jakaa lääkityksen toteuttamistavan mukaan hoitoon, jossa lääkkeen haku tapahtuu hoitoyksiköstä sekä hoitoon, jossa lääke haetaan apteekista apteekkisopimuksen mukaisesti. Haittoja vähentävä korvaushoito taas voidaan jakaa hoitoon, jossa lääkitys on pääosassa sekä hoitoon, joka sisältää lääkityksen lisäksi muuta tukea ja hoitoa yksilöllisen hoidon tarpeen mukaan. (STM 2012). Hoidon toteuttamistavoista kerrotaan lisää kappaleessa 3.4.

Viimeisimmät tiedot opioidikorvaushoidossa olevien määrästä ovat peräisin sosiaali- ja terveysministeriön (STM) yhteistyössä tekemästä selvityksestä opioidikorvaushoidossa olevien määrästä vuonna 2011. Selvityksen mukaan vuonna 2011 Suomessa oli yhteensä 2 439 korvaushoitopotilasta erityyppisissä yksiköissä. Korvaushoitoa toteuttavia yksiköitä oli kaiken kaikkiaan 161 kappaletta.

ta. Taulukossa 3 esitetään korvaushoitopotilaiden jakautuminen eri opioidikorvaushoitoa toteutaviin yksiköihin ja taulukossa 4 korvaushoitopotilaiden jakautuminen eri hoitomuotoihin.

TAULUKKO 3. Opioidikorvaushoitopotilaiden sijoittuminen yksiköittäin vuonna 2011 (STM 2012)

Yksikkötyyppi	Korvaushoitopotilaita (n = 2 439)
Terveyskeskus	500 (20 %)
Päihdehuollon erityispalveluyksikkö	1 624 (67 %)
Erikoissairaanhoidon yksikkö	276 (11 %)
Vankilan terveydenhuoltoyksikkö	39 (2 %)

TAULUKKO 4. Opioidikorvaushoitoa saavien potilaiden hoitomuodot vuonna 2011 (STM 2012)

Hoitomuoto	Korvaushoitopotilaita (n = 2 439)
kuntouttava hoito, lääkkeenhaku yksiköstä	1 610 (66 %)
kuntouttava hoito, lääkkeenhaku apteekkisopimuksella	175 (7 %)
haittoja vähentävä hoito, lääkitys pääosassa	446 (18 %)
haittoja vähentävä hoito, lääkityksen lisänä tukea	151 (6 %)
vieroitushoito	57 (2 %)

Taulukossa 5 esitetään korvaushoidossa käytetyt lääkkeet ja taulukossa 6 korvaushoitopotilaiden jakautuminen hoitoyksiköihin alueittain.

TAULUKKO 5. Opioidikorvaushoidossa käytetty lääkitys korvaushoitopotilailla v. 2011 (STM 2012)

Korvaushoitolääke	Korvaushoitopotilaat (n = 2 439)
buprenorfiini-naloksoni-yhdistelmävalmiste	1 415 (58 %)
buprenorfiini	93 (4 %)
metadoni	931 (38 %)

TAULUKKO 6. Opioidikorvaushoitopotilaiden jakautuminen hoitoyksiköihin alueittain vuonna 2011 (STM 2012)

Alue	Korvaushoitopotilaat (n = 2 439)
pääkaupunkiseutu (Helsinki, Espoo, Vantaa)	950 (39 %)
muut yli 100 000 asukkaan kaupungit (Tampere, Turku, Oulu, Jyväskylä, Lahti)	513 (21 %)
50 000–100 000 asukkaan kaupungit	382 (16 %)
alle 50 000 asukkaan kaupungit	594 (24 %)

3.2 Opioidikorvaushoidon tavoitteet ja vaikuttavuus

Lääkkeellinen korvaushoito opioidiriippuvuuden hoitomuotona on todettu tehokkaaksi ja vaikuttavaksi, kun tulospittareina käytetään kuolleisuuden, laittomien opioidien käytön, rikollisuuden ja muiden haittojen vähenemistä, elämänlaadun kohenemistä ja kustannushyötyjä (Ward ym. 1998). Korvaushoidossa käytetyt lääkkeet poistavat tehokkaasti vieroitusoireet ja opioidihimon, vähentävät tehokkaasti rikollisuutta, HIV:n ja hepatiittien leviämistä sekä kiinnittävät potilaat tehokkaasti hoito- ja kuntoutusohjelmiin (Holopainen 2011).

Maailman terveysjärjestön (WHO) suositusten (WHO 2009) mukaisesti korvaushoidon pääasiallisena tavoitteena on:

- vähentää huumeriippuvuutta
- vähentää opioidien käytön aiheuttamaa oheissairastuvuutta (esim. tartuntataudit) ja kuolleisuutta
- parantaa fyysistä ja psyykkistä terveyttä
- vähentää rikollista toimintaa
- edesauttaa kuntoutumista takaisin työ- tai opiskeluelämään ja parantaa sosiaalista toimintakykyä

Kuten edellä mainitusta voidaan huomata, korvaushoidon tavoitteet liittyvät läheisesti haittojen vähentämisen näkökulmaan. Haittojen vähentämisen käsitteellä viitataan politiikkaan, ohjelmiin ja käytäntöihin, joiden ensisijaisena tavoitteena on vähentää laillisten ja laittomien päihteiden käytön haitallisia seurauksia – niin terveydellisiä, sosiaalisia kuin taloudellisia. Haittojen vähentämisellä ei välttämättä tähdätä huumeiden käytön vähentämiseen, koska monet päihteiden käyttä-

jät epäonnistuvat käytön lopettamisessa ja jatkavat päihteiden käyttöä kaikista ehkäisevistä toimista huolimatta. Näin ollen on tarpeen edistää toimia, jotka vähentävät käytöstä aiheutuvia riskejä ja haittoja (IHRA 2010).

Tunnetuimpia haittojen vähentämisen tapoja lääkkeellisen korvaushoidon lisäksi ovat muun muassa terveysneuvonta ja neulojen ja ruiskujen vaihtaminen suonen sisäisesti huumeita käyttäville. Muita esimerkkejä haittoja vähentävästä toiminnasta ovat tiedon jakaminen turvallisesta käytöstä, vertaistuki, turvallisemmat tilat ja välineet suonensisäiselle käytölle sekä lääkkeellinen tuki yliannostusten ehkäisemiseksi (naloksoni). Erilaisia haittoja vähentäviä palveluja voidaan tarjota niin hoidon ulkopuolella kuin jo hoidossa oleville päihteiden käyttäjille. Esimerkiksi haittoja vähentävässä korvaushoidossa oleville palvelut tarjoavat mahdollisuuden ehkäistä opioidien käytöstä johtuvia terveyshaittoja niin kauan, kun päihteiden käytön vähentäminen tai vieroittautuminen ei vielä ole realistinen tavoite (Varjonen ym. 2012, Simojoki 2013).

Tieteellinen näyttö opioidikorvaushoidon positiivisista vaikutuksista on nykyisin hyvin vakuuttava. Katsausartikkeli (Aalto ja Niemelä 2012) toteaa seuraavasti: SBU:n (Statens beredning för medicinsk utvärdering; www.sbu.se) laatiman selvityksen mukaan metadonin käytöstä korvaushoitolääkkeenä oli vuoden 2000 loppuun mennessä julkaistu 69 satunnaistettua tutkimusta, ja kaikissa niissä voitiin vahvalla näytöllä osoittaa metadonin vähentävän heroinin väärinkäyttöä ja lisäävän hoidossa pysymistä. Seitsemän tutkimuksen meta-analyysin perusteella (n = 1 046) hoidon vaikuttavuus oli hoidossa pysymisen suhteen suuri ja huumeiden käytön suhteen kohtalainen. Toisen tutkijaryhmän tekemä näytönastekatsaus osoittaa, että metadonikorvaushoito vähentää erilaisissa kulttuureissa ja etnisissä ryhmissä opioidien laiton käyttöä, omaisuusrikoksia sekä HIV-riskikäyttäytymistä (Aalto ja Niemelä 2012). Riittäväällä hoitoannoksella (> 60mg/päivä) metadonikorvaushoito parantaa hoidossa pysymistä, vähentää laittomien huumeiden käyttöä ja rikollisuutta sekä vähentää kuolleisuutta ja parantaa terveydentilaa (Käypä Hoito -suositus huumeongelman hoidosta 2012).

Myös buprenorfiini on osoittautunut tehokkaaksi korvaushoitolääkkeeksi ja tieteellinen näyttö sen vaikuttavuudesta opioidiriippuvuuden hoidossa on vahva. Tutkimusten mukaan buprenorfiini ja metadoni tuottavat yhtä hyvän hoitotuloksen toisiaan vastaavina annoksina. Buprenorfiinilla on kuitenkin metadoniin verrattuna se etu, että sillä on ns. kattovaikutus, mikä lisää lääkkeen turvallisuutta (Salaspuro 2002, Käypä Hoito -suositus huumeongelman hoidosta 2012).

Lääkkeellisen hoidon lisäksi myös psykososiaalisilla hoidoilla on merkitystä hoitotuloksen kannalta. On olemassa vahva näyttö siitä, että psykososiaalinen tuki yhdistettynä korvaushoitoon vähen-

tää oheiskäyttöä ja lisää päihteettömyyttä. Nykyisen huumeongelmaisten Käypä hoito -suosituksen mukaisesti psykosiaalinen tuki suositellaan yhdistettäväksi lääkkeelliseen opioidikorvaushoitoon (Käypä Hoito -suositus huumeongelmaisen hoidosta 2012). Nämä näkökohdat huomioon ottaen onkin huolestuttavaa, että painopiste korvaushoidossa on siirtymässä yhä enemmän pelkän lääkkeenjaon puolelle. Potilasmäärien kasvun ja kuntien tiukentuneen taloustilanteen vuoksi suuntauksena näyttäisi olevan potilaiden siirtäminen haittoja vähentävään hoitoon, jolloin hoito kaventuu pelkäksi lääkkeen luovutukseksi. Tähän ilmiöön liittyy merkittäviä riskitekijöitä, sillä moniongelmaiset korvaushoitopotilaat tarvitsevat lääkeshoidon lisäksi psykososiaalista hoitoa ja kuntoutusta sekä motivoivaa ja osallistavaa otetta hoidossa (Simojoki ym. 2012).

3.3 Lainsäädäntö ja ohjeet

Opioidiriippuvuuden lääkkeellistä vieroitus- ja korvaushoitoa säätelee Sosiaali- ja terveysministeriön asetus (33/2008) opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeillä. Hoitomenetelmissä ohjeistaa Käypä hoito -suositus huumeongelmaisten hoitoon (päivitetty 5.9.2012). Voimassa olevan asetuksen mukaisesti korvaushoitoa voidaan antaa potilaille, joilla on todettu opioidiriippuvuus (ICD-10 mukaisesti) ja jotka eivät ole kyenneet vieroittautumaan muiden korvaushoitojen avulla. Hoidon tulee perustua hoitosuunnitelmaan, jossa määritellään hoidon tavoitteet, lääketieteellinen ja psykososiaalinen hoito, kuntoutus ja seuranta. (STM 2008b).

Opioidiriippuvaisten lääkinnällisen korvaushoidon tavoitteena on kuntoutuminen ja päihteettömyys tai haittojen vähentäminen ja asiakkaan elämänlaadun parantaminen. Yksilöllisen arvion perusteella korvaushoito voi olla joko kuntouttavaa tai haittoja vähentävää. Kuntouttava hoidon tavoite painottuu päihteettömyyteen ja hoitoon kuuluu moniammatillista ja intensiivistä kuntoutusta. Haittoja vähentävän korvaushoidon painopisteenä taas on vähentää käytöstä aiheutuvia haittoja ja parantaa elämänlaatua niillä potilailla, jotka eivät todennäköisesti pysty lopettamaan huumeiden käyttöä kokonaan. Haittoja vähentävällä hoidolla voidaan muun muassa ehkäistä tartuntatautien leviämistä ja muita terveyshaittoja sekä parantaa kokonaisuudessaan potilaan elämänlaatua. Haittoja vähentävän korvaushoidon potilaita voidaan lisäksi valmentaa vaativampaan kuntouttavaan korvaushoitoon. Asetuksen mukaan korvaushoidon tavoite tulee selvittää hoidon alkaessa ja tavoitetta on tarpeen mukaan tarkistettava (STM 2008b, Mikkonen 2012).

Asetuksen mukaan opioidiriippuvaisen hoidon tarve tulee arvioida ensisijaisesti sellaisessa terveyskeskuksessa, päihdehuollon yksikössä tai vankeinhoitolaitoksen terveydenhuollon yksikössä, jossa on hoidon antamiseen perehtynyt hoidosta vastaava lääkäri tai toiminnan edellyttämä muu henkilökunta sekä muut edellytykset hoidon antamiseen. Vain vaativissa tapauksissa hoidon tar-

peen arviointi ja hoidon aloitus ja toteutus tapahtuvat sairaanhoitopiirin kuntayhtymän toimintayksikössä, Järvenpään sosiaalisairaalassa tai valtion mielisairaalassa. Korvaushoito tulee lisäksi pyrkiä toteuttamaan mahdollisimman lähellä potilaan asuinpaikkaa, koska korvaushoidot ovat luonteeltaan pitkäkestoisia (STM 2008b).

Asetuksessa määritellään myös lääkkeenannosta; korvaushoitolääke annetaan potilaalle otettavaksi valvotusti toimintayksikössä. Mikäli potilas sitoutuu hoitoon hyvin, voidaan hänelle luovuttaa toimintayksiköstä enintään 8 vuorokausiannosta vastaava määrä lääkettä. Erityisestä syystä voidaan poikkeuksellisesti luovuttaa potilaalle myös 15 vuorokausiannosta vastaava määrä. Asetus mahdollistaa buprenorfiini–naloksoni-yhdistelmävalmisteen (Suboxone®) toimittamisen potilaalle apteekista apteekkisopimuksella (STM 2008b).

Korvaushoidot tulee toteuttaa edellä mainitusti asetuksen määräämissä puitteissa, mutta tarkemmin hoidon toteuttamisesta ei asetuksessa ole määrätty. Hoidon toteutus riippuu kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteista ja toimintakäytännöistä. Hoidon sisältö itsessään perustuu lääketieteelliseen näyttöön erilaisten hoitomallien tehokkuudesta (STM2008b).

3.4 Hoidon toteutus

Opioidikorvaushoidon aloittamista edeltää hoidon tarpeen arviointijakso, joka voidaan tehdä sekä avo- että laitoshoidossa. Pääsääntöisesti hoitoarviot on keskitetty sairaanhoitopiireittäin päihdepsykiatrian yksiköihin, pienemmän alueen päihdehuollon erityispalveluyksikköön tai joissakin kunnissa terveyskeskuksiin. Korvaushoitoarvio kestää tavallisesti yhdestä viiteen käyntiä, joiden aikana kartoitetaan potilaan mahdollinen opioidiriippuvuus (ICD-10), muiden päihdeiden käyttö, elämäntilanne sekä psykiatriset ja somaattiset sairaudet. Arvioinnin perusteella laaditaan hoitosuunnitelma, jossa otetaan kantaa hoitomuotoon, käytettäviin lääkityksiin, psykososiaaliseen tukeen, hoidon porrastukseen, kuntoutukseen ja seurantaan. Valtakunnallisia yhtenäisiä suosituksia korvaushoitoon hyväksymiselle ei ole, mutta käytännössä riippuvuusdiagnoosin lisäksi potilaalta edellytetään tietyn kestoista opioidien käyttöhistoriaa ja erilaisia aiempia hoitoyrityksiä (Mikkonen 2012).

Korvaushoito aloitetaan yksilöllisen harkinnan perusteella joko avohoitona tai osastolla. Metadonikorvaushoito aloitetaan turvallisuussyistä useimmiten osastolla, kun taas buprenorfiinihoito yleisemmin avohoitona. Aloitusjakson jälkeen siirrytään kotikunnan korvaushoitoyksikköön. Isoissa kaupungeissa on tavallisesti tarjolla eri vaihtoehtoja, ja hoitopaikat on voitu eriyttää kuntouttaviin ja haittoja vähentäviin hoito-ohjelmiin. Myös hoito yleisissä terveyspalveluissa yhdistettynä apteekkisopimukseen on mahdollinen. Pienemmillä paikkakunnilla usein ainoa hoidon jatkopaikka

on kunnan terveystakeskus, josta lääkkeet jaetaan. Hoitoon yhdistetään tällöinkin muu hoito ja seuranta sovitusti (Mikkonen 2012).

Korvaushoidossa käytettävät lääkkeet ovat metadoni ja buprenorfiini. Buprenorfiinihoidossa käytetään nykyään buprenorfiinia ja naloksonia sisältävää yhdistelmävalmistetta (Suboxone®), jonka väärinkäyttöpotentiaali suonenensisaisesti on pienempi, joskin tämänkin lääkkeen väärinkäyttöä on havaittu. Buprenorfiini ja metadoni eroavat toisistaan maksimaaliselta opioidivaikutukseltaan: metadoni on täysagonistiopioidi ja buprenorfiini osittaisagonistiopioidi. Käytännössä tämä tarkoittaa, että metadonin vaikutus kasvaa annosta suurennettaessa, kun taas buprenorfiinin kohdalla tietyn annosmäärän jälkeen vaikutukset eivät lisääny (ns. kattovaikutus). Tämän vuoksi buprenorfiini on suurina annoksina käytössä turvallisempaa kuin metadoni. Vaikutuseron lisäksi metadoni ja buprenorfiini eroavat toisistaan valmistemuodossa. Metadonia annostellaan juotavana liuoksena ja buprenorfiini kielen alta liuotettavana tablettina (Mikkonen 2012).

Buprenorfiinin osalta Suomessa on käytössä kahdenlaisia liukenevia tabletteja: monobuprenorfiinia (Subutex®)³ vahvuudeltaan 2 mg ja 8 mg sekä buprenorfiini–naloksoni-yhdistelmävalmistetta (Suboxone®) vahvuudeltaan 2 mg/0,5 mg ja 8 mg/2 mg. Ylläpitoannos molempien lääkkeiden kohdalla vakiinnutetaan potilaskohtaisesti kliiniseen ja psykologiseen tilaan sopivaksi. Tavallinen metadonin annostus pitkäaikaishoidossa on 80–120 mg päivässä, jolla huomattava joukko hoidossa olevista pärjää varsin hyvin. Jotkut potilaat voivat tarvita tätäkin suurempia annoksia. Buprenorfiinin kohdalla optimaalinen hoitoalue on 12–24 mg vuorokaudessa. Hyvä hoitoon kiinnittyminen saadaan tyypillisesti 16–24 mg vuorokausiannoksilla. Mikäli korkea-annos buprenorfiinihoito ei riitä poistamaan opioidihimoa, pakonomaista pistoskäyttäytymistä tai vieroitusoireita, on metadonilääkitys parempi vaihtoehto. Metadonin osalta on todettu, että korvaushoito suurella annoksella (60–120 mg) on tehokkaampaa kuin pienellä (Holopainen 2009, Käypä Hoito -suositus huumeongelmaisen hoidosta 2012).

