

Huumeriippuvuuksien hoidon ja kuntoutuksen psykososiaaliset menetelmät

- analyysi eettisistä kysymyksistä

Ilona Autti-Rämö ja Susanne Uusitalo

Sisällysluettelo

1	Johdanto	1
2	Menetelmät	1
3	EUnetHTA - mallin arvokysymysten kuvaus.....	2
3.1	Mistä sairaudesta/häiriöstä/tilasta on kysymys?	2
3.2	Hyötyjen ja haittojen suhde	4
3.2.1	Keskeiset oireet ja haitat, joita sairaudesta potilaalle seuraa?	4
3.2.2	Hoidojen käyttöön tai käyttämättä jättämiseen liittyvät hyödyt ja haitat potilaille?	5
3.2.3	Mitä haittoja ja hyötyjä hoidoista koituu potilaiden sukulaisille, muille potilaille, organisaatioille, yrityksille, yhteiskunnalle jne.?	8
3.2.4	Onko hoitojen käyttöönotolla jotain piilotettuja tai tahattomia seurauksia potilaille, sukulaisille, muille potilaille, organisaatioille, yhteiskunnalle jne.?	10
3.2.5	Onko eettisiä esteitä haittaa ja hyötyä koskevaan tiedon tuottamiseen?	11
3.3	Autonomia	12
3.3.1	Tarjotaanko hoitoa potilaille, jotka ovat erityisen haavoittuvaisia?	12
3.3.2	Vaikuttaako hoidon toteuttaminen potilaan kykyyn ja mahdollisuuteen toimia autonomisesti?	13
3.3.3	Onko tarvetta erityisille interventioille tai tukitoimille liittyen informaation, jotta potilaan autonomian kunnioittaminen toteutuu hoidon yhteydessä?	15
3.3.4	Haastaako tai muuttaako hoito tai siitä pidättäytyminen ammattiarvoja, etiikkaa tai perinteisiä rooleja?	17
3.4	Henkilöiden kunnioittaminen	18
3.4.1	Vaikuttaako hoidon käyttöönotto ihmisarvoon?	18
3.4.2	Loukkaavatko hoidot potilaan moraalista, uskonnollista tai kulttuurista integriteettiä?	20
3.4.3	Loukkaako hoito potilaan yksityisyyttä?	20
3.5	Oikeudenmukaisuus ja yhdenvertaisuus	21
3.5.1	Miten hoidon käyttöönotto tai siitä pidättäytyminen vaikuttaa terveydenhuollon resurssien jakamiseen?	21

3.5.2	Miten hoidot, joilla on eettisesti samankaltaisia kysymyksiä, on järjestetty terveydenhuoltojärjestelmässä?	23
3.5.3	Onko jotain tekijöitä, jotka voivat estää ryhmän tai henkilön pääsyn hoidon pariin?	25
3.6	Lainsäädäntö.....	26
3.6.1	Vaikuttaako hoidon käyttöönotto ihmisoikeuksien toteutumiseen?	26
3.6.2	Voiko hoidon käyttöönotto nostaa eettisiä haasteita, joita ei ole käsitelty lainsäädännössä ja sääntelyssä	27
3.7	Eettiset seuraukset suosituksen tekemisestä?	29
3.7.1	Mitkä ovat tulosmuuttujien, vaikuttavuuden raja-arvojen sekä vertailuryhmien tai -hoitojen valintojen eettiset vaikutukset?	29
3.7.2	Minkälaisia eettisiä ongelmia on suhteessa tiedon keräämiseen tai taloudellisen arvioinnin sisältämiin oletuksiin?	31
3.7.3	Mikä vaikutus on palveluvalikoimaneuvoston suosituksella juuri tässä vaiheessa?	32
3.8	Yhteenveto korttien keskeisistä löydöksistä	33
3.8.1	Ilmiön luokittelu, luokittelun haasteet ja merkitys	34
3.8.2	Hyötyjen ja haittojen suhde	34
3.8.3	Puutteellisen tietopohjan merkitys	34
3.8.4	Autonomia	34
3.8.5	Ihmisarvo	35
3.8.6	Oikeudenmukaisuus ja yhdenvertaisuus	35
3.8.7	Lainsäädäntö	36
4	Tunnistettujen arvokysymysten punninta	36
4.1	Autonomian kunnioittaminen	37
4.2	Haitan välttäminen ja hyvän tekeminen	38
4.3	Oikeudenmukaisuus.....	40
5	Viitteet:	41

1 Johdanto

Huumeriippuvuuksien psykososiaalisia hoitoja koskevan suosituksen valmistelutyössä kartoitettiin suositukseen liittyviä arvokysymyksiä EUnetHTA – ydinmallin mukaisten kysymysten avulla (EUnetHTA). Mielenterveys- ja päihdejaosto tunnisti, että suositukseen liittyy poikkeuksellisen paljon arvokysymyksiä ja ne tulee huomioida suosituksen laatimisessa.

Tällä eettisellä analyysillä pyritään tuomaan mahdollisimman läpinäkyvästi ja kattavasti esiin ne aiheeseen liittyvät arvokysymykset, joilla on ollut merkitystä suosituksen laadinnassa ja jotka tulee huomioida suosituksen käyttöönotossa. Laaja eettinen analyysi tukee lääketieteellisen tutkimustiedon sekä yhteiskunnallisten, juridisten ja eettisten kysymysten tasapainoista huomiointia palveluvalikoiman määrittämisessä.

2 Menetelmät

EUnetHTA -ydinmalli perustuu kattavaan listaan erilaisista terveydenhuollon menetelmiin ja niiden arviointiin liittyvistä eettisistä kysymyksistä (ns. "kortit"). Kysymykset ovat jaoteltu seuraaviin pääotsikoihin:

1. Hyötyjen ja haittojen suhde
2. Autonomia
3. Ihmisyyden kunnioittaminen
4. Oikeudenmukaisuus ja yhdenvertaisuus
5. Lainsäädännölliset tekijät
6. Eettiset tekijät itse menetelmien arvioon liittyen

Korttien kuvaamat keskeiset arvokysymykset tunnistettiin jaoston keskusteluissa, aiheeseen liittyvästä kirjallisuudesta, läheisten ryhmätapaamisen sekä eri paikkakunnilla

toteutettujen kohderyhmän edustajien ryhmätapaamisten (yhteensä kolme) ja yhdellä paikkakunnalla toteutetun kohderyhmälle tehdyn kyselyn avulla.

Lopuksi tunnistettuja arvokysymyksiä punnitaan käyttäen prinsiplismiä teoreettisena viitekehyksenä.

Katsauksen ovat laatineet Palkon pääsihteeri, dosentti Ilona Autti-Rämö ja valtiotieteiden tohtori, tutkijatohtori Susanne Uusitalo.

3 EUnetHTA - mallin arvokysymysten kuvaus

3.1 Mistä sairaudesta/häiriöstä/tilasta on kysymys?

Eettistä analyysia varten on oleellista tunnistaa ne sairauden/häiriön erityispiirteet, jotka poikkeavat tavanomaisista sairauksista taudinkulun tai diagnoosi- ja hoitomahdollisuuksien kannalta. Vaikka tieteellinen keskustelu ei ole saavuttanut yksimielisyyttä riippuvuuksien todellisesta luonteesta (Heather ym. 2017), ne kuitenkin yleisesti tunnistetaan sairauksiksi tai häiriöiksi, joihin tarvitaan terveydenhuollon apua. Tässä analyysissa esitetään ne huumeriippuvuuksiin liittyvät keskeiset erityispiirteet, jotka tulevat tarkemmin käsiteltä arvokysymysten kohdalla.