Vuoden 2008 korvaushoitoasetuksesta (33/2008) lähtien on ollut mahdollista toimittaa buprenorfiinin ja naloksonin yhdistelmävalmistetta (Suboxone®) apteekista suoraan potilaille. Apteekkijakelun edellytyksenä on kirjallinen apteekkisopimus ja se, että potilas on hyvässä hoitotasapainossa. Apteekkisopimuksen piirissä voi olla hoidollisen harkinnan mukaan varsin erilaisiakin potilaita;

³ Mono-buprenorfiini Subutexilla® ei enää ole myyntilupaa Suomessa ja sitä käytetään vain erityistapauksissa, kuten raskaana olevilla naisilla, Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskuksen (Fimea) erityisluvalla. Mono-buprenorfiinivalmiste Subutex® vedettiin pois markkinoilta vuonna 2007 sen väärinkäyttöriskin vuoksi (Alho ym. 2007).

päihitteettömyyteen tähtäävässä hoidossa pitkälle edistyneitä potilaita, ja toisaalta haittoja vähentävässä hoidossa olevia, joiden hoidossa painopiste on lääkehoidossa (STM 2008a, STM 2008b).

Itä-Suomen yliopiston tutkimuksen mukaan (Uosukainen ym. 2013a) apteekkien kokemukset Suboxonen® jakamisesta ovat olleet yleisesti myönteisiä; kaikki kyselyyn vastanneet apteekit (54 kpl) totesivat opioidikorvaushoitopotilaiden palvelemisen sujuneen joko erittäin hyvin tai melko hyvin. Vain 26 %:lla apteekeista oli ollut ongelmia korvaushoitopotilaiden palvelemisessa. Ongelmat liittyivät useimmiten annosjakamisen aikatauluun, hakematta jääneisiin annoksiin, asiakkaiden maksuvaikeuksiin tai reseptien epäselvyyksiin. Suurin osa apteekeista (80 %) näki, että valvottu annostelu, jossa potilaat nauttivat lääkannoksen valvonnan alaisena, ei sovi apteekkien palveluihin (Uosukainen ym. 2013a).

Myönteisistä kokemuksista huolimatta apteekkisopimus on edelleen opioidikorvaushoidossa olevilla varsin harvinainen. Vuonna 2011 korvaushoitolääkettä sai apteekkisopimuksella vain 123 potilasta ja vuonna 2012 175 potilasta. Tämä vastaa 10 % Suboxonella hoidettavista potilaista (STM 2012, Simojoki 2013).

4. OPIOIDIKORVAUSHOIDON HAASTEET

4.1 Opioidikorvauslääkkeen sivuvaikutukset

Korvaushoitolääkkeisiin liittyy muiden opioidien tapaan sivuvaikutuksia. Tyypillisiä korvaushoitolääkkeiden aiheuttamia sivuvaikutuksia ovat ummetus ja vatsavaivat, mutta muitakin haittavaikutuksia voi esiintyä. Opioidit vähentävät syljen eritystä ja lisäävät tällä tavalla riskiä kariesin ja ientulehduksen kehittymiseen. Myös hampaiden kiilleauriot ovat korvaushoitolääkkeen aiheuttaman hetkellisen syljen happamoitumisen mahdollinen seuraus. Suuvaikutusten lisäksi mahdollisia ovat aineenvaihduntaan liittyvät haittavaikutukset, kuten väsymys, painon nousu, hikoilu sekä ummetus. Nämä ongelmat ovat yleisempiä metadonia korvaushoitolääkkeenään saavilla kuin buprenorfiinipotilailla (Mikkonen 2012).

Opioidien käyttöön liittyy myös riski unihäiriöistä. Näiden hoito perinteisillä unilääkkeillä (esim. bentsodiatsepiinit) on ongelmallista johtuen korvaushoidon aikaisesta oheiskäyttötaipumuksesta ja lääkeriippuvuusriskistä. Käypä hoito -suositusten mukaisesti bentsodiatsepiineja ei suositella huumeongelmaisten potilaiden pitkäaikaiskäyttöön, vaan niillä hoidetaan pääsääntöisesti lyhytkestoisia, vieroitusoireiden hoitoon liittyviä tilanteita. Unilääkkeiden hyöty on osoitettu vain lyhytaikaisessa käytössä, ja yleisesti riippuvuutta aiheuttavien lääkkeiden määräämistä huumeon-

gelmaiselle on vältettävä. Siksi opioidikorvaushoitolääkkeen aiheuttaman unettomuuden ensisijaisena hoitona suositellaankin säännöllisen unirytmien ylläpitoa ja hyvän unihygienian noudattamista (Käypä Hoito -suositus huumeongelman hoidosta 2012, Mikkonen 2012).

Opioideilla on vaikutusta myös moniin seksuaalitoimintoihin sääteleviin järjestelmiin, mikä lisää seksuaalitoimintojen häiriöiden riskiä. Näihin häiriöihin kuuluvat tyypillisesti hoidonaikaiset alhaiset testosteronipitoisuudet miehillä sekä eriasteiden haluttomuus, kyvyttömyys ja muut toiminnan häiriöt. Korvaushoitolääkkeen lisäksi taustalla saattaa kuitenkin olla myös muita tekijöitä; muu käytössä oleva lääkitys, edelleen jatkuva päihteiden käyttö, voimakas henkinen kuormittuneisuus, fyysinen sairaus tai häiriö sekä kipeä psyykinen trauma voivat kaikki aiheuttaa häiriöitä seksuaalitoiminnoissa (Mikkonen 2012).

Joillakin metadonikorvaushoidossa olevilla korvaushoitolääkkeeseen liittyy sydämen sähköisen johtumisen hidastuminen (QT-ajan pidentyminen), joka voi altistaa vaarallisille sydämen rytmihäiriöille. QT-aika voidaan tutkia sydänsähkökäyrästä (EKG), joka olisikin hyvä tutkia aina ennen metadonihoidon aloittamista ja sen aikana, jotta mahdollisesti pidentynyt QT-aika voidaan todeta (Mikkonen 2012).

Buprenorfiinin ja metadonin käyttöön raskauden aikana ei ole liitetty epämuodostumariskiä, mutta metadonikorvaushoittoon on liitetty ennenaikaisen synnytyksen riski. Buprenorfiini saattaa olla metadonia parempi korvaushoitolääke vastasyntyneen kannalta, mutta jos äiti on hyvin sitoutunut opioidikorvaushoitonsa, ei korvaushoitolääkettä ole syytä vaihtaa raskauden myötä. Koska tutkimusnäyttöä buprenorfiini–naloksoni-yhdistelmävalmisteen turvallisuudesta raskaudenaikaisessa hoidossa ei vielä ole riittävästi, käytetään raskauden aikana useimmiten pelkkää monobuprenorfiinivalmistetta (Subutex®), mikäli buprenorfiini on potilaalla korvaushoitolääkkeenä (Käypä Hoito -suositus huumeongelman hoidosta 2012).

4.2 Oheiskäyttö korvaushoidossa

Erilaiset lääkeriippuvuudet ja hoidon aikainen oheiskäyttö ovat yleisiä ongelmia korvaushoitopotilailla. Kun puhutaan oheiskäytöstä, tarkoitetaan sillä päihteiden käytön jatkumista korvaushoidon aikana (Aalto 2012). Tässä tutkielmassa korvaushoidon aikaisella oheiskäytöllä tarkoitetaan huumeiden, kannabiksen, muualta kuin lääkäriltä saatujen PKV-lääkkeiden sekä ylimääräisten opioidien (ml. muualta kuin hoitopaikasta saadut korvaushoitolääkkeet) käyttöä. Alkoholin ja lääkärin määräämien PKV-lääkkeiden käyttöä ei lasketa tässä tutkielmassa lähtökohtaisesti oheiskäytöksi, vaikka onkin hyvä huomioida, että alkoholin käyttö voi olla haittaavaa ja lääkärin määräämiä PKV-lääkkeitä voidaan väärinkäyttää.

THL:n päihdehuollon huumeasiakkaat -tilastoraportin mukaan vuonna 2011 korvaushoitoasiakkaista 56 % käytti tai oli hoitoon tullessa käyttänyt stimulantteja, 59 % kannabista, 50 % rauhoittavia lääkkeitä ja 21 % alkoholia. Korvaushoitoasiakkaista 97 % ilmoitti käyttäneensä huumeita pistämällä (Forsell 2012).

Tutkimuksessa Helsingin korvaushoito- ja vieroituspoliklinikoilla vuosina 2002 ja 2003 aloittaneiden potilaiden (n = 85) tilanteesta ja hoidon aikana tapahtuneista muutoksista selviää, että suurella osalla opioidiriippuvaisista oli monien päihteiden ongelmakäyttöä ja samanaikaisia psykiatrisia sairauksia. Potilaista 65 %:lla oli diagnosoitu lääkeaineriippuvuus, 22 %:lla amfetamiiniriippuvuus ja 22 %:lla kannabisriippuvuus. Potilaista 70:llä (82 %) oli merkintä buprenorfiinin väärinkäytöstä. Psykiatristen häiriöiden osalta persoonallisuushäiriö oli diagnosoitu 21 %:lla potilaista, mielialahäiriöitä 13 %:lla, neuroottinen ja stressiin liittyvä häiriö 3 %:lla, syömishäiriö 2 %:lla ja skitsofrenia 1 %:lla (Tourunen ym. 2009).

Diagnosoitujen oheissairausten lisäksi potilaiden päihteiden oheiskäyttöä arvioitiin hoitokertomustietojen ja virtsan päihdeanalyysilöydösten perusteella. Hoitokertomustietojen perusteella 84 % potilaista (n = 85) oli retkahtanut ainakin kerran päihteiden käyttöön hoidon aikana. Käytettyinä päihteinä mainittiin amfetamiini (43 potilasta), kannabis (36 potilasta), buprenorfiini (30 potilasta) ja bentsodiatsepiinit (23 potilasta). Huumeseuloissa 78 % potilaista antoi vähintään yhden positiivisen huumeseulan hoitojaksonsa aikana. Seuloista löydettyjä päihteitä olivat kannabis (56 potilasta), amfetamiini (51 potilasta) ja opioidit (21 potilasta). Todettakoon, että toisaalta kuitenkin 39 potilaalta (46 %) ei löytynyt yhtään merkintää opioidien oheiskäytöstä hoitojakson aikana, ja 19 potilaan (22 %) kaikki huumeseulat olivat puhtaat koko seuratus hoitojakson ajan. Potilaista 10:llä (12 %) ei löytynyt merkintää minkään päihteen käytöstä hoitokertomuksissa ja huumetesteissä. Vaikka hoitokertomustiedot ja huumeseulat eivät välttämättä anna aivan tarkkaa ja ehdottoman luotettavaa tietoa oheiskäytöstä, niitä voidaan silti pitää suuntaa-antavina arvioina (Tourunen ym. 2009).

Hyksin korvaushoitopoliklinikalla tehdyn korvaushoidon tuloksellisuutta kartoittavan tutkimuksen mukaan vuosina 2000–2002 yksikön metadonikorvaushoidossa aloittaneista potilaista (n = 70) lähes kaikilla ilmeni alkuun sekakäyttöä. Lähes kaikilla oli todettavissa bentsodiatsepiiniriippuvuus, yli puolella potilaista amfetamiiniriippuvuus ja noin puolella kannabisriippuvuus. Alkoholiriippuvuutta esiintyi kymmenesosalla potilaista. Lähes kaikilla potilaista oli diagnosoitu jokin persoonallisuushäiriö. Tutkimus toistettiin pian uudestaan; vuosina 2003–2005 Hyksin päihdepsykiatrian yksikössä hoitonsa aloittaneista metadoni- ja buprenorfiinikorvaushoidossa olevista potilaista

(n = 114) 90 %:lla oli opioidiriippuvuuden lisäksi muu päihdehäiriö. Aiempien vuosien tapaan yleisimpiä olivat edelleen bentsodiatsepiiniriippuvuus, amfetamiiniriippuvuus ja kannabisiippuvuus tai edellä mainittujen haitallinen käyttö. Alkoholiriippuvuutta tai haitallista alkoholin käyttöä esiintyi viidesosalla tutkittavista. Kahdella kolmasosalla potilaista oli päihderiippuvuuden lisäksi jokin muu samanaikainen psykiatrinen häiriö. Kuten aiemmin, valtaosalla kyse oli persoonallisuushäiriöstä (Vorma ym. 2005 ja Vorma ym. 2009).

Tutkimusten mukaan päihteiden oheiskäytön määrä ja tiheys näyttäisivät vähenevän useimmilla potilailla hoitosuhteen aikana. Tutkimuksissa Hyksin päihdepsykiatrian yksikössä vuonna 2003–2005 hoitonsa aloittaneista potilaista opioidien käyttö väheni niin, että 44 %:lla vähintään 1,5 vuotta hoidossa olleista potilaista ei esiintynyt opioidien oheiskäyttöä viimeisen vuoden aikana. Edeltävässä tutkimuksessa vuodelta 2000–2002 tulos oli vielä parempi; siinä 75 %:lla vähintään 1,5 vuotta hoidossa olleista korvaushoitopotilaista ei esiintynyt lainkaan ylimääräisten opioidien käyttöä viimeisen vuoden aikana. Hoitoontulovaiheessa lähes kaikki potilaat olivat sekakäyttäjiä, mutta hoidon myötä päihderiippuvuuksien osuus väheni huomattavasti. Molemmissa tutkimuksissa täytyy kuitenkin huomioida, että potilaiden mahdollinen buprenorfiinin oheiskäyttö ei tule esiin huumausaineseulonnessa (Vorma ym. 2005, Vorma ym. 2009).

Hoidon aikainen oheiskäyttö on korvaushoidon onnistumisen kannalta ongelmallista, ja siihen puuttumista pidetäänkin tärkeänä. Osana potilasturvallisuutta ja hoidon laadun varmistamista oheiskäyttöä selvitellään avoimen keskustelun lisäksi myös tarkastamalla mahdollisia pistopaikkoja ja tekemällä huumeseuvoja. Huumeseuolat tehdään valvotusti, jotta saadaan luotettava laboratoriotulos oikealta henkilöltä (Mikkonen 2012).

Korvaushoidon aikainen oheiskäyttö liittyy samalla toiseen korvaushoidon aiheuttamaan haasteeseen – korvaushoitolääkkeiden katukauppaan. On tiedossa, että jossain määrin korvaushoitolääkkeitä sekä hankitaan katukaupasta (oheiskäyttöön) että luovutetaan sinne välitettäväksi tai kaveripiirissä eteenpäin. On arvioitu, että korvaushoitolääkkeitä päätyy katukauppaan osin korvaushoitopotilailta (mm. kotiannosten myötä), mutta myös muista lähteistä, kuten ulkomailta (Varjonen ym. 2012, Simojoki ja Alho 2013). Oheiskäytön vähentämisen kannalta korvaushoitolääkkeiden saatavuus katukaupasta on joka tapauksessa ongelmallista. Korvaushoitolääkkeiden katukaupasta kerrotaan lisää kappaleessa 4.4.

4.3 Hoitoon sitoutuminen ja sen edistäminen

Korvaushoitopotilaan hoitoon sitoutumista voidaan arvioida muun muassa hoidossa pysymisen, oheiskäytön vähentymisen ja kotiannosten perusteella. Kansainvälisesti verrattuna korvaushoi-

toon kiinnittyminen ja potilaiden elossa säilyminen on ollut Suomessa erittäin hyvää; korvaushoitonsa Helsingin yliopistollisen keskussairaalan (Hyks) päihdepsykiatrian yksikössä vuonna 2000–2002 ja 2003–2005 aloittaneista potilaista hoidossa jatkoi vuoden jälkeen 94 % ja 80 % potilaista ja 18 kuukauden jälkeen 89 % ja 77 % potilaista (Vorma ym. 2005, Vorma ym. 2009). A-klinikkasäätiön ylläpitämällä korvaus- ja vieroitushoitopoliklinikoilla vuonna 2003–2005 hoitonsa aloittaneista potilaista (n = 85) 78 % pysyi hoidossa kahden ensimmäisen vuoden ajan. Jatkoseurannassa (4,5–6,5 vuotta hoidon alkamisesta) hoidossa pysyi edelleen 71 % potilaista (Tourunen ym. 2009). Kotkassa korvaushoidossa vuonna 2004–2005 aloittaneista potilaista (n = 30) vuoden jälkeen hoidossa oli pysynyt 83 % potilaista ja kahden vuoden jälkeen 77 % (Aalto ym. 2011). Keskeyttämisen syynä on mainittu hoitoon sitoutumattomuus, päihteiden oheiskäyttö ja erilaiset hoitorikkomukset (Tourunen ym. 2009).

Korvaushoitolääkkeen kotiannokset kuvastavat potilaan sitoutumista hoitoon. Käytännössä kotiannoksiin voidaan siirtyä, kun opioidien oheiskäyttö ja muiden huumeiden käyttö on loppunut, annos on vakiintunut, potilas voi hyvin ja käy hoitopaikassa sovittuina aikoina. Kotiannokset aloitetaan yleensä viikonloppuisin ja niitä lisätään asteittain, mikäli potilas sitoutuu hoitoon hyvin. Buprenorfiinin osalta on tällöin mahdollista siirtyä niin sanottuun valvottuun harvennettuun annosteluun, jossa potilaalle annetaan enintään 8 vuorokautta vastaava määrä lääkettä (Holopainen 2009).

Kotiannosten myöntämiseen liittyy omat riskit ja haittansa. Esiin tulleita riskejä kotiannosten suhteen ovat kotilääkkeen tahallinen yliannostelu, annostelu piikittämällä ja lääkkeen myyminen tai luovuttaminen eteenpäin. Lisäksi on olemassa riski lääkkeiden tahattomalle katoamiselle tai varastetuksi tulemiselle silloin, kun potilaan elämänhallinta on heikkoa. Toisaalta korvaushoitolääkkeen kotiannoksiin liittyy myös kiistattomia hyötyjä. Käytännön myötä potilas pysty suunnittelemaan päivien sisältöä paremmin, kun annosta ei tarvitse joka päivä hakea hoitopaikasta, mikä helpottaa sopeutumista yhteiskunnan rytmiiin. Kotiannosten myötä hoidon kuormittavuus potilaalle vähenee ja samalla hoidossa pysyminen paranee. Potilaalle siirtyy myös suurempi oma vastuu hoidon onnistumisesta. Korvaushoitolääkkeen kotiannostelusta hyötyy potilaan lisäksi myös hoitojärjestelmä. Hoidon kustannukset potilasta kohtaan vähenevät, kun aikaa ei tarvitse käyttää rutiinomaisiin lääkeannostelukäynteihin ja samalla henkilökuntaresurssilla pystytään tarjoamaan hoitoa yhä useammalle potilaalle (Mikkonen 2012).

Koska kotiannoksiin liittyy useita riskejä, tulee niiden myöntämisen aina perustua hyvään hoitoon sitoutumiseen ja erilliseen harkintaan. Tällä hetkellä kotiannosten käytännöt vaihtelevat kuitenkin

suuresti eri korvaushoitoyksiköiden välillä. Pisimmillään mahdollisuus ensimmäisiin kotiannoksiin saattaa kestää puoli vuotta, kun taas nopeimmillaan kotiannostuksen piiriin voi päästä jo ensimmäisen hoitoviikon aikana (Mikkonen 2012). Tutkimuksessa A-klinikkasäätiön ylläpitämällä korvaus- ja vieroitushoitopoliklinikoilla vuonna 2003–2005 hoitonsa aloittaneista potilaista kaksi kolmasosaa oli saanut oikeuden kotiannoksiin. Vain yhdelle potilaista, joiden hoito oli keskeytynyt, oli myönnetty oikeus kotiannoksiin. Hoidon aikainen oheiskäyttö ja luvattomat poissaolot johtavat yleensä kotiannosoikeuden rajaamiseen tai menettämiseen määräajaksi. Lisäksi potilas voidaan ohjata katkaisuhoidon tai hoitosuunnitelmaa yhdessä lääkityksen kanssa voidaan arvioida uudelleen (Tourunen ym. 2009).