Huumeriippuvuuksissa on kyse tilasta, jossa ihminen ei pysty hallitsemaan päihteiden käyttöönsä. Maailman terveysjärjestön ICD-10 diagnoosiluokituksen (2004) mukaisesti seuraavista kriteereistä vähintään kolmen on esiinnyttävä yhtäjaksoisesti vähintään kuukauden ajan viimeksi kuluneen 12 kuukauden aikana tai toistuvasti, mikäli jaksot ovat lyhyempiä.

- voimakas aineen himo tai pakonomainen halu aineen käyttöön
- heikentynyt kyky hallita aineen käyttöä
- vieroitusoireet aineen käytön vähentyessä tai loppuessa
- aineen sietokyky kasvaa
- aineen käytön muuttuminen elämän keskeiseksi asiaksi

- aineen käytön jatkuminen haitoista huolimatta

Huumeiden ensikäyttö on useimmiten kokeilua ja erilaisten tunnetilojen tai kokemusten hakemista. Koetut vaikutukset – tai odotukset toivotuista vaikutuksista - voivat johtaa säännöllisempään käyttöön, mikä toistuessaan, yksilöllisistä tekijöistä riippuen, voi edelleen johtaa nopeammin tai hitaammin huumeiden pakonomaiseen käyttöön eli riippuvuuteen. Riippuvuudessa huumeiden käyttö ei ole enää omassa hallinnassa eikä huumeiden käytöllä ole liioin saavutettavissa toivottuja, hallittavissa olevia vaikutuksia.

Huumeriippuvuuteen liittyy lisäksi paitsi vakavia terveyshaittoja (infektiot, mielenterveysoireet, myrkytystilat, tapaturmat) myös sosiaalisia ongelmia sekä rikollisuutta (ks. THL päihdetilastollinen vuosikirja 2019). Huume- ja lääkeriippuvuus esiintyvät usein yhdessä, minkä vuoksi tässä analyysissä huomioidaan myös näiden sekakäyttö. Sosiaalisten ongelmien kasautumiseen (ongelmat läheisten kanssa, työttömyys, asunnottomuus, riski rikolliseen toimintaan tai sen kohteeksi joutumiseen) liittyy itsenäisesti laaja-alainen terveyshaittojen riski, kun ihmisen kokonaisvaltainen kyky huolehtia itsestään heikkenee (ks. Suosituksen valmistelumuistio).

Riippuvuuteen johtava huumeidenkäyttö alkaa tyypillisesti nuorella iällä ja siihen liittyy suuri yhteiskunnan ulkopuolelle syrjäytymisen riski sekä merkittävästi lyhentynyt elinikä (ks. Aalto ym. 2018, Karjalainen ym. 2020). Tällaisen käytön taustalla voi olla mm. elämyshakuista kokeilua tai erilaisia koettuja oireita ja tunnetiloja, joiden hallitsemiseksi on hankittu huumeita tai lääkkeitä. Huumeiden ja lääkkeiden sekakäyttöä esiintyy kaiken ikäisillä ja se on yleistynyt. Sekakäyttöön liittyy ennakoimattomia keskushermostovaikutuksia ja jopa kuolemaan johtavia myrkytystiloja (ks. Kuussaari ym. 2017, Haukka ym. 2018).

Huumeriippuvuuksien ja nuorten huumeiden ongelmankäytön hoitoa ja kuntoutusta koskeva suositus perustuu laajempaan psykososiaaliseen viitekehykseen eli siinä tarkastellaan huumeriippuvuuksien ja nuorilla myös ongelmakäytön seurauksia niin kehon rakenteisiin ja toimintaan, fyysiseen toimintakykyyn, arjen toimista suoriutumiseen,

yleiseen hyvinvointiin kuin edellytyksiin osallistua yhteiskunnan toimintaan. Eettisessä analyysissä erityiseen tarkasteluun nousevat myös yhteiskunnasta syrjäytyminen sekä ne tekijät, jotka joko mahdollistavat tai estävät huumeriippuvuuksien vaikuttavan hoidon järjestymisen.