Kotiannosten väärinkäytön ehkäisemiseksi on kokeiltu elektronisia lääkedosetteja, jotka mahdollistavat ajastetun lääkkeenoton kotiolosuhteissa. Vuonna 2010 tutkimuksessa (Uosukainen ym. 2013b) kartoitettiin, voidaanko elektronisen lääkedosetin avulla vähentää korvaushoitopotilaiden kotiannosten päättymistä muualle, muun muassa katukauppaan. Tutkimukseen osallistui 37 Kuopion kaupungin korvaushoidossa olevaa buprenorfiini–naloksoni-yhdistelmävalmistetta saavaa potilasta (88 % soveltuvista tapauksista), jotka vastaanottivat kotiannoksensa neljän kuukauden ajan elektronisissa doseteissa. Tutkimuksen perusteella 16 % ilmoitti, että dosetti oli estänyt heitä luovuttamasta lääkettä toisaalle. Potilaista 58 % oli sitä mieltä, että dosetti voi yleisesti estää lääkkeen valumista toisaalle, kuten katukauppaan. Potilaista 68 % arvioi elektronisen dosetin olevan turvallisempi säilytyspaikka kotiannoksille kun perinteiset paperipussit. Myös hoitohenkilökunnan suhtautuminen elektroniseen dosettiin oli myönteistä; 58 % piti kotiannoksen jakelua elektronisessa dosetissa parempana vaihtoehtona kuin paperipussia ja 74 % koki, että elektroniset dosetit voisivat olla käytössä osana rutiinihoitoa (Uosukainen ym. 2013b).

Hoitoon sitoutumista sekä mahdollisuuksia siirtyä kotiannoksiin ja pysyä niissä selvitellään korvaushoidossa päihdeseulojen avulla. Päihdeseulojen tiukan kontrolloinnin on kuitenkin nähty olevan yhteydessä heikentyneeseen hoitomyöntyvyyteen. Sekä potilaat että henkilökunta kokevat silmämääräiseen valvontaan perustuvat virtsanäytteen otot epämieluisana ja hoitomyöntyvyyttä alentavana tekijänä. Vuonna 2010 julkaistussa tutkimuksessa (Kaarlo Simojoki ja Hannu Alho 2010) selvitettiin uuden merkkiainepohjaisen päihdeseulan hyötyjä ja haittoja. Tutkimus osoitti, että sekä potilaat että hoitohenkilökunta kokivat sen selkeästi mukavammaksi kuin perinteisen silmämääräisen valvontaan perustuvan päihdeseulan. Tämä todennäköisesti lisää potilaiden hoitomyöntyvyyttä ja kiinnittymistä hoitoon (Simojoki 2013).

Potilaan hoitoon sitoutumista voidaan edistää lisäksi apteekkisopimuksella, joka mahdollistaa päihde- tai lääkeriippuvaisen potilaan turvallisen ja keskitetyn lääkityksen ja hyödyttää siten potilasta. Sopimuksen osapuolina ovat PKV-lääkehoidosta vastaava lääkäri ja potilas itse, ja se perustuu vapaaehtoisuuteen. Sopimusta voidaan käyttää kaikilla potilailla, jotka käyttävät väärinkäyttöön soveltuvia lääkkeitä, erityisesti PKV-lääkkeitä tai huumausaineiksi luokiteltavia lääkkeitä, tai mikäli hoidollisesta syystä on muuten tarpeen rajata lääkkeen saantia. Apteekkisopimuksessa potilas sitoutuu vain yhden lääkärin tai hoitopaikan PKV-lääkehoitoon, ja noutaa PKV-lääkkeensä tai huumausaineeksi luokitellut lääkkeensä vain yhdestä, sopimuksessa mainitusta apteekista (Valvira 2005, Suomen Apteekkariliitto 2013, henkilökohtainen tiedonanto). Apteekkisopimuskäytäntö on käytössä korvaushoitopotilailla vaihtelevasti ja korvaushoitopaikan suosituksista ja käytännöistä riippuen.

4.4 Opioidikorvaushoitolääkkeet katukaupassa

Korvaushoitolääkkeiden väärinkäyttö ja niiden päätyminen katukauppaan on erityinen huolenaihe Suomessa. Erityisesti buprenorfiinin väärinkäyttö kadulla suonensisäisesti on erittäin yleistä. A-klinikkasäätiön koordinoiman Riski-tutkimuksen (Partanen ym. 2004) mukaan vuosina 2000–2002 Helsingin, Tampereen ja Turun terveysneuvontapisteissä vierailleista asiakkaista systemaattisella otannalla valituista haastateltavista (n = 494) 78 % oli käyttänyt buprenorfiinia suonensisäisesti jossain vaiheessa elämänsä aikana ja 59 % viimeisen kuukauden sisällä. Joka kolmas haastateltu käytti buprenorfiinia pistämällä päivittäin. Helsingin alueen neulanvaihtopisteissä vuonna 2005 toteutetussa tutkimuksessa (Alho ym. 2007) suunta oli sama: 73 %:lla vastaajista buprenorfiini oli kaikista yleisin suonensisäisesti käytetty päihde.

Suomessa otettiin vuoden 2004 lopulla Euroopan ensimmäisenä maana käyttöön buprenorfiini-naloksoni-yhdistelmävalmiste (Suboxone®), jolla on tiedettävästi mono-buprenorfiiniin verrattuna pienempi väärinkäyttöpotentiaali. Vaikka yhdistelmävalmisteen oletettiin vähentävän suonensisäistä käyttöä, on tämänkin valmisteen kohdalla väärinkäyttöä kuitenkin havaittu (Alho ym. 2007).

Helsingin alueen neulanvaihtopisteissä vuonna 2005 toteutetun tutkimuksen (Alho ym. 2007) mukaan yhdistelmävalmistetta väärinkäytettiin usein; 68 % ilmoitti käyttäneensä yhdistelmävalmistetta suonensisäisesti, 45 % ilmoitti käyttäneensä sitä useammin kuin kerran ja 8 % ilmoitti säännöllisestä käytöstä. Yhdistelmävalmistetta väärinkäyttäneistä 60 % oli käyttänyt lääkettä suonensisäisesti. Vastaajista 80 % ilmoitti kuitenkin käyttökokemuksen olleen huono, ja vain 20 % koki käytön vastaavan täysin mono-buprenorfiinia. Vaikka tutkimuksen vastausprosentti oli alhai-

nen (30 %, 176 vastausta), voidaan sen tuloksia pitää jokseenkin suuntaa-antavina (Alho ym. 2007).

Viiden vuoden seurantatutkimuksessa (Simojoki ja Alho 2013), joka toteutettiin vuosina 2005–2008 ja 2010 Helsingin alueen neulanvaihtopisteissä asioineille henkilöille (n = 1 507) kartoitettiin laajemmin buprenorfiinin väärinkäyttöä ja trendejä katukaupassa. Seurantatutkimuksen mukaan buprenorfiini oli eniten käytetty suonensisäinen päihde kaikkina seurantavuosina (2005: 68,2 % ja 2010: 77,9 %). Käyttö oli pääasiassa päivittäistä (2005: 81,7 % ja 2010: 74,3 %). Myös yhdistelmävalmistetta väärinkäytettiin, joskin muutos käyttötavassa seuranta-aikana oli suurempi: vuonna 2005 (n = 111) 60,4 % käytti yhdistelmävalmistetta suonensisäisesti, 4,5 % nasaalisesti, 13,5 % sublinguaalisesti ja 21,6 % useilla eri tavoilla, kun vuonna 2010 suonensisäisten käyttäjien määrä oli 69,3 % ja nasaalisesti käyttävien määrä nousi 24,3 %:iin (Simojoki ja Alho 2013).

Korvaushoitolääkkeiden hinnasta Suomen katukaupassa on tehty selvityksiä. Viiden vuoden seurantatutkimuksen (Simojoki ja Alho 2013) mukaan vuonna 2005 yhdistelmävalmisteen hinta katukaupassa oli noin 50 % alhaisempi kuin mono-buprenorfiinivalmisteen. Hintaaero pysyi jokseenkin samana koko seurantajakson ajan, ollen vuonna 2010 edelleen 42 % halvempi. Vuonna 2005 keskihinta 8 mg mono-buprenorfiinitabletille oli 28 euroa, mutta hinta nousi vuoteen 2010 mennessä 42,9 euroon (53 %:n nousu). Vastaavasti vuonna 2005 keskihinta yhdistelmävalmistetabletille oli 12,3 euroa, ja hinta nousi niin ikään vuoteen 2010 mennessä 25 euroon (103 %:n nousu).

Korvaushoitolääkkeitä on arvioitu valuvan katukauppaan niin ulkomailta kuin korvaushoidostakin. Viiden vuoden seurantatutkimuksen (Simojoki ja Alho 2013) mukaan buprenorfiinin väärinkäyttäjät ilmoittivat saaneensa/ostaneensa lääkettä seuraavilta tahoilta:

- mono-buprenorfiini: välittäjältä (91,3 %), korvaushoidossa olevalta (22,4 %), itse tuotuna ulkomailta (8,7 %).
- yhdistelmävalmiste: välittäjältä (68,8 %), korvaushoidossa olevalta (49,2 %), itse tuotuna ulkomailta (2,4 %).

Korvaushoitolääkkeen väärinkäytön ehkäisemiseksi on kokeiltu buprenorfiinitablettien murskaamista annostelun yhteydessä. Tutkimuksessa mono-buprenorfiinitablettien murskaamisen vaikutuksista potilaan veren seerumitasoon ja mahdollisiin haittavaikutuksiin (Simojoki ym. 2010) todettiin, että murskaaminen ei vaikuta seerumitasoon eikä aiheuta enempää tai vähempää haittavaikutuksia suhteessa verrokkiryhmään. Näin ollen voitiin olettaa, että murskatun tabletin kliininen teho vastaa kokonaista tablettia.

4.5 Opioidikorvaushoitolääkkeet osana huumekuolemista

Suomessa oikeuskemiallisissa tutkimuksissa ylivoimaisesti yleisin huumausainelöydös on nykyään buprenorfiini. Tilanne ei ollut tämän kaltainen vielä vuoden 2000 alussa, jolloin yleisin huumausainelöydös oli heroini. Vuonna 2000 heroiinilöydöksiä oli 63 tapauksessa, kun taas buprenorfiinilöydöksiä vain 7 tapauksessa. Heroiiniepidemia saavutti huippunsa vuonna 2000, jonka jälkeen heroiinilöydösten määrä väheni nopeasti. Samaan aikaan buprenorfiinilöydökset lähtivät vastavasti nousuun (Vuori ym. 2006).

Vuonna 2010 buprenorfiinin huumausainekäyttö aiheutti 46 myrkytyskuolemaa. On huomattava, että yleensä buprenorfiinin väärinkäytön aiheuttamissa myrkytyskuolemista ainetta on käytetty joko pistämällä tai nuuskaamalla. Lisäksi käyttäjä on usein ollut samanaikaisesti alkoholin ja bentsoiatsepiinien vaikutuksen alaisena, ja tyypillisesti kuolema on tapahtunut henkilön nukkuessa. Myös muut opioidit, kuten vuoden 2010 tiedoilla tramadoli (26 tapausta), fentanyl (16 tapausta), metadoni (15 tapausta), kodeiini (7 tapausta) ja oksikodoni (5 tapausta) ovat aiheuttaneet tärkeimpänä löydöksenä myrkytyskuolemia. Heroiinia ja morfiinia todettiin kumpaakin vain yhdessä tapauksessa. Metadonikuolemista ainakin 6 tapausta liittyi korvaushoittoon niin, että henkilö oli joko pistänyt saamansa metadonin tai sitä oli käyttänyt joku toinen henkilö (Vuori 2012).

Edellä mainittujen myrkytyskuolemien tärkeimpien löydösten lisäksi voidaan tarkastella oikeuskemiallisissa tutkimuksissa todettuja huumausainelöydöksiä (joissa kuoleman syy voi olla muu kuin myrkytys), jotka kertovat osaltaan opioidien ja muiden huumeiden käytön yleisyydestä. Vuonna 2010 buprenorfiini on löydöslistan kärjessä 156 löydöksellä, niistä 46:ssa buprenorfiini luokiteltiin tärkeimmäksi löydökseksi. Kannabinoidien osalta löydöksiä oli 116, amfetamiinin osalta 113 ja metadonin osalta 34. Muuntohuumeista yleisin oli MDPV, jonka osalta vuonna 2010 löydöksiä tehtiin 13. Myös pregabaliini oli yleinen löydös, sitä todettiin 65 vainajassa ja 13 tapauksessa niistä se oli myrkytyskuoleman aiheuttajana. Pregabalinien päihdekäytön voidaan katsoa liittyvän usein opioidien väärinkäyttöön (Vuori 2012).

Tarkasteltaessa vuosittaista kehitystä on selvää, että erilaiset lääkkeinä käytetyt opioidit ovat nousseet suosituiksi huumeikäytössä, kun samanaikaisesti esimerkiksi heroiinin käyttö on vähentynyt. Opioidimyrkytyskuolemista itsemurhia oli vain neljäsosa tapauksista, ja nämäkin tapaukset painottuvat kodeiini- ja tramadolilöydöksiin. Sen sijaan buprenorfiinin aiheuttamat myrkytyskuolemat olivat harvoin itsemurhia, vuosina 2008 ja 2009 ei yksikään (Varjonen ym. 2012).

4.6 Vieroittautuminen opioidikorvaushoidosta

Opioidiriippuvuuden korvaushoidossa hoidon tavoite voidaan asettaa monelle eri tasolle. Kuntouttavassa korvaushoidossa tähdätään lopulta päihteettömään elämään, kun taas haittoja vähentävässä korvaushoidossa pyritään parantamaan potilaan elämänlaatua. Täydellinen kuntoutuminen ja vieroittautuminen korvaushoidosta ovat harvoin hoidon alkuvaiheessa ensisijaisia asioita. Ensisijaisena pyrkimyksenä on oheiskäytön väheneminen, rikollisuuden väheneminen, mahdollisimman hyvä sosiaalinen sopeutuminen ja tartuntatautien riskin väheneminen. Samalla tuetaan potilasta hoidon ja kuntoutuksen avulla, jotta hän voisi elää niin laadukasta elämää kuin toimintakyky, sairaudet, voimavarat ja omat tavoitteet sallivat (Vorma 2005, Mikkonen 2012).

Vaikka ulkoista pakotetta vieroituksen kestosta ei ole määritelty, ottaa osa potilaista jossain vaiheessa puheeksi korvaushoidosta vieroittautumisen. Näillä potilailla elämäntilanne on tyypillisesti jo asettunut tyydyttäväksi ja vakiintunut, ja huumeiden käyttö on jäänyt pois. Tarkkoja tietoja vieroittautujien määrästä ei ole ja ne vaihtelevat paljon yksiköittäin (Mikkonen 2012). Esimerkiksi tutkimuksessa Helsingissä vuonna 2002–2003 korvaus- ja vieroituspoliklinikoilla hoitonsa aloittaneista buprenorfiinilla ja metadonilla hoidetuista potilaista (n = 85) seurantajakson päätteeksi vieroittautumaan oli pystynyt kaksi potilasta (Tourunen ym. 2009). Hyksin korvaushoitopoliklinikalla tehdyn korvaushoidon tuloksellisuutta kartoittavan tutkimuksen mukaan vuosina 2000–2002 yksikön metadonikorvaushoidossa aloittaneista potilaista (n = 70) kaksi onnistui suunnitelmallisesti vieroittautumaan korvaushoidosta seurantajakson aikana. Myöhemmässä seurantatutkimuksessa tulokset vieroittautumisen suhteen olivat samansuuntaiset; vuosina 2003–2005 Hyksin päihdepsykiatrian yksikössä hoitonsa aloittaneista metadoni- ja buprenorfiinikorvaushoidossa olevista potilaista (n = 114) neljä vieroittautui korvaushoidosta (Vorma ym. 2005 ja Vorma ym. 2009).

Voidaan arvioida, että noin 10 % potilaista yrittää vuosittain vieroittautumista. Esimerkiksi jos keskikokoisessa korvaushoitoyksikössä on noin 40 potilasta, niin heistä vuoden aikana neljä yrittää vieroittautua korvaushoitolääkkeestä ja kaksi onnistuu, kuten tutkimusesimerkeissäkin mainittiin (Mikkonen 2012). Korvaushoitopotilaiden hoito on yleisesti luonteeltaan hyvin pitkäkestoista. Korvaushoitopotilaat ovatkin muodostaneet päihdehoitojärjestelmään uudenlaisen, kasvavan ja pitkäaikaisen "väliryhmän", jota ei voida luokitella enää "narkkareihin" muttei vielä myöskään "kuntoutujiin" tai "toipujiin". Pitkäkestoisessa korvaushoidossa olevien potilaiden hoidon järjestämisessä, kuntoutumisen tukemisessa sekä hoitojärjestelmään ja yhteiskuntaan sijoittumisessa onkin edelleen monia haasteita ja avoimia kysymyksiä (Tourunen 2009, Mikkonen 2012).

5. KOKEELLINEN OSA

5.1 Tutkimusongelma

Tutkimuksen päätavoitteena oli selvittää, minkälaista on oheiskäyttö korvaushoidon aikana sekä kuinka paljon korvaushoidossa olevat käyttävät korvaushoitolääkettään pistämällä ja myyvät sitä eteenpäin. Oheiskäytön, pistoskäytön ja korvaushoitolääkkeiden levittämisen osalta selvitettiin alakysymyksinä seuraavia asioita:

- Kuinka yleistä oheiskäyttö on, mitä päihteitä korvaushoidon aikana käytetään ja missä määrin. Miten oheiskäyttö riippuu sukupuolesta, hoidon kestosta, korvaushoitolääkkeestä ja koetusta tuen saannista.
- Kuinka yleistä päihteiden pistoskäyttö on, mitä päihdyttäviä lääkkeitä (ml. korvaushoitolääkkeet) pistetään useimmin, mistä lääkkeet ovat peräisin, mistä pistosvälineet hankitaan, ja koetaanko pistoskäyttö ongelmaksi. Miten pistoskäyttö riippuu sukupuolesta, hoidon kestosta, korvaushoitolääkkeestä ja koetusta tuen saannista.
- Myyvätkö tai antavatko potilaat korvaushoitolääkkeitään eteenpäin, jos niin minne ja mistä syystä.

5.2 Tutkimuksen aineisto ja menetelmät

Tutkimuksen kokeellinen osa koostui kyselytutkimuksesta, jossa kartoitettiin korvaushoidossa olevien potilaiden oheiskäyttöä ja pistoskäyttämistä (Liite 1. Kyselytutkimus hoitokäytäntöjen parantamiseksi). Tutkimus toteutettiin touko–kesäkuussa 2013 Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) ja Helsingin yliopiston (HY) yhteistyönä. Kyselylomake lähetettiin toukokuussa 2013 jokaiseen THL:n tiedossa olevaan korvaushoitoa toteuttavaan yksikköön⁴, joita oli 206. Kyselylomake jaettiin yksiköissä kaikille korvaushoitopotilaille täytettäväksi paikan päällä. Potilaat palauttivat lomakkeet nimettöminä suljetuissa, sinetöidyissä kuorissa henkilökunnalle, joka edelleen toimitti avaamattomat kuoret THL:een kesäkuun 2013 loppuun mennessä. Kyselylomakkeessa tuotiin esille, että kyselyyn vastataan nimettömänä, eikä tietoja vastaajista luovuteta hoitopaikoihin. Muistutuskierrosta ei ollut tarve tehdä, sillä vastauksia tuli hoitoyksiköistä kiitettävästi.

⁴ Kyselyä ei kuitenkaan lähetetty vankeinhoitolaitoksiin (9 yksikköä), koska tämä olisi vaatinut laajemman lupamenettelyn. Näin ollen jäljelle jäi 206 yksikköä.