Psykososiaalisten menetelmien kokonaisuus liittyy kuntoutuksen ja kuntoutumisen viitekehykseen. Tähän kuuluu toiminnan taustalla olevan teorian (ks. Salminen ym. 2016) ja onnistuneen kuntoutumisen prosessin mahdollistavien tekijöiden ymmärtäminen (ks. Autti-Rämö ym. 2016a, Härkäpää ym. 2016). On tärkeää lähestyä huumeriippuvuuksien hoitoa huomioiden kuntoutumisen mahdollistavat yleiset periaatteet: toiminta perustuu hyväksytyyn teoriaan, näyttöön perustuviin menetelmiin, kuntoutujan motivaatioon ja sitoutumiseen, realistisiin tavoitteisiin sekä tavoitteiden saavuttamisen mahdollistavaan sisältöön. Kuntoutuminen edellyttää potilaan aktiivista osallistumista niin tavoitteiden määrittämiseen kuin sisällön suunnitteluun.

3.2 Hyötyjen ja haittojen suhde

3.2.1 Keskeiset oireet ja haitat, joita sairaudesta potilaalle seuraa?

Huumeriippuvuuksissa on kyse tilasta, jossa ihminen ei pysty hallitsemaan päihteiden käyttöönsä. Koska käyttö on hallitsematonta, voidaan ajatella, että myös käytöstä johtuvat haitat ja hyödyt eivät ole yksilön hallinnassa, vaikka hän voikin jossain määrin niihin vaikuttaa (esimerkiksi puhtaiden ruiskujen käytöllä tai muilla haittojen vähentämisen käytänteillä, ks. esim. Vearrier 2019). ICD-10:n diagnoosin edellyttämät kriteerit ja niiden samanaikaisuus kuvastavat haittojen moninaisuutta ja keskinäistä sidonnaisuutta. Heikentynyt kyky hallita aineen käyttöä, sietokyvyn kasvu ja vierotusoireet johtavat syvemmälle riippuvuuteen, erityisesti silloin, jos henkilö ei ymmärrä tilanteen vakavuutta ja hakeudu hoitoon. Nuorilla huumeiden kokeilu voi nopeasti muuttua ongelmakäytöksi ja edelleen riippuvuudeksi, erityisesti jos huumeiden käyttö on kaveripiirissä yleistä (ks. Niemelä 2018). Voimakas aineen himo tai pakonomainen halu aineen käyttöön johtavat aineen käytön muuttumisen elämän keskeiseksi asiaksi, jolloin käyttö jatkuu haitoista huolimatta.

Huumeriippuvuuksien keskeiset haitat ovat moniulotteisia (ks. esim. Beran 2019, Nutt ym. 2010), eikä niiden erottelu esimerkiksi fyysisiin, psyykkisiin tai sosiaalisiin ole välttämättä aina edes mahdollista. Haitat painottuvat eri tavoin eri henkilöillä, samoin haittojen vaikeusaste vaihtelee. Huumeriippuvuuteen liittyy vakavia terveyshaittoja; infektiot, mielenterveysoireet, myrkytystilat ja tapaturmat. Huumeiden ja lääkkeiden sekakäyttöä esiintyy kaiken ikäisillä ja siihen liittyy erityisesti yhteiskäytöstä johtuvia yllättäviä, jopa kuolemaan johtavia myrkytystiloja (ks. Kriikku ym. 2020), sekä ennakoimattomia mielenterveysoireita, jopa psykooseja (ks. Aalto ym. 2018).