Vastaukset tallennettiin SPSS 21.0 -ohjelmistolla kesä-heinäkuussa 2013 ja analysoitiin elokuussa 2013. Aineiston kuvailuun käytettiin frekvenssejä, prosenttiosuuksia, keskiarvoja, vaihteluvälejä ja keskihajontaa. Luokitteluasteikollisten muuttujien välisiä eroja testattiin tilastollisesti Pearsonin χ^2 -testillä.

Kyselytutkimuksen suorittamisessa ei ollut eettistä ongelmaa. Lomakkeet täytetään nimettömänä ilman tunnistetietoja, joten vastauksia ei voida yhdistää vastanneisiin henkilöihin. Tutkimukseen saatiin lupa THL:n tutkimuseettiseltä toimikunnalta.

5.3 Tulokset

Vastauksia saapui yhteensä 1 508 kappaletta. Korvaushoidossa on viimeisimpien tietojen mukaan 2 439 potilasta (STM 2012), joten vastaukset edustavat vuoden 2012 tiedoin noin 62 % kaikista Suomen korvaushoitopotilaista. Lomakkeita lähetettiin kuhunkin yksikköön varmuuden vuoksi myös ylimääräisiä (1–10 potilasta + 2 lomaketta, yli 10 potilasta + 10 %), koska potilasmäärät perustuivat vuoden 2011 (STM 2012) tietoihin. Kaikkiaan lomakkeita lähetettiin 2 512 kappaletta, joten lähetettyjen lomakkeiden pohjalta laskettuna vastausprosentti oli noin 60 %. Kaikista yksiköistä (206) kyselyyn vastasi 170 eli noin 83 %. Osa yksiköistä palautti tyhjästä lomakkeet, jos hoidossa ei ollut potilaita.

Tähän syventävään opinnäytetyöhön otettiin aikataulusyistä 1 508 vastauksesta mukaan 1 041 ensimmäistä vastausta, jotka edustavat noin 69 % kaikista saapuneista vastauksista. Vastaukset edustavat monipuolisesti isoja kaupunkeja ja pieniä kuntia sekä suuria ja pieniä hoitoyksiköitä ympäri Suomen, joten niiden voidaan katsoa kuvaavan varsin hyvin koko vastaajajoukkoa.

5.3.1 Potilaiden perustiedot

Potilaista lähes kaksi kolmasosaa oli miehiä ja loput naisia (taulukko 7). Potilaiden keski-ikä oli 34 vuotta (keskihajonta 7,0 ja vaihteluväli 19–60 v). Suurin ikäryhmä oli 30–34-vuotiaat.

TAULUKKO 7. Opioidikorvaushoidossa olevien potilaiden sukupuoli- ja ikäjakauma

Sukupuoli (n = 1 030)		
Mies	68 %	(702)
Nainen	32 %	(328)
Yhteensä	100 %	(1 030)

Ikä (n = 1 031)		
19–29	27 %	(278)
30–34	32 %	(328)
35–39	22 %	(226)
≥40	19 %	(199)
Yhteensä	100 %	(1 031)

Korvaushoidossa olevien hoidon kesto oli keskimäärin 45 kuukautta eli hieman vajaa neljä vuotta (keskihajonta 39,0 ja vaihteluväli 0,5–216 kuukautta eli noin 0–18 vuotta). Hoidon kesto luokiteltiin taulukon 8 mukaisesti, jotta myöhemmin voitiin tarkastella keston yhteyttä oheiskäyttöön.

TAULUKKO 8. Opioidikorvaushoidossa olevien hoidon kesto kesäkuussa 2013 (n = 990)

Hoidon kesto		
< 6 kk	9 %	(86)
6–11 kk	10 %	(102)
12–23 kk (1–2 v)	16 %	(159)
24–35 kk (2–3 v)	16 %	(158)
36–59 kk (3–5 v)	19 %	(188)
60–83 kk (5–7 v)	12,5 %	(124)
≥ 84 kk (≥ 7 v)	17,5 %	(173)
Yhteensä	100 %	(990)

TAULUKKO 9. Opioidikorvaushoitopotilaiden sijoittuminen yksiköittäin (n = 1 041)

Opioidikorvaushoitopaikka		
Terveyskeskus	23 %	(242)
A-klinikka/ K-klinikka	66 %	(687)
Erikoissairaanhoito	8 %	(85)
Muu	3 %	(27)
Yhteensä	100 %	(1 041)

Taulukosta 9 nähdään korvaushoitopotilaiden sijoittuminen eri yksiköihin. Verrattuna vuoden 2011 tietoihin (STM 2012) korvaushoitopaikkojen jakauma on samansuuntainen, vaikkakin luokittelu STM:n tiedoissa on hieman erilainen⁵. Voidaan kuitenkin todeta, että tässä tutkimuksessa analysoidut vastaukset (1 041 eli 69 % koko vastausmäärästä 1 508) edustavat korvaushoitopotilasjoukkoa varsin kattavasti ja eheästi myös yksiköittäin tarkasteltuna.

Korvaushoitopotilaiden vastausten perusteella yleisin korvaushoitolääke oli Suboxone® (65 %) ja seuraavaksi yleisin metadoni (31 %). Edelleen myös Subutex® oli joillain (2 %) käytössä korvaushoitolääkkeenä. Suboxonen® keskimääräinen annos oli 14,9 mg/pv (vaihteluväli 1,0–30,0 mg/pv, keskihajonta 5,0), metadonin keskimääräinen annos 93,7 mg/pv (vaihteluväli 2,0–255,0 mg/pv, keskihajonta 40,5) ja Subutexin® keskimääräinen annos 12,3 mg/pv (vaihteluväli 2,0–24,0 mg/pv, keskihajonta 4,9). Vaihteluvälit annoksissa olivat varsin suuria, mikä johtunee muun muassa eroista aloitusannoksissa, vakiintuneissa annoksissa ja kuntoutus-/vieroitusvaiheen annoksissa.

TAULUKKO 10. Opioidikorvaushoitopotilaiden korvaushoitolääke (n = 1 034)

Opioidikorvaushoitolääke		
Suboxone®	65 %	(675)
Metadoni	31 %	(321)
Subutex®	2 %	(19)
Useita	2 %	(15)
Temgesic®	0 %	(3)
Yhteensä	100 %	(1 034)

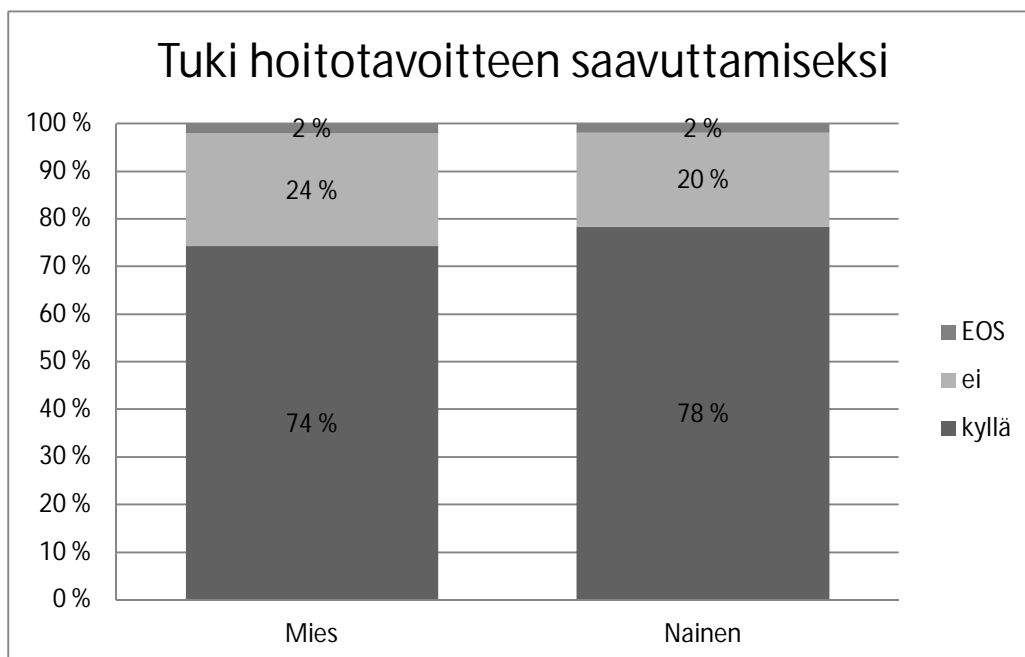
Sosiaali- ja terveysministeriön (STM 2012) vuoden 2011 tietoihin (Suboxone® 58 %, Subutex® 4 % ja metadoni 38 %) verrattuna korvaushoitolääkkeiden osuuksissa on jonkin verran eroa. Vastausten perusteella Suboxonen® osuus korvaushoitolääkkeenä olisi hieman kasvanut ja vastaavasti metadonin laskenut. Vastaajista 2 % ilmoitti saavansa kahta korvaushoitolääkettä, usein Suboxonea® ja Subutexia®, samalla annostuksella. Kahden lääkkeen ilmiö voi selittyä monellakin tapaa. Esimerkiksi korvaushoidon alussa lääkkeenä on voinut olla Subutex®, mutta yhdistelmävalmistee-

⁵ STM 2012: korvaushoitopotilaiden sijoittuminen yksiköittäin: terveyskeskus (20,5 %), päihdehuollon erityispalvelu (66,6 %), erikoissairaanhoido (11,3 %) ja vankilan terveydenhuolto (1,6 %).

seen siirtymisen myötä Suboxone®. On myös mahdollista, että aiemmalla hoitotavalla lääkitys on ollut eri, mutta potilas on halunnut ilmoittaa kaikki käytössä olleet lääkkeet.

Korvaushoitopotilaista suurin osa (76 %) koki saavansa tarpeeksi tukea hoitotavoitteen saavuttamiseksi, viidesosa (22 %) koki, ettei saa tarpeeksi tukea ja loput (2 %) eivät osanneet sanoa kantansa. Sukupuolten näkemykset tuen saamisesta olivat kuvion 1 mukaisesti samansuuntaiset. Miesten ja naisten näkemysten välillä ei esiintynyt tilastollisesti merkittävää eroa koetun tuen saannin osalta ($p = 0.353$).

Niiden, jotka kokivat jääneensä vaille tukea, oli vastauksessa mahdollisuus ilmaista tukitoiveensa tarkemmin. Avovastauksissa tuotiin esiin muun muassa toiveita keskusteluista, psykoterapiasta, yhteisestä toiminnasta, henkilökunnan luottamuksesta ja paremmasta mahdollisuudesta tavata lääkäriä. Lisäksi joukossa oli myös toiveita korvaushoitoannoksen nostamisesta tai vieroittautumisesta. Tässä tutkimuksessa ei kuitenkaan tarkemmin analysoida tukikysymyksen avovastauksia.



KUVIO 1. Sukupuolten kokemus riittävästä tuesta hoitotavoitteen saavuttamiseksi (n = 1 008)

Apteekkisopimuksen piirissä muiden lääkkeiden kuin korvaushoitolääkkeen osalta oli potilaista puolet (50 %). Korvaushoitolääkettä (Suboxone®) ilmoitti saavan apteekkisopimuksella 92 potilasta (9 %). Verrattuna edellisen vuoden (2012) määrään korvaushoitolääkkeensä apteekkisopi-

muksella saavista ⁶ on vastauksissa päästy lähestulkoon samalle tasolle, eli korvaushoitopotilaiden omat ilmoitukset näyttävät pitävän varsin hyvin paikkansa.

TAULUKKO 11. Opioidikorvaushoitopotilaat ja apteekkisopimus (n = 1 001)

Oletko apteekkisopimuskäytännön piirissä		
En ole apteekkisopimuksen piirissä	37 %	(374)
Olen, saan sopimuksella Suboxonea®	3 %	(30)
Olen, saan sopimuksella muun lääkitykseni	50 %	(499)
Olen, saan sopimuksella sekä Suboxonen® että muun lääkitykseni	6 %	(62)
Vastaus epäselvä	4 %	(36)
Yhteensä	100 %	(1 001)

Mainittakoon, että kysymys apteekkisopimuksesta näytti kuitenkin olevan hankala osalle vastaajista. Potilaista 4 %:lla vastaus oli epäselvästi tulkittavissa, koska rasti oli laitettu useampaan ruutuun. Lisäksi ainakin yhdestä isosta hoitoyksiköstä ilmoitettiin, että kysymys tuotti potilaille hankaluksia ja apteekkisopimuksen käsite koettiin epäselväksi.

Apteekkisopimuskysymyksen vastauksissa nousi hieman yllättäen esiin myös järjestely, jossa potilaat ilmoittivat saavansa korvaushoitolääkettään (Suboxone®) apteekkisopimuksella, mutta ottavansa lääkkeet kuitenkin vasta hoitoyksikössä. Tämän potilaat olivat kirjanneet itsenäisesti vastauskaavakeisiin. Käytännössä kyse on ilmiöstä, jossa kunnat siirtävät korvaushoidon kustannuksia Kelalle apteekkisopimuksen kautta. Voidaan pohtia, onko tällainen järjestely yleensä, mutta eritoten potilaan kannalta, oikea tapa toimia.

5.3.2 Päihteiden ja lääkkeiden käyttö

Päihteiden ja lääkkeiden käyttöä viimeisen kuuden kuukauden aikana koskevaan kysymykseen vastasi 1 009 henkilöä eli noin 97 % kaikista analysoiduista kyselyyn vastanneista (n = 1 041). Vastaukset jakautuivat eri päihteiden välillä taulukon 12 mukaisesti:

⁶ Vuonna 2012 Suboxonea® sai apteekkisopimuksella 175 potilasta eli 7,3 % kaikista korvaushoitopotilaista (STM 2012).

TAULUKKO 12. Päihde- ja lääkekäyttö viimeisen 6 kuukauden aikana (n = 1 009)

Päihde- ja lääkekäyttö viimeisen 6 kk:n aikana	Frekvenssi	Osuus (%) vastausten kesken*	Osuus (%) vastaajista
Alkoholi	602	29 %	60 %
Kannabis	337	16 %	33 %
Muut huumeet	243	12 %	24 %
Lääkärin PKV-lääkkeet	458	22 %	45 %
Muualta PKV-lääkkeet	318	15 %	32 %
Vain korvaushoitolääke	116	6 %	12 %
Yhteensä	2 074	100 %	206 % **

* = Kuvaa sitä, miten vastaukset jakautuivat eri päihteiden /lääkkeiden välillä.

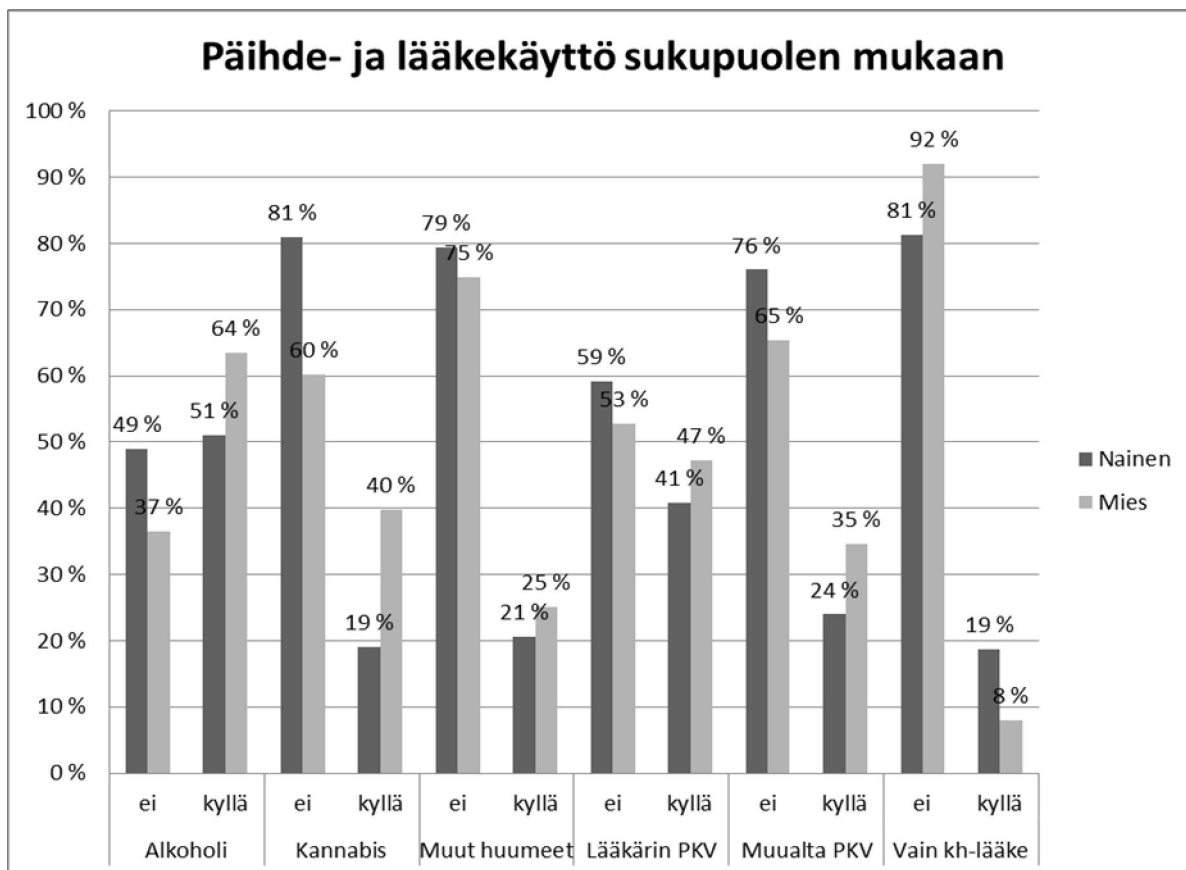
** = Vastaukseen oli mahdollista valita useampi vaihtoehto, minkä vuoksi sarakkeen summa ylittää 100 %:a.

Taulukosta 12 nähdään, että alkoholi ja lääkärin määräämät PKV-lääkkeet olivat yleisimmin käytettyjä aineita oman korvaushoitolääkkeen ohella (60 % ja 45 % vastaajista). Kannabista oli käyttänyt kolmasosa (33 %) ja muualta kuin lääkäriltä saatuja PKV-lääkkeitä niin ikään kolmasosa (32 %) vastaajista. Muita huumeita oli käyttänyt hieman yli viidesosa (24 %) vastaajista. Vain korvaushoitolääkettä käyttäneiden osuus oli 12 %, toisin sanoen 88 % ilmoitti käyttävänsä vähintään jotain listan päihteitä tai lääkkeitä. Huomattakoon kuitenkin, että alkoholin ja lääkärin määräämien PKV-lääkkeiden käyttöä ei ole syytä mieltää hoidon aikaiseksi oheiskäytöksi, mikäli niitä käytetään lääkärin määrääminä oikeina annoksina, ja niiden käyttö ei ole hoidon kannalta haittaavaa.

”Vain korvaushoitolääke” noteerattiin vastaukseksi ainoastaan silloin, kun henkilö ei ollut ilmoittanut käyttäneensä mitään listan päihteitä tai lääkkeitä (alkoholi, kannabis, muut huumeet sekä lääkärin määräämät tai muualta saadut PKV-lääkkeet) viimeisen kuuden kuukauden aikana. Näin ollen ”vain korvaushoitolääke” kuvaa niiden määrää, joilla ei ilmoituksen perusteella ole ollut minkäänlaista päihteiden tai lääkkeiden käyttöä. Haittaavaa oheiskäyttöä sopii kuitenkin tarkastella paremmin yksittäinen päihde (kannabis, huumeet ja muualta saadut PKV-lääkkeet) kerrallaan, kuten seuraavissa tarkasteluissa on tehty.

Korvaushoidon aikaista päihteiden ja lääkkeiden käyttöä tarkasteltiin lähemmin selvittämällä, miten eri päihteiden ja lääkkeiden käyttö riippuu sukupuolesta, korvaushoitolääkkeestä (Suboxo-

ne®/metadoni), korvaushoidon kestosta ja koetusta tuen saamisesta. Kuviossa 2 on esitetty, miten korvaushoidon aikainen päihteiden ja lääkkeiden käyttö viimeisen 6 kuukauden aikana jakautui sukupuolen mukaan.



KUVIO 2. Päihde- ja lääkekäyttö viimeisen 6 kuukauden aikana sukupuolen mukaan (n = 1 005)

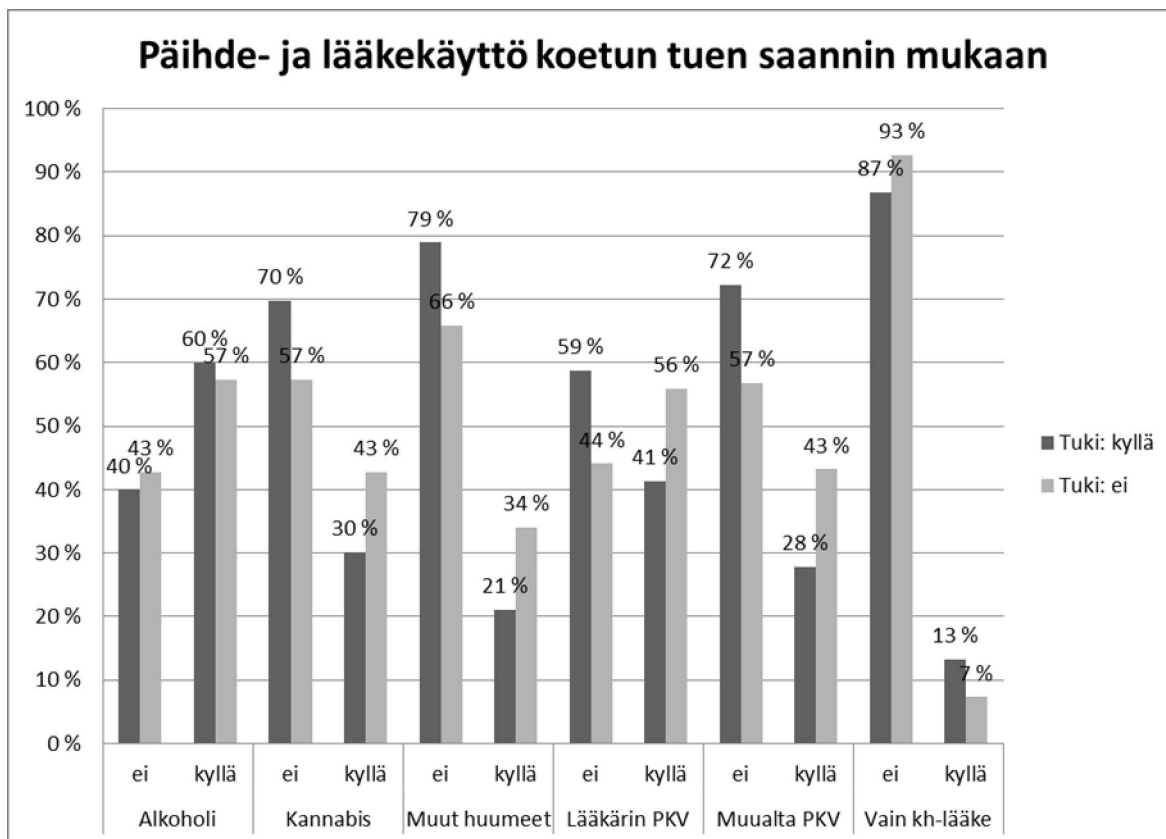
Tarkastelussa havaittiin, että sukupuolen ja käytetyn päihteen välillä löytyi tilastollisesti merkittävä riippuvuus alkoholin, kannabiksen, muualta saatujen PKV-lääkkeiden ja vain korvaushoitolääkkeen käytöllä. Miehillä oli tilastollisesti merkittävästi enemmän alkoholin ($\chi^2 = 13.850$, $df = 1$, $p < 0.001$), kannabiksen ($\chi^2 = 42.510$, $df = 1$, $p < 0.001$) ja muualta kuin lääkäriltä saatujen PKV-lääkkeiden ($\chi^2 = 11.560$, $df = 1$, $p = 0.001$) käyttöä. Naisilla taas oli tilastollisesti merkittävästi enemmän vain oman korvaushoitolääkkeen käyttöä ($\chi^2 = 24.465$, $df = 1$, $p < 0.001$) eli vähemmän päihteiden ja lääkkeiden käyttöä.

Kun tarkasteltiin päihde- ja lääkekäyttöä korvaushoitolääkkeen (Suboxone®/metadoni) suhteen havaittiin, että metadonia korvaushoitolääkkeenään saavilla oli tilastollisesti merkittävästi enemmän kannabiksen ($\chi^2 = 33.719$, $df = 1$, $p < 0.001$), muiden huumeiden ($\chi^2 = 10.010$, $df = 1$, $p = 0.002$) ja muualta kuin lääkäriltä saatujen PKV-lääkkeiden ($\chi^2 = 14.265$, $df = 1$, $p < 0.001$) käyttöä. Tässä on kuitenkin huomioitava, että kyseessä ei todennäköisesti ole seuraus, vaan metado-

nia käytetään yleisimmin korvaushoitolääkkeenä silloin, kun potilaalla on ennestään pitkä päihdehistoria tai pistoskäyttöä. Alkoholin ($p = 0.037$), lääkärin määräämien PKV-lääkkeiden ($p = 0.107$) ja vain korvaushoitolääkkeen ($p = 0.229$) käytön suhteen korvaushoitolääkkeellä ei ollut tilastollisesti merkittävää eroa.

Tarkasteltaessa päihde- ja lääkekäyttöä korvaushoidon keston (luokittelu, taulukko 8) suhteen, havaittiin, että korvaushoidon kestolla ei ollut tilastollisesti merkittävää yhteyttä viimeisen kuuden kuukauden aikaiseen päihteiden ja lääkkeiden käyttöön. Hoidon kestolla ei ollut tilastollisesti merkittävää vaikutusta alkoholin ($p = 0.660$), kannabiksen ($p = 0.301$), muiden huumeiden ($p = 0.099$), lääkärin määräämien PKV-lääkkeiden ($p = 0.009$), muualta saatujen PKV-lääkkeiden ($p = 0.934$) tai vain oman korvaushoitolääkkeen ($p = 0.038$) käyttöön. Tässä yhteydessä tulee huomioida, että kysymys ei anna tarkemmin vastausta siihen, kuinka säännöllistä näiden aineiden käyttö on viimeisen kuuden kuukauden aikana ollut – päihteiden tai lääkkeiden käyttö on voinut olla joko kertaluontoista tai päivittäistä. Lisäksi tulee muistaa, että opioidikorvaushoidolla tähdätään lähtökohtaisesti opioidien käytön vähenemiseen.

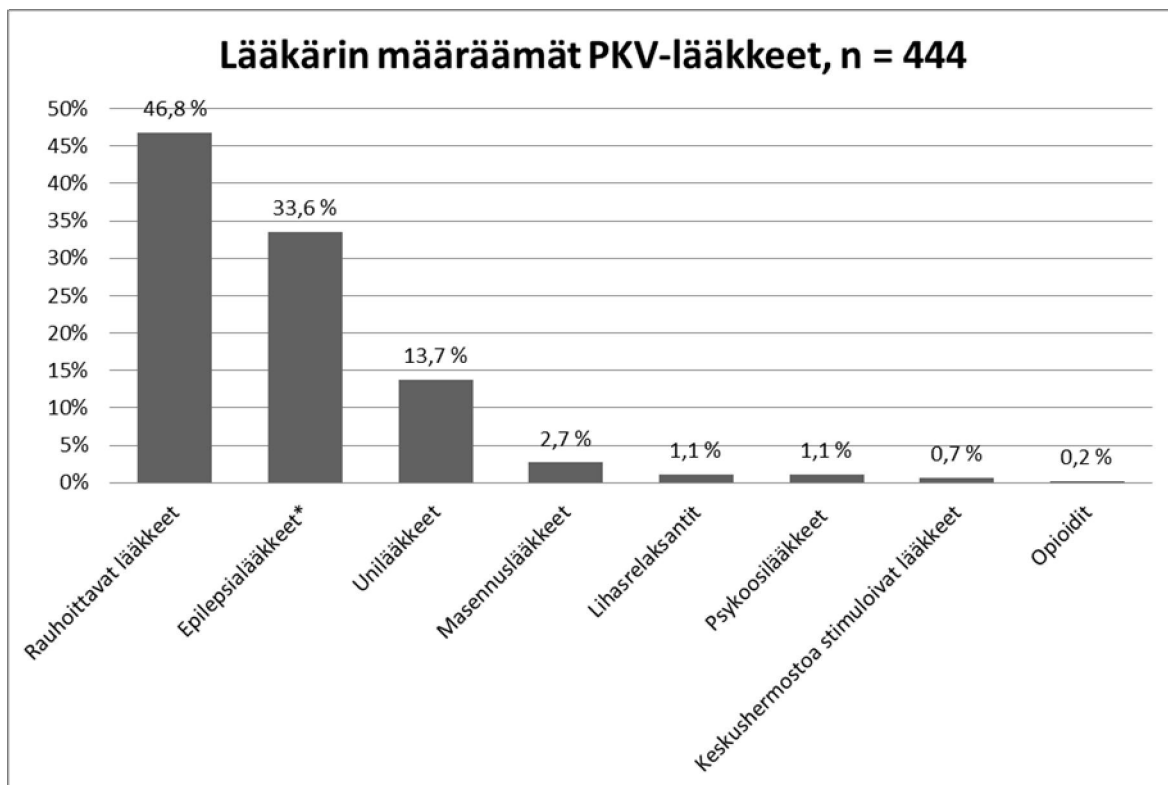
Viimeiseksi tarkasteltiin päihde- ja lääkekäyttöä sen suhteen, kokeeko potilas saavansa tarpeeksi tukea hoitotavoitteen saavuttamiseksi. Päihteiden käytön osuudet koetun tuen saannin suhteen on esitetty kuviossa 3. Ne jotka kokivat, etteivät saa tarpeeksi tukea hoitotavoitteen saavuttamiseksi, käyttivät tilastollisesti merkittävästi enemmän kannabista ($\chi^2 = 12.649$, $df = 2$, $p = 0.002$), muita huumeita ($\chi^2 = 15.972$, $df = 2$, $p < 0.001$), lääkärin määräämiä PKV-lääkkeitä ($\chi^2 = 16.425$, $df = 2$, $p < 0.001$) ja muualta saatuja PKV-lääkkeitä ($\chi^2 = 18.749$, $df = 2$, $p < 0.001$) kuin ne, jotka kokivat saavansa tarpeeksi tukea. Tukea saavista potilaista 13 % ilmoitti käyttäneensä vain korvaushoitolääkettään, kun tukea vaille jääneistä potilaista näin ilmoitti vain 7,5 %. Ero ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkittävä ($p = 0.057$).



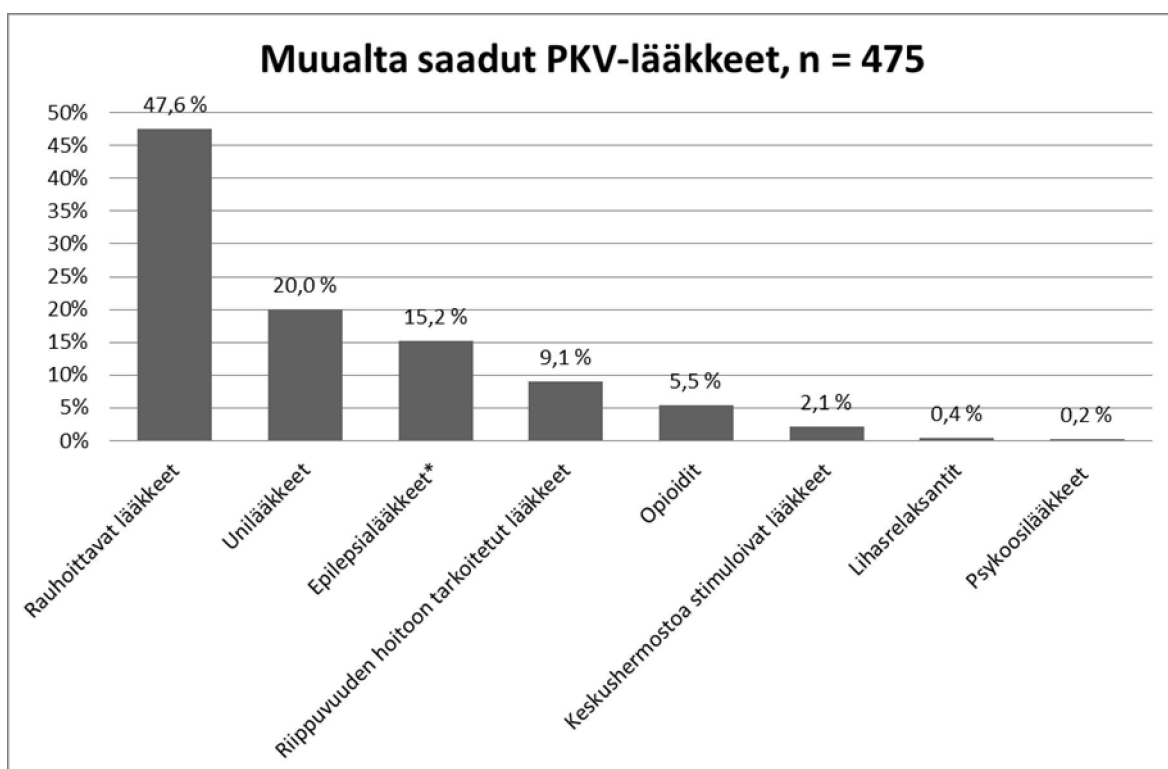
KUVIO 3. Päihde- ja lääkekäyttö koetun tuen saannin mukaan (n = 965)

Päihdeiden ja lääkkeiden käyttöä koskevassa kysymyksessä pyydettiin avovastauksin täsmentämään käytössä olevia muita huumeita sekä lääkärin määräämiä tai muualta saatuja PKV-lääkkeitä. Koska huumeiden (24 %), lääkärin määräämien PKV-lääkkeiden (45 %) ja muualta saatujen PKV-lääkkeiden (32 %) käyttö oli varsin yleistä (taulukko 12), haluttiin selvittää tarkemmin, mistä nämä koostuvat. Avovastaukset analysoitiin ja lääkkeet luokiteltiin lääkeryhmiin Duodecimin lääketietokannan mukaisesti.

Lääkärin määräämiä PKV-lääkkeitä kirjattiin avovastauksista 444 ja muualta kuin lääkäriltä saatuja PKV-lääkkeitä 475. Lääkkeet jakautuivat lääkeryhmiin kuvion 4 (Lääkärin määräämät PKV-lääkkeet) ja kuvion 5 (Muualta saadut PKV-lääkkeet) mukaisesti.



KUVIO 4. Lääkärin määräämät PKV-lääkkeet ja niiden jakautuminen lääkeryhmittäin (n = 444)



KUVIO 5. Muualta saadut PKV-lääkkeet ja niiden jakautuminen lääkeryhmittäin (n = 475)

* Osa epilepsialääkkeet-ryhmän lääkkeitä voidaan luokitella myös kipulääkkeiksi (neuropaattinen kipu).

Kuten kuviosta 4 ja 5 huomataan, rauhoittavien lääkkeiden käyttö on korvaushoidossa olevilla hyvin yleistä, mikä toistaa aiemmissa tutkimuksissa saatuja tuloksia (mm. Vorma ym. 2005 ja Vorma ym. 2009). Tulokset vahvistavat sitä käsitystä, että monilla korvaushoitopotilailla on riippuvuutta erilaisiin lääkeaineisiin, etenkin bentsodiatsepiineihin. Koska bentsodiatsepiinit vaikuttavat korvaushoidossa kuntoutumiseen heikentävästi, olisi niiden käyttöön aiheellista tarttua nykyistä enemmän – joskin on tiedossa, että kaikkien potilaiden kohdalla tähän ei päästä.

Käytettyjä huumeita kirjattiin avovastauksista yhteensä 239. Suurimman osan maininnoista sai amfetamiini (74 %), muita mainittuja huumeita olivat MDPV (4 %), sienet (3 %), fentanyyli (2 %), ekstaasi (3 %), heroiini (3 %), MDMA (2 %), etyylifenidaatti (2 %) ja muut⁷ (kukin 1 %). Löydökset ovat yhteneväisiä aiempien tutkimusten kanssa (esim. Vorma ym. 2005, Vorma ym. 2009 ja Tourunen ym. 2009) ja etenkin amfetamiinin yleisyys huumeikäytössä tulee maininnoissa (n = 199) esiin hyvin selkeästi.

5.3.3 Pistoskäyttö

Kyselylomakkeen avulla selvitettiin myös korvaushoidossa olevien pistoskäyttäytymistä. Kysymykseen oletko käyttänyt pistämällä suoneen tai lihakseen viimeisen kuuden kuukauden aikana vastasi 942 korvaushoitopotilasta, mikä on 90,5 % koko vastaajajoukosta (1 041). Vastaajista yli puolet (67 %, 626) ilmoitti, ettei ole pistänyt suoneen tai lihakseen viimeisen kuuden kuukauden aikana, kun taas hieman yli kolmannes (34 %, 316) ilmoitti pistäneensä.

Tämän lisäksi 84 potilaan kohdalla voitiin tehdä arvio siitä, tapahtuuko pistämistä todennäköisesti vai ei. Arviot tehtiin koko lomakkeen vastausten perusteella. Tyhjäksi jätettyyn pistoskysymykseen voitiin arvioida vastaukseksi ”todennäköisesti kyllä”, jos vastaaja lomakkeen toisella sivulla ilmaisi selvästi kuuden kuukauden aikaisesta pistoskäytöstään, tai ”todennäköisesti ei”, jos vastaaja oli siirtynyt suoraan kysymykseen 20 (ks. lomakkeen ohjeistus, liite 1), eikä hänellä ollut muuta huumeiden käyttöä. Näin saatiin vähennettyä pistoskäyttökysymyksen tyhjien vastausten määrää, kun mahdollinen pistoskäyttö oli pääteltävissä muiden vastausten pohjalta. Myöhemmissä tarkasteluissa pistoskäytön ja taustamuuttujien (sukupuoli, hoidon kesto, korvaushoitolääke, koettu tuen saanti hoidossa) välillä käytettiin kuitenkin vain pelkkiä kyllä tai ei -vastauksia.