Sosiaalisten ongelmien kasautuminen – opiskelun keskeytyminen, työttömyys tai jatkokoulutuksesta poisjääminen, asunnottomuus, luottotietojen menetys, lasten huostaanotto - johtaa helposti yhteiskunnan ulkopuolelle ajautumiseen. Suhteet läheisiin muuttuvat ja arjessa kannatteleva turvaverkko ohenee tai katkeaa. Sosiaalisen aseman ja terveydentilan heikentyminen etenevät usein samanaikaisesti. Kun ihmisen kyky huolehtia itsestään heikkenee, myös terveydelliset seuraamukset lisääntyvät. Huumeriippuvilla on myös suuri riski joutua rikosten uhriksi tai tekijöiksi, rikosten vakavuus vaihtelee (ks Perälä 2018a,b, Hautala ym. 2018). Sosiaaliset ongelmat ovat paitsi merkittävä seuraus myös riski päihteiden käytölle.

3.2.2 Hoitojen käyttöön tai käyttämättä jättämiseen liittyvät hyödyt ja haitat potilaille?

Keskeiset hyödyt vaikuttavien hoitojen käyttöön liittyvät siihen, että huumeiden käyttö ei enää ohjaa ihmisen toimintaa ja arjen ratkaisuja. Mahdollisuus elämänhallintaan sekä opiskelu- ja työkykyyn paranee. Nämä tekijät ovat yhteydessä toimeentuloon, pysyvään asuntoon, perheestä huolehtimiseen ja luottamuksellisiin ihmissuhteisiin. Riippuvuuden hoitotuloksiin liittyy myös liitännäissairauksien tunnistaminen ja hyvä hoito sekä käytöstä johtuvien somaattisten sairauksien hoidon mahdollistuminen ja niiden ennaltaehkäisy. Tämä kaikki lisää niin terveyttä kuin odotettavissa olevaa elinikää.

Nuorten kohdalla ongelmakäytön varhainen tunnistaminen ja hoitoon ohjaus on tärkeää. Se voi ehkäistä riippuvuuden kehittymisen ja jo nuoruusiästä alkavan syrjäytymisen kierteen. Nuoruusiällä käynnistyvään syrjäytymiseen liittyy paitsi koulunkäynnin tai opiskelujen keskeytyminen myös itsenäisen aikuisuuden taitojen oppimisen puute.

Itse psykososiaalisiin hoitomenetelmiin ei juuri liity haittoja, mutta holhoavat hoitokulttuurit voivat edellyttää sellaista käyttäytymistä, joka ei ole potilaalle ominaista (esim. strukturoitu ohjelma, ohjatut ryhmäkeskustelut). Tämä voi kasvattaa jännitteitä potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä. Ennakkoluulot ja asenteet voivat osaltaan mahdollistaa potilaan syyllistämistä tämän poiketessa odotetusta toimintamallista (Altundal ym. 2017, Leppo 2018) ja potilas voi kokea, ettei ole tullut ymmärretyksi tai kohdatuksi omana itsenään. Ylipäättään hoitojen toteuttamiseen liittyy paljon haasteita, koska vuorovaikutus voi olla hyvinkin vaikeaa (ks. van Boekel ym. 2013). Vuorovaikutusmallit voivat myös merkittävästi poiketa totutusta hoitavan tahon ja potilaan välillä (esim. runsas kiroilu). Jos potilas käyttäytyy aggressiivisesti, saatetaan seuraavalle käynnille pyytää ennakolta vartija mukaan. Tämä voi potilaan näkökulmasta olla todiste siitä, ettei häneen luoteta. Tämä kehä voi nopeasti vahvistua ja olla haittana hoidon onnistumiselle, koska sitoutuminen hoitoon edellyttää ainakin jonkinasteista luottamusta hoitavaan tahoon. Kaksoisdiagnoosipotilaiden osaava kohtaaminen edellyttää ymmärrystä molempien sairauksien vaikutuksesta potilaan käyttäytymiseen.

Erityisiä haasteita syntyy tilanteissa, joissa yksilöllä on sekä huumeriippuvuus että sairaus, joka edellyttää sellaista lääkehoitoa, jota voidaan myös väärinkäyttää. Esimerkkeinä ovat ADHD ja stimulanttilääkitys (Liskola ym. 2021) sekä ahdistushäiriöt ja rauhoittavat lääkkeet (Huttunen ym. 2021). Samanaikainen päihteiden käyttö ei saa olla peruste hoidon epäämiselle, jos keskushermostoon vaikuttavien lääkkeiden käyttö on lääketieteellisesti perusteltua. Myös huume- ja/tai lääkeriippuvaisella on oikeus kokonaisuuden huomioiviin diagnostisiin tutkimuksiin sekä diagnoosin mukaisiin lääkehoitoihin, vaikka valvotusti.

Päihderiippuvaisen psykososiaaliset hoidot voivat aiheuttaa myös haittaa, jos ne eivät vastaa sisällöltään potilaan tarpeita, ovat kestoltaan riittämättömiä tai potilasta kohdellaan

epäasianmukaisesti tai huonosti. Riippuvuuksien hoito on pitkäaikaista ja edellyttää usein toistuvia hoitajaksoja tai vähintään mahdollisuutta hoitokontaktiin tarvittaessa. Relapsit voivat luoda pessimismiä niin potilaan kuin henkilökunnan mielessä. Uuden hoitoyrityksen käynnistäminen edellyttää molempien uskoa onnistumisen mahdollisuuteen. Hoitoon voi myös väsyä, jos ei synny luottamusta siihen, että hoitoon kannattaa satsata kerta toisensa jälkeen. Jos henkilö ei saa hakemaansa hoitoa, vahvistaa se näkemystä itseaiheutetusta ongelmasta ja tarvittava apu jää saamatta.

Hoitojen tarjoamisen vaikutuksia pohdittaessa on myös huomioitava se, mitä potilaat tekevät, mikäli hoidot eivät sisälly palveluvalikoimaan. Yksityinen sektori ei ole kaikkien, varsinkaan talousvaikeuksissa olevien yksilöiden saatavilla. Kansainvälisesti on tunnistettu, että hoitojen epääminen lisää yksilöiden (erityisesti nuorten) hakeutumista laittomiin ja riskialttiisiin toimiin, esimerkiksi huumeiden ja lääkkeiden hankkimiseen laittomin keinoin ja taloudellisten ongelmien kasvaessa myös muuhun rikolliseen toimintaan (Global Commission on Drug Policy 2015).

Hoitojen käyttämättä jättämisellä voi olla hengenvaarallisia vaikutuksia yksilölle, varsinkin jos riippuvuus on erityisen vakava. Katukaupassa olevien aineiden laatu vaihtelee ja niiden vaikutukset ovat ennalta arvaamattomia, myös vakavia terveydellisiä haittoja aiheuttavia. Niiden käytöstä voi seurata vaikeita psykooseja, jolloin henkilöt ovat vaaraksi sekä itselleen että muille, erityisesti läheisilleen.

Sairaskertomukseen tehty merkintä huumeiden käytöstä ja riippuvuuden hoidosta säilyy potilasasiakirjoissa pysyvästi. Menneisyydestään ei pääse eroon. Tällä voi olla haitallisia vaikutuksia esimerkiksi ammatilliseen koulutukseen pääsyn ja joissakin ammateissa työskentelyn kannalta.

Hoitoon hakeutumattomuudesta voi yksilön näkökulmasta olla myös hyötyjä, jotka on hyvä tunnistaa. Hoito kontrolloi käyttöä ja potilas voi kokea, että ilman hoitoa hän on vapaampi päättämään elämästään. Hoitoon sitoutuminen voi vaikuttaa hyvin merkittävästi arkeen, eivätkä hoidot jousta poikkeustilanteisiin, esimerkiksi korvaushoito on aikaan ja paikkaan

sidottu. Riippuvuutta ylläpitävästä kaveripiiristä tai parisuhteesta olisi luovuttava ja ehkä myös asuinympäristö vaihdettava, jos haluaisi lisätä hoidon onnistumisen todennäköisyyttä.