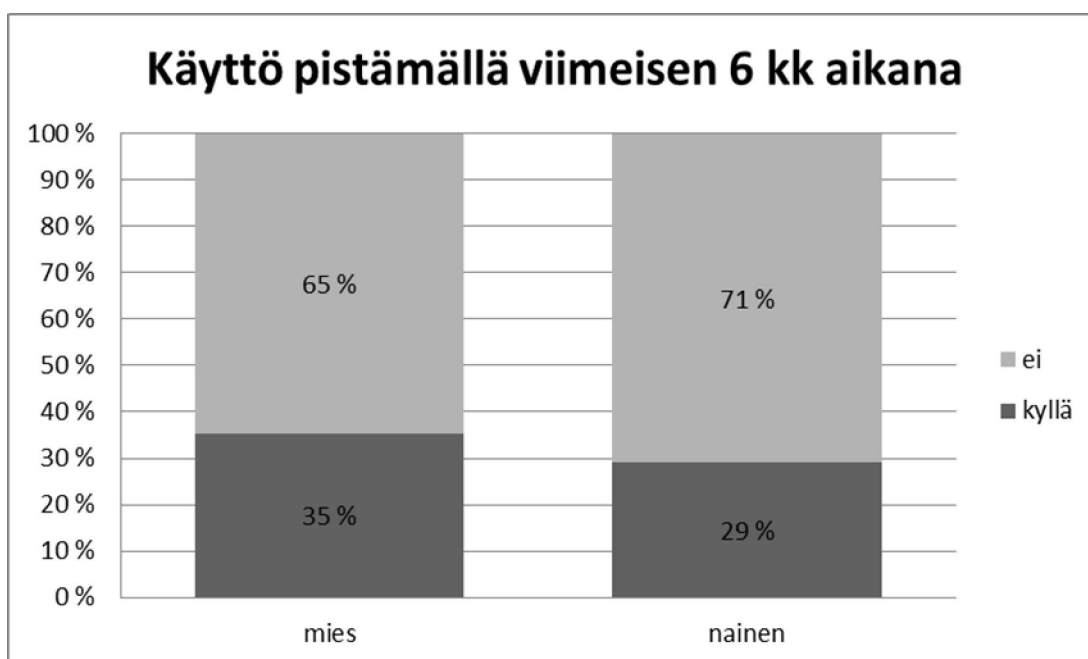
Kun todennäköiset tapaukset otetaan huomioon, vastaukset jakautuivat taulukon 13 mukaisesti:

⁷ metadoni (3), kokaiini (2), LDS (2), lakka (2), muuntohuumeet (2), metyyylifenidaatti (2), ilokaasu (1), oopium (1), testikemikaali (1) ja ketamiinihappo (1). Suluissa mainintojen lukumäärä.

TAULUKKO 13. Pistoskäyttö viimeisen 6 kuukauden aikana (n = 1 026)

Pistoskäyttöä viimeisen 6 kuukauden aikana		
Ei	61 %	(626)
Kyllä	31 %	(316)
Todennäköisesti ei	6 %	(56)
Todennäköisesti kyllä	3 %	(28)
Yhteensä	100 %	(1 026)

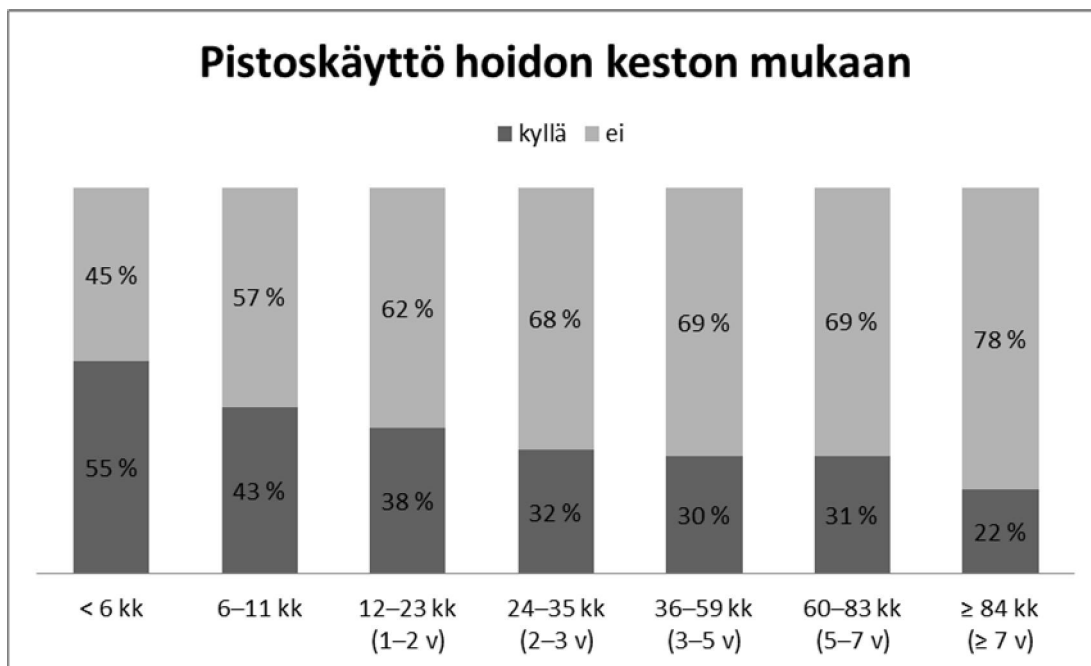
Pistoskäyttöä tarkasteltiin lisäksi sukupuolen, korvaushoitolääkkeen, korvaushoidon keston ja koetun tuen saannin suhteen. Kuvion 6 mukaisesti miehet pistivät hieman naisia useammin (35 % vs. 29 %), mutta sukupuolten välillä ei esiintynyt merkittävää eroa pistoskäytössä ($p = 0.057$).



KUVIO 6. Käyttö pistämällä viimeisen 6 kuukauden aikana sukupuolen mukaan (n = 934)

Korvaushoitolääkkeenä Suboxonea® saavista potilaista 31 % (193) oli käyttänyt pistämällä suoneen tai lihakseen viimeisen kuuden kuukauden aikana, kun metadonia saavista vastaava luku oli 40 % (112). Näitä kahta korvaushoitolääkettä saavien potilaiden välillä ei kuitenkaan esiintynyt tilastollisesti merkittävää eroa pistoskäytön suhteen ($p = 0.012$).

Korvaushoidon keston suhteen pistoskäytössä havaittiin kuitenkin selkeä ero (kuvio 7).



KUVIO 7. Pistoskäyttö viimeisen 6 kuukauden aikana suhteessa korvaushoidon keston (n = 935)

Kuten kuviosta 7 voidaan huomata, pistoskäyttö väheni korvaushoidon keston mukaan. Pistoskäytön havaittiin olevan tilastollisesti merkittävästi riippuvainen hoidon keston (χ² = 32.338, df = 6, p < 0.001), eli korvaushoito näyttää vähentävän pistoskäyttöä. Tulos puhuu sen puolesta, että korvaushoidolla saavutetaan merkittäviä vaikutuksia, kun otetaan huomioon kaikki pistoskäytön aiheuttamat terveysriskit.

Tarkasteltaessa pistoskäyttöä koetun tuen saannin suhteen ilmeni, että pistoskäyttö on tilastollisesti merkittävästi (χ² = 27.479, df = 2, p < 0.001) yleisempää niillä potilailla, jotka kokivat, etteivät saa tarpeeksi tukea hoitotavoitteen saavuttamiseksi. Näillä potilailla pistoskäyttöä viimeisen kuukauden aikana oli 49 %:lla, kun taas tarpeeksi tukea saavilla pistoskäyttöä oli vain 29 %:lla.

Pistoskäyttöä raportoineilta potilailta selvitettiin tarkemmin tähän liittyviä tekijöitä (kyselylomakkeen kysymykset 11–19, liite 1). Kuten aiemmin todettiin, pistäviä potilaita oli vastaajista 316, minkä lisäksi voitiin päätellä 28 potilaan pistävän todennäköisesti (316/ 344).

Kysymykseen oman korvaushoitolääkkeen pistämisestä vastasi 340 potilasta. Heistä suurin osa (82 %) ilmoitti, ettei pistä omaa korvaushoitolääkettään (taulukko 14). Sukupuolella (p = 0.238), korvaushoidon keston (p = 0.487) ja koetulla tuen saannilla (p = 0.958) ei ollut tilastollisesti mer-

kittävää vaikutusta oman korvaushoitolääkkeen pistämiseen. Korvaushoitolääkkeellä puolestaan oli; Suboxonea® korvaushoitolääkkeenä saavista potilaista 26 % oli pistänyt omaa korvaushoitolääkettään viimeisen kuuden kuukauden aikana, kun metadonia saavista potilaista vain 5 % ilmoitti pistäneensä. Ero oli tilastollisesti merkittävä ($\chi^2 = 22.749$, $df = 1$, $p < 0.001$). Ilmiö selittyi sillä, että metadoni soveltuu huonommin suonensisäiseen käyttöön muun muassa siksi, että sitä monesti annostellaan korvaushoitopaikoista laimennettuna. Lisäksi on tiedossa, että metadonin koetaan vaikuttavan paremmin suun kautta nautittuna (Kaarlo Simojoki, henkilökohtainen tiedonanto).

TAULUKKO 14. Oman korvaushoitolääkkeen pistäminen viimeisen 6 kuukauden aikana (n = 340)

Oman korvaushoitolääkkeen pistäminen viimeisen 6 kuukauden aikana		
En ole pistänyt omaa korvaushoitolääkettä	82 %	(280)
Pistän korvaushoitolääkettäni säännöllisesti	5 %	(17)
Pistän korvaushoitolääkettäni harvemmin kuin kerran kuussa	13 %	(43)
Yhteensä	100 %	(340)

Muiden päihdyttävien aineiden pistämistä koskevaan kysymykseen vastasi 296 potilasta. Heistä 46 % (136) ilmoitti pistäneensä muita päihdyttäviä lääkkeitä suoneen tai lihakseen viimeisen kuuden kuukauden aikana harvemmin kuin kerran kuussa, 21 % (62) säännöllisesti ja 33 % (98) ei ollenkaan. Käytännössä siis valtaosa (67 %) kysymykseen vastaajista on pistänyt päihdyttäviä lääkkeitä ainakin jossain määrin viimeisen kuuden kuukauden aikana.

Tämän lisäksi 25 vastaajan kohdalla oli pääteltävissä vastausten 14–15 (pistämisen syy ja pistettävät lääkkeet) perusteella, että pistämistä tapahtuu, vaikka itse pistokysymykseen ei ollut vastattu⁸. Kun nämä tapaukset otetaan huomioon, vastaukset jakautuivat taulukon 15 mukaisesti:

⁸ Kaikista kysymykseen myöntävästi vastanneista 38 henkilön kohdalla on mahdollista, että kysymykseen on vastattu huumeiden käytön (ei lääkkeiden) pohjalta, sillä käytettyjen lääkkeiden kohdalle (kysymys 15) oli kirjattu vain huumausaine (esim. amfetamiini).

TAULUKKO 15. Muiden päihdyttävien lääkkeiden pistäminen viimeisen 6 kk aikana (n = 321)

Muiden päihdyttävien lääkkeiden pistäminen viimeisen 6 kuukauden aikana		
En ole pistänyt	31 %	(98)
Olen pistänyt harvemmin kuin kerran kuussa	42 %	(136)
Olen pistänyt säännöllisesti	19 %	(62)
Olen pistänyt (arvioitu)	8 %	(25)
Yhteensä	100 %	(321)

Tarkasteltaessa muiden päihteiden pistoskäyttöä sukupuolen, korvaushoitolääkkeen, korvaushoidon keston ja koetun tuen saannin suhteen, ei näissä havaittu tilastollisesti merkittävää vaikutusta pistoskäyttöön ($p = 0.411$, $p = 0.842$, $p = 0.748$, $p = 0.240$). Päihdyttävien aineiden pistämiseen liittyvässä kysymyksessä 15 kartoitettiin yleisimmin pistettyjä huumaavia lääkkeitä. Eniten mainintoja saaneita lääkkeitä olivat: Dormicum® (49), Subutex® (29), Oxycontin® (8), Tenox® (4), Concerta® (4), bentsodiatsepiinit (3), Suboxone® (3), fentanyyli (2), Lyrica® (2) ja Stella® (2). On tiedossa, että suonensisäisesti käytettynä PKV-lääkkeet (esim. Dormicum®) yhdistettynä korvaushoitolääkkeeseen saavat aikaan päihdyttävän vaikutuksen, mikä selittää päihdyttävien lääkkeiden pistoskäytön yleisyyttä korvaushoitopotilailla (Kaarlo Simojoki, henkilökohtainen tiedonanto).

Kysymykseen pistätkö Subutexia®, Suboxonea®, metadonia tai muita lääkkeitä, jotka eivät ole peräisin hoitopaikasta vastasi 305 potilasta (taulukko 16). Suurin osa vastaajista (69 %) ilmoitti, ettei pistä edellä mainittuja lääkkeitä. Hieman yli viidennes (24 %) ilmoitti pistävänsä ja vaihtavansa omaa korvaushoitolääkettään. Pistoskäyttöön hankittiin lääkkeitä myös saamalla tai ostamalla niitä kaverilta (11 %) ja ostamalla välittäjältä tai kadulta (2 %). Koska korvaushoidon yhtenä tavoitteena on vähentää ylimääräisten opioidien käyttöä, voidaan todeta, että varsin suuri osa potilaista – ainakin oman ilmoituksen mukaan – vaikuttaa päässeensä tähän tavoitteeseen.

Sukupuolella ($p = 0.705$) ja korvaushoidon kestolla ($p = 0.368$) ei ollut merkittävää vaikutusta pistoskäyttöön. Sen sijaan pistoskäyttö näyttää riippuvan tilastollisesti merkittävästi korvaushoitolääkkeestä. Metadonia korvaushoitolääkkeenä saavista potilaista 83 % ilmoitti, ettei pistä Subutexia®, Suboxonea®, metadonia tai muita lääkkeitä, jotka eivät ole peräisin hoitopaikasta, kun vastaavasti Suboxonea® korvaushoitolääkkeenä saavista vain 63 % ilmoitti, että ei pistä edellä mainittuja lääkkeitä ($\chi^2 = 13.755$, $df = 1$, $p < 0.001$).

TAULUKKO 16. Pistätkö Subutexia®, Suboxonea®, metadonia tai muita lääkkeitä, jotka eivät ole peräisin hoitopaikasta (n = 305)

	frekvenssi	Osuus (%) vastausten kesken*	Osuus (%) vastaajista
En pistä	211	64 %	69 %
Saan tai ostan kaverilta	72	22 %	24 %
Ostan välittäjältä tai ostan kadulta	36	11 %	12 %
Vaihdan omaa korvaushoitolääkettäni	7	2 %	2 %
Hankin yksityislääkäriltä	5	2 %	2 %
Hankin terveysasemalta	1	0 %	0 %
Yhteensä	332	100 %	109 % **

* = Kuvaa vastausten jakautumista eri vaihtoehtojen välillä.

** = Vastaukseen oli mahdollista valita useampi vaihtoehto, minkä vuoksi sarakkeen summa ylittää 100 %:a.

Pistosvälineen hankintapaikoista yleisin oli apteekki (64 %) ja terveysneuvontapiste (46 %). Vastaajista viidennes ilmoitti hankkivansa pistosvälineet kaverilta ja alle kymmenesosa muualta.

TAULUKKO 17. Mistä pistosvälineet on hankittu (n = 299)

	Frekvenssi	Osuus (%) vastausten kesken *	Osuus (%) vastaajista
Apteekista	190	47 %	64 %
Terveysneuvontapisteestä	136	33 %	46 %
Kaverilta	62	15 %	21 %
Muualta	21	5 %	7 %
Yhteensä	409	100 %	137 % **

* = Kuvaa vastausten jakautumista eri hankintapaikkojen välillä.

** = Vastaukseen oli mahdollista valita useampi vaihtoehto, minkä vuoksi sarakkeen summa ylittää 100 %:a.

Kyselyssä selvitettiin myös sitä, kokevatko pistämällä käyttävät pistoskäyttäjätymisensä ongelmalliseksi. Kuvion 8 mukaisesti vastaajista puolet (50 %) ei nähnyt pistoskäyttäjätymistä itselleen ongelmallisena. Noin puolet (49 %) taas koki pistoskäyttäjätymisen ongelmalliseksi jossain määrin.



KUVIO 8. Koetko pistoskäyttämisen olevan itsellesi ongelma (n = 328)



KUVIO 9. Tarvitsisitko apua pistämisen lopettamiseksi (n = 325)

Kuten kuviosta 9 nähdään, valtaosa (75 %) vastaajista ilmoitti, ettei tarvitse apua pistämisen lopettamiseksi. Pistoskäytön ongelmaksi kokemisen ja avuntarpeen välillä on siis ristiriitaa: noin puolet (49 %) vastaajista koki pistoskäytön itselleen ongelmalliseksi, mutta suurin osa heistä kuitenkin (75 %) ilmoitti, ettei tarvitse apua käytön lopettamiseksi.

Sukupuolella ($p = 0.191$), korvaushoitolääkkeellä ($p = 0.501$), korvaushoidon kestolla ($p = 0.015$) ja koetulla tuen saannilla ($p = 0.019$) ei ollut tilastollisesti merkittävää vaikutusta siihen, kokeeko pistoskäytön ongelmalliseksi vai ei. Kun tarkasteltiin avuntarvetta sukupuolen, korvaushoitolääkkeen, hoidon keston ja koetun tuen saannin suhteen havaittiin, että naiset ilmoittivat tarvitsevansa apua pistoskäytön lopettamiseen enemmän kuin miehet ($\chi^2 = 10.303$, $df = 1$, $p < 0.001$). Samaten tukea vaille jääneet ilmoittivat tarvitsevansa apua pistoskäytön lopettamiseen enemmän kuin ne, jotka kokivat jo alkujaan saavansa tarpeeksi tukea ($\chi^2 = 13.684$, $df = 2$, $p < 0.001$).

5.3.4 Korvaushoitolääkkeen myynti ja anto eteenpäin

Viimeisessä kysymyssarjassa 20–22 selvitettiin korvaushoitolääkkeen myyntiä ja antamista eteenpäin. Näihin kysymyksiin ohjattiin vastaamaan kaikki kyselyyn vastanneet (1 041) riippumatta pistoskäytöstä. Kysymykseen oman korvaushoitolääkkeen myymisestä vastasi 1 007 potilasta. Vastaukset jakautuivat kuvion 10 mukaisesti:



KUVIO 10. Oletko myynyt opioidikorvaushoitolääkkeitäsä (n = 1 007)

Suurin osa vastaajista (93 %, n = 934) ilmoitti, ettei ole myynyt korvaushoitolääkettään, kun loput (7 %, n = 73) olivat myyneet lääkettä jossakin määrin. Korvaushoitolääkkeen myyntiä ja eteenpäin antamista koskevien kysymysten kohdalla on syytä huomioida, että potilaiden vastaamiseen on saattanut vaikuttaa pelko kiinnijäämisestä, mikä on saattanut ohjata vastausta kieltämisen suuntaan. Toisaalta nimettömänä vastaamisen voidaan katsoa vähentävän tarvetta valehdella. Korkeaa osuutta selittänee myös se, että korvaushoitolääkkeen annostelu on kontrolloitua, eikä kaikilla edes ole mahdollisuutta myymiseen.

Seuraavassa kysymyksessä kartoitettiin tarkemmin, minne tai minkä takia myyntiä on tapahtunut. Kysymykseen vastasi 77 henkilöä, vastaukset ja niiden jakautuminen on esitetty taulukossa 18.

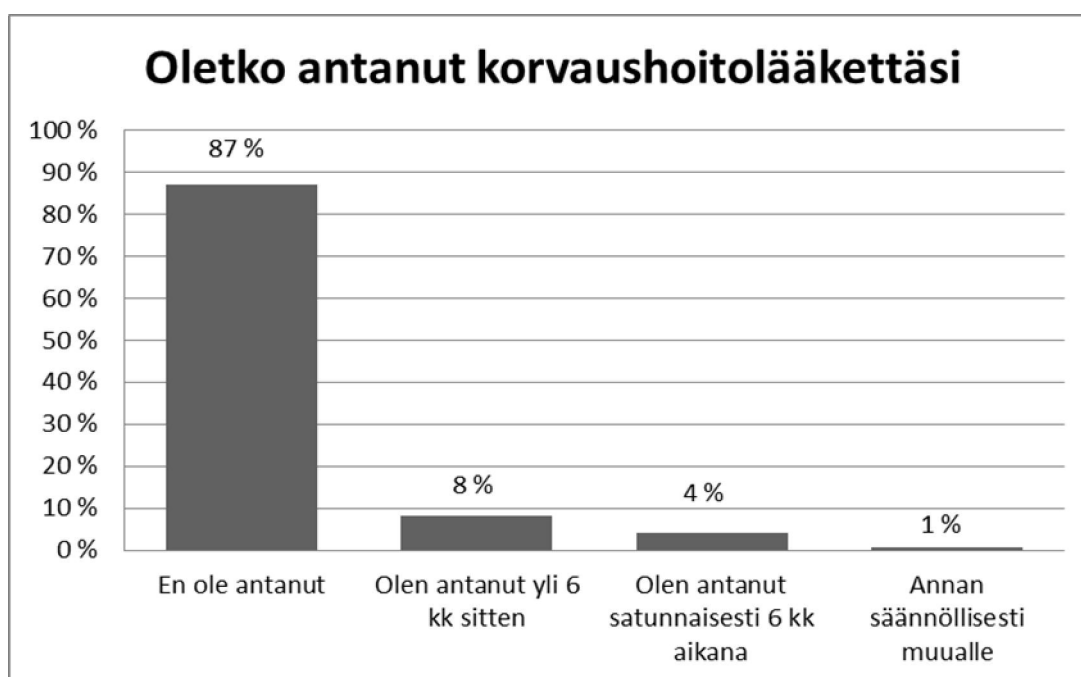
TAULUKKO 18. Korvaushoitolääkkeen myynti: minne ja minkä takia (n = 77)

	Frekvenssi	Osuus (%) vastausten kesken*	Osuus (%) vastaajista
Olen myynyt kaverille	55	45 %	71 %
Olen myynyt välittäjälle	4	3 %	5 %
Olen myynyt saadakse- ni muita aineita	20	16 %	26 %
Olen myynyt saadakse- ni rahaa	44	36 %	57 %
Yhteensä	123	100 %	160 % **

* = Kuvaa vastausten jakautumista eri vaihtoehtojen välillä.

** = Vastaukseen oli mahdollista valita useampi vaihtoehto, minkä vuoksi sarakkeen summa ylittää 100 %:a.

Kuten taulukosta 18 nähdään, suurin osa vastaajista ilmoitti myyvänsä korvaushoitolääkettä kaverille (71 %), kun taas välittäjälle myyminen oli huomattavasti harvinaisempaa (5 %). Yli puolet vastaajista (57 %) ilmoitti myyneensä korvaushoitolääkettään saadakseen rahaa, mutta myös vaihtokauppaa muihin aineisiin ilmoitettiin (26 %).



KUVIO 11. Oletko antanut korvaushoitolääkettäsi ilmaiseksi jollekin muulle (n = 960)

Suurin osa vastaajista (87 %, 837) ilmoitti, ettei ole antanut korvaushoitolääkettään ilmaiseksi eteenpäin, kun loput 13 % olivat antaneet jossain määrin (kuvio 11). Vastaajista 79 ilmoitti antaneensa korvaushoitolääkettään yli kuusi kuukautta sitten, 40 antaneensa satunnaisesti viimeisen kuuden kuukauden aikana ja 8 antavansa säännöllisesti.

6. POHDINTA

Tässä tutkimuksessa on kuvattu laajalla otoksella suomalaisten opioidikorvaushoidossa olevien potilaiden hoidon aikaista oheiskäyttöä ja sen luonnetta. Tutkimuksella on saatu uutta tietoa korvaushoitopotilaiden oheiskäytön määrästä, pistoskäyttäytymisestä, käytettyjen huumeiden ja lääkkeiden kirjosta sekä korvaushoitolääkkeiden päätyemisestä eteenpäin katukauppaan. Tutkimuksen tarkoituksena oli tavoittaa valtakunnallisesti mahdollisimman laaja joukko korvaushoitopotilaita ja saada heiltä ensikäden tietoa siitä, minkälaista on oheiskäyttö korvaushoidon aikana, kuinka paljon korvaushoitolääkettä käytetään pistämällä ja tapahtuuko myyntiä eteenpäin. Tutkimus vastasi kaikkiin näihin kysymyksiin, ja vastausprosentti (noin 60 %) oli korkea.

Tässä syventävässä opinnäytetyössä analysoitiin 1 041 vastausta, jotka edustavat 69 % kaikista saapuneista vastauksista (n = 1 508). Kolmasosaa vastanneista oli miehiä (68 %) ja loput naisia. Potilaiden keski-ikä oli 34 vuotta (keskihajonta 7,0 ja vaihteluväli 19–60 v). Suurinta ikäryhmää edustivat 30–34-vuotiaat. Vastaajien sukupuoli- ja ikäjakauma vastasivat varsin hyvin aiempia korvaushoitopotilaista tehtyjä tutkimuksia (mm. Vormaa ym. 2005 ja 2009, Tourunen ym. 2009 ja Aalto ym. 2011), tosin keski-ikä on luonnollisesti aiemmista tutkimuksista hieman noussut. Hoidon keston osalta suurinta ryhmää edustivat 3–5 vuotta hoidossa olleet, mikä niin ikään vastaa aiempia tutkimustuloksia (mm. Tourunen ym. 2009).

Tutkimuksessa saatiin selville, että hoidon aikainen päihteiden ja lääkkeiden käyttö on korvaushoitopotilailla varsin yleistä; vastanneista (n = 1 009) 60 % oli viimeisen kuuden kuukauden aikana käyttänyt alkoholia, 45 % lääkärin määräämiä PKV-lääkkeitä, 33 % kannabista, 32 % muualta kuin lääkäriltä saatuja PKV-lääkkeitä ja 24 % muita huumeita. Vastaajista 12 % ilmoitti, että oli käyttänyt vain korvaushoitolääkettään, eli he eivät olleet käyttäneet mitään edellä mainituista aineista. Tulee kuitenkin huomioida, että päihde- ja lääkekäyttöä kartoittava kysymys ei eritellyt tarkemmin käytön yleisyyttä tai käytettyjä annoksia. Näin ollen päihteitä ja/tai lääkkeitä käyttäneiden ryhmään (88 %) on suurella todennäköisyydellä päätyneet myös henkilöitä, jotka ovat käyttäneet vain lääkärin määräämiä PKV-lääkkeitä tai alkoholia. Näistä kumpaakaan ei varsinaisesti voida

laskea hoidon aikaiseksi oheiskäytöksi, koska alkoholin käyttö voi olla kohtuullista, ja lääkärin määräämiä PKV-lääkkeitä voidaan käyttää täysin ohjeen mukaisesti.

Potilaiden päihde- ja lääkekäyttöä tarkasteltiin sukupuolen, korvaushoitolääkkeen, korvaushoidon keston ja koetun tuen saamisen suhteen. Havaittiin, että korvaushoidon kestolla ei ollut tilastollisesti merkittävää vaikutusta päihdeiden tai lääkkeiden ilmoitettuun käyttöön. Tässä yhteydessä tulee kuitenkin huomioida, että korvaushoidon pääasiallisena tavoitteena on vähentää ylimääräisten opioidien käyttöä, mutta korvaushoito itsessään ei vielä ratkaise potilaiden moninaisia päihdeongelmia. Korvaushoidon myötä voidaan kuitenkin mahdollistaa paremmin moniongelmaisten potilaiden päihdeongelmien hoito. Monet potilaat kun ovat nykyään hoitoon tullessaan varsin moniongelmaisia ja siten lähtökohtaisesti hankalia hoitaa (Kaarlo Simojoki, henkilökohtainen tiedonanto). Vaikka oheiskäyttöä pyritäänkin hoidossa valvomaan, vaikuttaisi kuitenkin siltä, että korvaushoidon ohella potilaiden muuhun päihdekäyttöön ei ole onnistuttu tarpeeksi kohdenne- tusti tarttumaan.

Taustamuuttujista sukupuoli, korvaushoitolääke ja koettu tuen saanti vaikuttivat yksittäisten aineiden käyttöön: naisilla päihde- ja lääkekäyttöä oli kokonaisuudessa vähemmän kuin miehillä. Metadonia korvaushoitolääkkeenä saavilla oli enemmän kannabiksen, muiden huumeiden ja muualta saatujen PKV-lääkkeiden käyttöä kuin Suboxonea® saavilla. Vaille tukea jääneillä puolestaan oli enemmän kannabiksen, muiden huumeiden, lääkärin määräämien PKV-lääkkeiden ja muualta saatujen PKV-lääkkeiden käyttöä kuin niillä potilailla, jotka kokivat saaneensa tarpeeksi tukea hoitotavoitteen saavuttamiseksi. Tästä voidaankin vetää johtopäätös, että psykososiaalisella tuella todella on merkitystä hoidon aikaisen oheiskäytön kannalta. Tarjoamalla tarpeeksi tukea hoidossa voitaisiin potilaiden oheiskäyttöön varmasti vaikuttaa.

Päihde- ja lääkekäyttöä kartoittavan kysymyksen myötä saatiin tietoa potilaiden käytössä olevista lääkärin määräämistä ja muualta saaduista PKV-lääkkeistä. PKV-lääkkeiden käytön yleisyys yllätti: vastaajista 45 % oli viimeisen kuuden kuukauden aikana käyttänyt lääkärin määräämiä PKV-lääkkeitä ja 32 % muualta saatuja PKV-lääkkeitä. Kyselyn perusteella rauhoittavien lääkkeiden – etenkin bentsodiatsepiinien – käyttö on korvaushoitopotilailla hyvin yleistä, mikä toistaa aiemmissa tutkimuksissa (mm. Vormo ym. 2005 ja Vormo ym. 2009) saatuja tuloksia. Rauhoittavien lääkkeiden käyttöön olisikin aiheellista tarttua nykyistä hanakammin, koska ne vaikuttavat heikentävästi korvaushoidossa kuntoutumiseen. Toki on tiedossa, että kaikkien potilaiden kohdalla tämä ei ole mahdollista, vaan hoidossa on edettävä yksilöllisen tilanteen mukaan. Lisäksi ongelmana on lääkkeiden helppo saatavuus, mihin korvaushoidossa harvemmin pystytään vaikuttamaan. Kaikki

lääkärit eivät myöskään välttämättä tiedä potilaansa olevan korvaushoidossa, ellei potilas sitä itse kerro.

Tutkimus paljasti, että pistoskäyttöä viimeisen kuuden kuukauden aikana oli 34 %:lla vastaajista (n = 942), kun taas 67 %:lla vastaajista ei ollut pistoskäyttöä. Korvaushoidon keston myötä pistoskäytön todettiin vähenevän merkittävästi (p < 0.001). Korvaushoidolla on siis merkittävää vaikutusta pistoskäyttöön liittyvien riskien vähentämisessä. Merkittävä yhteys todettiin myös koetulla tuen saannilla ja pistoskäytöllä. Potilailla, jotka kokivat jäävänsä vaille tukea, pistoskäyttö oli merkittävästi yleisempää kuin tukea saavilla potilailla (p < 0.001). Myös tämä löydös on seikka, joka puoltaa psykososiaalisen tuen lisäämistä. Tarjoamalla enemmän psykososiaalista tukea voitaisiin todennäköisesti saada vähennettyä korvaushoitopotilaiden pistoskäyttöä vielä enemmän.

Omaa korvaushoitolääkettään ilmoitti pistävänsä 18 % vastaajista (n = 340), kun taas 82 % ei pistänyt omaa korvaushoitolääkettään. Suboxonea® korvaushoitolääkkeenä saavilla oman lääkkeen pistoskäyttö oli metadonia saavia yleisempää (p < 0.001). Kysyttäessä muualta kuin hoitopaikasta saadun Suboxonen®, Subutexin® tai metadonin pistämisestä vastaajista 69 % (n = 305) ilmoitti, että ei pistä edellä mainittuja lääkkeitä. Samassa kysymyksessä vastaajista 24 % kertoi vaihtavansa omaa korvaushoitolääkettään, 12 % saavansa tai ostavansa kaverilta. Näistä vastauksista saadaan kuva, että korvaushoitolääkkeinä käytettyjen opioidien pistäminen ei vaikuttaisi olevan korvaushoitopotilailla niin yleistä, kuin yleensä ajatellaan. Kysymys on kiinnostava siksi, että korvaushoidon yhtenä päätavoitteena on vähentää potilaiden ylimääräistä opioidien käyttöä. Vastausten pohjalta voidaan todeta, että varsin suuri osa potilaista vaikuttaa päässeensä tähän tavoitteeseen.

Muita päihdyttäviä lääkeaineita pistettiin sen sijaan varsin yleisesti. Vastaajista 67 % (n = 296) ilmoitti pistävänsä muita päihdyttäviä lääkeaineita, kun vain 33 % ei pistänyt lainkaan. Kysymykseen liittyvässä avovastauksessa pistetyistä lääkkeistä eniten mainintoja saivat muun muassa Dormicum® (49), Subutex® (29), Oxycontin® (8), Tenox® (4), Concerta® (4) ja Suboxone®(3) sekä bentsodiatsepiinit (3). Vaikka joukossa ovat myös korvaushoitolääkkeet Subutex® ja Suboxone®, tulee huomioida, että niiden maininnat avovastauksissa ovat vähäisiä verrattuna potilasmäärään, joka ilmoitti tässä kysymyksessä pistävänsä päihdyttäviä lääkeaineita (198 henkilöä).

Pistosvälineet hankittiin yleisimmin apteekeista (64 % vastaajista) ja terveysneuvontapisteistä (46 % vastaajista), mikä on huojentava tieto tartuntatautien leviämisen ja infektioriskien kannalta. Toisaalta edelleen 21 % vastaajista ilmoitti saavansa pistosvälineet kaverilta ja 7 % muualta. Vastaajista (n = 328) 49 % koki pistoskäytön ongelmaksi jossain määrin. Hieman ristiriitaisesti valtaosa (75 %) heistä kuitenkin ilmoitti, ettei tarvitse apua pistämisen lopettamiseksi. Vain viides-

osa (22 %) vastaajista ilmoitti tarvitsevansa apua. Vaikuttaa kuitenkin siltä, että pistoskäyttö on yleisyytensä puolesta ongelma, johon pitäisi korvaushoidossa puuttua enemmän.

Korvaushoitolääkkeiden valumista katukauppaan kartoittavat kysymykset paljastivat, että omaa korvaushoitolääkettä oli myynyt 7 % vastaajista (n = 1 007) ja antanut eteenpäin 13 % vastaajista (n = 960), mikä viittaisi siihen, että kaveria tai tuttavaa autetaan helpommin hädässä, kun taas myymisen kynnyks on korkeampi. Kuitenkin oman korvaushoitolääkkeen myyminen tai antaminen eteenpäin oli korvaushoitopotilaiden ilmoituksen mukaan varsin harvinaista. Korvaushoitolääkkeen myymistä ja antamista kuvaaviin osuuksiin vertailukohtana mainittakoon, että viiden vuoden seuranta tutkimuksen (Simojoki ja Alho 2013) mukaan buprenorfiinin väärinkäyttäjistä 49,2 % ilmoitti hankkineensa Suboxonea korvaushoidossa olevalta henkilöltä, kun taas välittäjää käytti 68,8 % väärinkäyttäjistä. Vaikka kyselyn vastauksiin onkin suhtauduttava tietyllä varauksella, on niihin myös syytä uskoa: jotkut potilaat todella ovat sitoutuneet hoitoon tunnollisesti ja heillä saattaa olla selkeä periaate, että omaa lääkettä ei kerta kaikkiaan myydä eikä anneta eteenpäin. Lisäksi vastauksissa mainittiin, että omaa lääkettä ei myydä eikä anneta, koska lääke tulee täysin omaan tarpeeseen, eikä ilman pärjää. Jos korvaushoitoannos on asetettu kohdilleen, ei omaa annosta voi antaa pois tai myydä, jotta oma toimintakyky säilyisi. Lisäksi on huomioitava, että nimettömänä vastaaminen todennäköisesti jonkin verran vähentää potilaiden tarvetta valehdella. Toisaalta kotiannokset lisäävät mahdollisuutta jakaa omia lääkkeitä eteenpäin ilman tiukkaa kontrollia, ja epäilemättä tätäkin mahdollisuutta hädän tullen käytetään.

Kyselyn tulosten valossa olisi mielenkiintoista tarkastella jatkotutkimuksin, minkälainen psykososiaalinen tuki antaisi parhaan tuen korvaushoitopotilaille ja miten potilaiden tukitoiveita voitaisiin kuulla entistä paremmin. Olisi myös mielenkiintoista tarkastella haittoja vähentävässä ja kuntouttavassa korvaushoidossa olevien potilaiden hoidon aikaista päihteiden ja lääkkeiden käyttöä erikseen, ja kartoittaa myös tuen tarvetta ja merkitystä näillä eri ryhmillä. Lisäksi voitaisiin selvittää, miten hoidon aikaiseen oheiskäyttöön voitaisiin parhaiten puuttua, ja tätä olisi mielekäs kysyä potilailta itseltään.

Kun tarkastellaan kokonaisuudessaan tämän tutkimuksen rajoituksia, voidaan suurimmaksi heikkoudeksi arvioida se, että vastaukset perustuvat korvaushoitopotilaiden omaan näkemykseen, ja täten jokainen vastaus on aina kyseenalainen. Toisaalta kaikki kyselytutkimukset perustuvat henkilöiden omaan ilmoitukseen. Oheiskäyttöä kartoittava kysymys rajoittui tarkastelemaan käytössä olevia päihteitä ja lääkkeitä varsin karkealla tasolla, sillä kattavaa tietoa käytetyistä määristä tai käyttöfrekvenssistä ei vielä saatu. Toisaalta korvaushoitopotilailta itseltään saatua tietoa saatua

tietoa voidaan pitää myös vahvuutena, sillä yhtä kattavaa ensikäden tietoa korvaushoitopotilaiden oheiskäytöstä ja pistoskäyttäytymisestä ei ennen tätä tutkimusta ole Suomessa saatu. Suuri vastausprosentti (60 %) kertoo siitä, että korvaushoitopotilaat halusivat kertoa tilanteestaan avoimesti ja osallistua siten oman hoitonsa kehittämiseen. Rajoituksistaan huolimatta tämän tutkimuksen vahvistavat entisestään käsitystä siitä, että opioidikorvaushoidolla on merkittäviä vaikutuksia potilaiden terveyteen ja elämänlaatuun.

LÄHTEET

Aalto M. Huumeet ja mielenterveys, Kirjassa: Seppä K, Aalto M, Alho H, Kiianmaa K, toim. Huume- ja lääkeriippuvuudet, Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2012, s. 164–7.

Aalto M, Niemelä S. Opioidikorvaushoidon tehokkuus. Näytönastekatsaus. Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim 2012 (päivitetty 7.6.2012).

Aalto M, Visapää J-P, Halme J, Fabritius C, Salaspuro M. Effectiveness of buprenorphine maintenance treatment as compared to syringe exchange program among buprenorphine misusing opioid-dependent patients. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2011;65(4):238–43.

Ahtee L, Opioidit ja kannabinoidit, Kirjassa: Salaspuro M, Kiianmaa K, Seppä K, toim. Päihdelääketiede. 2., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2003, s. 151–9.

Alho H. Huumeiden käytön tunnistaminen ja riippuvuuden tunnusmerkit, Kirjassa: Seppä K, Aalto M, Alho H, Kiianmaa K, toim. Huume- ja lääkeriippuvuudet, Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2012, s. 53.

Alho H, Sinclair D, Vuori E, Holopainen A. Abuse liability of buprenorphine-naloxone tablets in untreated IV drug users. *Drug Alcohol Dependence* 2007;88(1):75–8.

Arponen A, Brummer-Korvenkontio H, Liitsola K, Salminen M. Luottamus ja vapaaehtoisuus terveysneuvontapiste toiminnan onnistumisen edellytyksenä. Poikkitieteellinen arviointitutkimus ruis-kuhuumeiden käyttäjien terveysneuvonnan vaikuttavuudesta tartuntatautien ehkäisyssä ja torjunnassa. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B15/2008.

Forsell M. Päihdehuollon huumeasiakkaat 2011. Tilastoraportti 19/2012. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. <https://www.julkari.fi/handle/10024/103097>

Hagelberg N, Pertovaara A. Opioidit, Kirjassa: Koulu M, Mervaala E, Tuomisto J, toim. Farmakologia ja toksikologia, 8., uudistettu painos. Kuopio: Kustannus oy Medicina 2012, s. 359–78.

Hakkarainen P, Tigerstedt, C. Korvaushoidon läpimurto Suomessa. *Yhteiskuntapolitiikka* 2005;2:143–54.

Holopainen A. Huumeongelmaisten hoito. Opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidot. Lääkärin käsikirja, Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2009 (päivitetty 17.8.2009). www.terveysportti.fi

Holopainen A. Huumeriippuvuuden korvaushoito tuloksellista. Pääkirjoitus. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 2011;127(2):100–1.

Huumeongelmaisen hoito. Käypä Hoito -suositus, Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2012 (päivitetty 5.9.2012). www.kaypahoito.fi

IHRA, International Harm Reduction Association 2010. "What is harm reduction." <http://www.ihra.net/files/2010/08/10/Briefing-WhatisHR%28english%29.pdf>

Kalso E. Opioidit, Kirjassa: Kipu, Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2009 (päivitetty 1.11.2009). www.terveysportti.fi

Kotovirta E. Vertaistuki, Kirjassa: Seppä K, Aalto M, Alho H, Kiianmaa K, toim. Huume- ja lääkeriippuvuudet, Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2012, s. 139–44.

Kuoppasalmi K, Heinälä P, Lönnqvist J. Opioideihin liittyvät häiriöt, Kirjassa: Psykiatria. Kustannus Oy Duodecim 2011 (päivitetty 1.8.2011). www.terveysportti.fi

Läketieteen termit. Duodecimin selittävä suursanakirja. 5., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2007.

Meririnne E, Seppälä T. Opioidiriippuvuuden neurobiologiaa. Läketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2004;120:951–9.

Mikkonen A. Opioidiriippuvuuden hoito, Kirjassa: Seppä K, Aalto M, Alho H, Kiianmaa K, toim. Huume- ja lääkeriippuvuudet, Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2012, s. 86–95.

Onyeka IN, Uosukainen H, Korhonen MJ, Beynon C, Bell JS, Ronkainen K, Föhr J, Tiuhonen J, Kauhainen J. Sociodemographic characteristics and drug abuse patterns of treatment-seeking illicit drug abusers in Finland, 1997–2008: the Huuti study. *Journal of Addictive Diseases*. 2012;31(4):350–62.

Partanen A, Holmström P, Holopainen A, Perälä R. Buprenorfiinin pistäminen yleistynyt huumeiden sekakäytössä. *Suomen lääkärilehti* 2004;59:3605–11.

Partanen A, Hakkarainen P, Hankilanoja A, ym. Amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäytön yleisyys Suomessa 2005. *Yhteiskuntapolitiikka* 2007;72(5):553–61.

Ristola M. Huumeiden aiheuttamat elimelliset terveyshaitat, Kirjassa: Seppä K, Aalto M, Alho H, Kiianmaa K, toim. Huume- ja lääkeriippuvuudet, Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2012, s. 170–6.

Salaspuro M. Opiaattiriippuvuuden näyttöön perustuva hoito ja lääkärin etiikka. *Suomen Lääkärilehti* 2002;51–52:5183–9.

Seppä K. Huumeiden käyttöön liittyvät muut krooniset somaattiset terveyshaitat, Kirjassa: Seppä K, Aalto M, Alho H, Kiianmaa K, toim. Huume- ja lääkeriippuvuudet, Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2012, s. 177.

Seppä K, Heinälä P. Lääkkeiden väärinkäytön tunnistaminen ja ehkäisy, Kirjassa: Seppä K, Aalto M, Alho H, Kiianmaa K, toim. Huume- ja lääkeriippuvuudet, Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2012, s. 62–70.

Simojoki K. Improving maintenance treatment of opiate addiction: clinical aspects. Väitöskirja. Helsingin yliopisto 2013.

Simojoki K, Alho H. Urine Labelling Marker System for Drug Testing Improves Patient Compliance. *Heroin Addict Related Clinical Problems* 2010;12(1):25–32

Simojoki K, Lillsunde P, Lintzeris N, Alho H. Bioavailability of buprenorphine from crushed and whole buprenorphine (Subutex®) tablets. *European Addiction Research* 2010;16:85–90.

Simojoki K, Pentikäinen H, Fabritius C, Vuori E. Hukkaammeko korvaushoidon mahdollisuudet? Pääkirjoitus. *Läketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 2012;128:1737–9.

Simojoki K, Alho H. A five-year follow-up of buprenorphine abuse potential. In Press. *Journal of Alcoholism & Drug Dependence: Open Access*, 2013.

STM 2008a. Muistio liittyen Sosiaali- ja terveysministeriön asetukseen opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta erällä lääkkeillä. 11.1.2008.

STM2008b. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta erällä lääkkeillä, 33/2008. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2008/20080033>

STM 2012. STM:n selvitys opioidikorvaushoidon olevien kokonaismäärästä vuonna 2011 (lukumäärätieto julkaistu, koko raportti valmistelussa)

Tourunen J, Pitkänen T, Harju-Koskelin O, Häkkinen A, Holopainen A. Korvaushoitopotilaiden kuntoutuminen on pitkä ja haasteellinen prosessi. Yhteiskuntapolitiikka 2009;74:421–8.

Uosukainen H, Bell JS, Laitinen K, Tacke U, Ilomäki J, Turunen JH. First insights into community pharmacy based buprenorphine-naloxone dispensing in Finland. International Journal of Drug Policy 2013a Apr 5; (Epub ahead of print)

Uosukainen H, Pentikäinen H, Tacke U. The effect of an electronic medicine dispenser on diversion of buprenorphine-naloxone-experience from a medium-sized Finnish city. Journal of Substance Abuse Treatment. 2013b;45(1):143–7.

Valvira (sosiaali- ja terveydenhuollon lupa- ja valvontavirasto). Apteekkisopimukset. Ohjeistus lääkäreille ja apteekkeille. Päivitetty 1.6.2005.

<http://www.valvira.fi/files/tiedostot/a/p/apteekkisopimusmalli.pdf>

Varjonen V, Tanhua H, Forsell M, Perälä, R. Huuutilanne Suomessa 2012. Raportti EMCDDA:lle. 2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://www.julkari.fi/handle/10024/103121>

Vorma H. Sekakäyttö, Kirjassa: Seppä K, Aalto M, Alho H, Kiianmaa K, toim. Huume- ja lääkeriippuvuudet, Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2012, s. 71–6.

Vorma H, Sokero P, Turtiainen S, Katila H. Opioidikorvaushoito tehoaa. Korvaushoito Hyksin päihdepsykiatrian yksikössä 2000–2002. Suomen Lääkärilehti 2005;60(9):1013–16.

Vorma H, Sokero P, Turtiainen S, Katila H. Opioidiriippuvuuden korvaushoito HYKS:n päihdepsykiatrian yksikössä 2003–2005. Suomen Lääkärilehti 2009;64(20):1853–57.

Vuori E, Ojanperä E, Launiainen T, Nokua J, Ojansivu R-L. Oikeuskemiallisesti todetut myrkytyskuolemat Suomessa 2002-2004. Suomen Lääkärilehti 2006;61:2339–44

Vuori E, Ojanperä E, Launiainen T, Nokua J, Ojansivu R-L. Myrkytyskuolemien määrä kääntynyt laskuun. Suomen Lääkärilehti 2012;76:1735–41.

Ward J, Mattick RP, Hall W. Methadone maintenance treatment and other opioid replacement therapies. Amsterdam: Harwood Academic Publishers 1998.

WHO 1995. International Classification of Diseases, 10th edition (ICD-10), World Health Organisation.

WHO 2009. Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence.

http://www.who.int/substance_abuse/publications/opioid_dependence_guidelines.pdf

LIITTEET

Liite 1. Kyselytutkimus hoitokäytäntöjen parantamiseksi

KYSELYTUTKIMUS HOITOKÄYTÄNTÖJEN PARANTAMISEKSI

13.5.2013

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos ja Helsingin yliopisto keräävät tietoa korvaushoidon hoitokäytäntöjen parantamiseksi. Tässä tutkimuksessa selvitetään korvaushoidossa olevien potilaiden pistoskäyttämistä ja oheiskäyttöä. Tutkimuksen tavoitteena on antaa tietoa lääkityskäytäntöjen, kuten valvotun lääkeluovutuksen ja kotilääkityksen kehittämiseksi. Lomakkeita jaetaan kaikissa Suomen korvaushoitopaikoissa.

On tärkeää, että vastaat kaikkiin kysymyksiin rehellisesti. Lomake täytetään nimettömänä eikä tietoja yksittäisistä vastaajista luovuteta hoitopaikkoihin. Kun olet täyttänyt kyselyn, laita se liitteenä olevaan kirjekuoreen, sulje kuori ja palauta se henkilökunnalle. Henkilökunta postittaa kuoret avaamattomina Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselle.

Kiitoksia vaivannäöstäsi! professori Hannu Alho, LT Kaarlo Simojoki ja VTT Elina Kotovirta

-
- 1) Ikä _____ vuotta
- 2) Sukupuoli mies nainen
- 3) Korvaushoidon kesto on tällä hetkellä _____ kuukautta TAI _____ vuotta ja _____ kuukautta.
- 4) Mikä on korvaushoitopaikkasi?
 Terveyskeskus A-klinikka / K-klinikka Erikoissairaanhoito Muu, mikä _____
- 5) Mikä on korvaushoitolääkkeesi?
 Suboxone, annos _____ mg / päivässä Subutex, annos _____ mg / päivässä
 metadoni, annos _____ mg / päivässä
- 6) Saatko riittävästi tukea hoitotavoitteesi saavuttamiseksi?
 Kyllä. En, toivoisin lisää _____
- 7) Oletko apteekkisopimuskäytännön piirissä?
 En ole apteekkisopimuskäytännön piirissä.
 Kyllä olen, saan apteekkisopimuksella vain Suboxonea.
 Kyllä olen, saan apteekkisopimuksella muun lääkitykseni.
 Kyllä olen, saan apteekkisopimuksella sekä Suboxonen että muun lääkitykseni.
- 8) Jos olet apteekkisopimuksella niin:
 Käyn hoitopaikassa hoitokäynnillä _____ kertaa kuukaudessa.
 Käyn hoitopaikassa harvemmin kuin kerran kuussa, _____ kertaa viimeisen 6 kuukauden aikana.
 Annan päihdeseulan _____ kertaa kuukaudessa.
 Annan päihdeseulan harvemmin kuin kerran kuussa, _____ kertaa viimeisen 6 kuukauden aikana.
- 9) Oletko käyttänyt viimeisen 6 kuukauden aikana korvaushoitolääkkeesi ohella alkoholia, huumeita tai päihdyttäviä lääkkeitä? (Voit rastittaa useamman vaihtoehdon.)
 Olen käyttänyt alkoholia. Olen käyttänyt kannabista.
 Olen käyttänyt muita huumeita, mitä: _____
 Olen käyttänyt lääkärin määräämiä pkv-lääkkeitä (esim. bentsodiatsepiineja), mitä _____
 Olen käyttänyt muualta kuin lääkäriltä saamiani pkv-lääkkeitä (esim. bentsodiatsepiineja), mitä _____
 Olen käyttänyt VAIN korvaushoitolääkettäni viimeisen 6 kuukauden aikana.
- 10) Oletko käyttänyt pistämällä suoneen tai lihakseen viimeisen 6 kuukauden aikana?
 Kyllä.
 En. (Jos et ole käyttänyt pistämällä, voit siirtyä kysymykseen 20.)

11) Oletko pistänyt omaa korvaushoitolääkettäsi suoneen tai lihakseen viimeisen 6 kuukauden aikana?

- En pistä korvaushoitolääkettäni.
 Pistän korvaushoitolääkettäni säännöllisesti ____ kertaa viikossa TAI ____ kertaa kuukaudessa.
 Pistän korvaushoitolääkettäni harvemmin kuin kerran kuussa.

12) Miksi pistät korvaushoitolääkettäsi?

- Korvaushoitoannokseni on liian matala. Haluan päihtyä.
 Olen tottunut pistämään tavan vuoksi. Muu syy

13) Oletko pistänyt myös muita päihdyttäviä lääkkeitä suoneen tai lihakseen viimeisen 6 kuukauden aikana?

- En ole. Kyllä, olen pistänyt harvemmin kuin kerran kuussa.
 Kyllä, olen pistänyt muita päihdyttäviä lääkkeitä korvaushoidossa ollessani säännöllisesti ____ kertaa viikossa TAI ____ kertaa kuukaudessa

14) Miksi pistät muita lääkkeitä?

- Korvaushoitoannokseni on liian matala Haluan päihtyä.
 Olen tottunut pistämään tavan vuoksi Muu syy _____

15) Mitä lääkkeitä pistät useimmiten? (Muut lääkkeet kuin oma korvaushoitolääke.)

1) _____ 2) _____ 3) _____

**16) Pistätkö myös Subutexia, Suboxonea, metadonia tai muita lääkkeitä, jotka eivät ole peräisin hoito-
paikasta? (Voit valita useamman vaihtoehdon.)**

- En. Kyllä, vaihdan omaa korvaushoitolääkettäni.
 Kyllä, saan tai ostan kavereilta. Kyllä, ostan välittäjältä tai kadulta.
 Kyllä, hankin terveysasemalta. Kyllä, hankin yksityislääkäriltä.

17) Mistä hankit pistosvälineesi?

- Apteekista Terveysneuvontapisteestä (Vinkki) Kaverilta Muualta

18) Koetko pistoskäyttämisen olevan itsellesi ongelma

- En. Kyllä, satunnaisesti. Kyllä, jatkuvasti. Kyllä, haluaisin lopettaa pistämisen.

19) Tarvitsisiko apua pistämisen lopettamiseksi?

- En. Kyllä.

20) Oletko myynyt korvaushoitolääkettäsi?

- En ole myynyt. Olen myynyt yli 6 kuukautta sitten.
 Olen myynyt satunnaisesti kuluneen 6 kuukauden aikana.
 Myyn korvaushoitolääkettäni säännöllisesti ____ kertaa viikossa TAI ____ kertaa kuukaudessa.

21) Oletko myynyt korvaushoitolääkettäsi?

- Kaverille. Välittäjälle. Saadaksesi muita päihdyttäviä aineita. Saadaksesi rahaa.

22) Oletko antanut korvaushoitolääkettäsi ilmaiseksi jollekin muulle?

- En ole antanut. Olen antanut yli 6 kuukautta sitten.
 Olen antanut satunnaisesti kuluneen 6 kuukauden aikana.
 Annan korvaushoitolääkettäni säännöllisesti ____ kertaa viikossa TAI ____ kertaa kuukaudessa.

KIITOS VASTAUKSISTASI!

Liite 2. Kyselytutkimuksen saate hoitohenkilökunnalle

Arvoisa hoitoyksikön opioidikorvaushoidosta vastaava henkilö

13.5.2013

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos (THL) ja Helsingin yliopisto (HY) haluavat yhteistyössä selvittää korvaushoidossa olevien potilaiden oheiskäyttöä ja pistoskäyttämistä.

Opioidiriippuvuuden lääkkein tuettu korvaushoito buprenorfiinilla tai metadonilla on lisääntynyt Suomessa viime vuosina ja tällä hetkellä hoidossa on lähes 2 500 potilasta. Hoidon kehittymiseen vaikuttaa kuitenkin myös hoitoon liittyvät ristiriidat, kuten mahdollinen oheiskäyttö ja korvaushoitolääkkeiden mahdollinen valuminen katukauppaan. Tämän kyselytutkimuksen tarkoituksena onkin selvittää kuinka paljon korvaushoidossa olevat käyttävät korvaushoitolääkettään pistämällä tai myyvät sitä eteenpäin.

Tutkimus toteutetaan toukokuussa 2013 jokaisessa THL:n tiedossa olevassa korvaushoitoa toteuttavassa yksikössä. Lomakkeessa ei kysytä vastaajan eikä hoitopaikan nimeä, joten lomakkeita ei voi jälkeempään yhdistää tiettyyn vastaajaan tai hoitopaikkaan. Tutkimusta raportoitaessa häivytetään kaikki tutkijoiden tietoon tulleen mahdolliset tunnistamista helpottavat tiedot.

Tutkimuksen toteutus yksikössä

Tästä kirjeestä löytyvät lomakkeet sekä suljettavat kuoret jaettavaksi potilailenne. Lomakkeiden määrä on laskettu STM:n ja THL:n vuonna 2010 tehdyn selvityksen tietojen mukaan sekä lisätty määrään joitain ylimääräisiä. Toivomme, että jaatte lomakkeen ja kuoren kullekin potilaalle ja pyydätte heitä täyttämään kyselyn paikan päällä, sulkemaan sen kuoreen ja palauttamaan kuoren henkilökunnalle. Mukana on myös ”sinetti-tarroja”, jotta potilaanne voivat sinetöidä kuoren vielä varmemmin. Mikäli lomakkeita ei ole tarpeeksi, ottaa pikaisesti yhteyttä Elina Kotovirtaan (elina.kotovirta(at)thl.fi / 029-5247337).

Toivomme, että palautatte kuoret oheisessa palautuskuoreessa viimeistään 19.6.2013. Pyydämme palauttamaan myös mahdollisesti yli jääneet lomakkeet, kuoria ei tarvitse palauttaa. Mikäli yksikössänne on paljon potilaita, olemme lähettäneet Teille useamman palautuskuoren.

Mikäli kyselystä tai sen toteuttamisesta on mitään kysyttävää, voitte olla yhteydessä allekirjoittaneisiin.

Kaikkien tutkimukseen osallistuvien yksiköiden kesken arvotaan 2 Dolce Gusto kahvikonetta kahvikapseleineen. Arvontaan osallistutaan täyttämällä oheisen lomakkeen tiedot.

Kiitoksia yhteistyöstä!

Hannu Alho, professori
HY/THL
hannu.alho(at)thl.fi

Kaarlo Simojoki, LT
HY
kaarlo.simojoki(at) a-klinikka.fi

Elina Kotovirta, VTT
THL
elina.kotovirta(at)thl.fi
029-524 7337

PALAUTA NÄMÄ TIEDOT LOMAKKEIDEN MUKANA

Hoitoyksikön nimi: _____

Hoitoyksikköön lähetettiin _____ lomaketta. Lomakkeita tilattiin lisää _____ kappaletta.

Lomakkeita jäi yli _____ kappaletta.

Yksikkömme haluaa osallistua Dolce Gusto Piccolo kahvikeittimen arvontaan. Väritoivomuksemme on: _____ (ks. <https://www.dolce-gusto.fi/FI/Kauppa/Keittimet/Pages/Machine.aspx>)

Mikäli onni suosii yhteishenkilömme on (nimi ja sähköposti): _____

Kahvinkeittimen toimitusosoite on: _____