3.2.3 Mitä haittoja ja hyötyjä hoidoista koituu potilaiden sukulaisille, muille potilaille, organisaatioille, yrityksille, yhteiskunnalle jne.?

Arvioitaessa hoitojen hyväksyttävyyttä ja käyttöönottoa on tarpeen huomioida yksilön oikeuksien lisäksi myös se, minkälaisia vaikutuksia hoidoilla on muille ihmisille tai yhteiskunnalle laajemmin ymmärrettynä.

Huumeriippuvuuden haitat niin omaisille, lapsille ja läheisille kuin laajemmin yhteiskunnalle ovat laajasti tunnistettu (ks esim. THL päihdetilastollinen vuosikirja 2019, Aalto ym. 2018). Omaisten ja läheisten kannalta keskeistä on, että hoito olisi oikea-aikaista, laadukasta ja riittävän pitkäkestoista ja että omaiset sekä läheiset saavat osallistua hoitoon osana riippuvuudesta irtautumiseen tarvittavaa tukiverkostoa (ks. Kalsås ym. 2020). Riittämätön tai epäasianmukainen hoito voi lisätä myös potilaan oireilua ja toivottomuutta, mikä puolestaan lisää myös läheisten ahdinkoa.

Lasten hyvinvointi ja kehitys voivat vaarantua, jos vanhemmat tai joku sisaruksista käyttää päihteitä. Lastensuojelun rooli on selkeä, jos vanhemmilla on vakavia päihdeongelmia. Tilanteessa, jossa päihdeongelmainen on yksi perheen lapsista, ei vanhempien voimavarat aina riitä perheen muiden lasten hyvinvoinnin varmistamiseen. Lastensuojelun toiminnan kohteena on päihdeongelmainen lapsi/nuori ja hänen yksilölliset tarpeensa. Kun päihdeongelmainen nuori otetaan huostaan, joko vanhempien aloitteesta tai lastensuojelun tunnistamasta tarpeesta käynnistyen, tulisi myös muun perheen hoidon tarve tunnistaa ja järjestää.

Erityisesti on huomioitava päihteiden käyttö raskauden aikana, jolloin sikiö altistuu erilaisille päihteille. Raskaana olevan muut elintavat voivat myös vaikuttaa paitsi

raskauden kulkuun myös tulevaan vanhemmuuteen valmistautumiseen. Mitä varhaisemmin raskaana olevan hoito aloitetaan, sitä paremmat ovat mahdollisuudet riittävän vanhemmuuden kehittymiseen, mikä vaikuttaa lapsen hyvinvointiin ja tukee hänen kehitystään (ks. Pajulo 2011). Päihteiden vaikutus sikiön kehitykseen riippuu käytetyistä päihteistä, määristä ja ajankohdista. Vaikka alkoholin vaikutukset sikiöön ovat haitallisimmat, ei muidenkaan päihteiden osalta voida todeta niiden olevan sikiölle täysin haitattomia (ks. Kivitie-Kallio ja Autti-Rämö 2012).

Ongelmakäytön ja riippuvuuden vaikutus käytökseen voi tulla läheisille ja omaisille yllätyksenä; totutut vuorovaikutuksen keinot eivät toimi ja luottamus rakoilee. Yksittäisen potilaan hoidoilla tai hoitoon pääsemisen vaikeuksilla voi myös olla merkittäviä vaikutuksia potilaan sosiaaliseen rooliin lähiympäristössään. Poliisin yhteydenotot, sairaalan ilmoitukset vakavasta myrkytystilasta tai tapaturmasta, kodin löytäminen arvotavaroista tyhjennettynä, aggressiivinen käytös ja väkivallan uhka ovat asioita, joita on vaikea yhdistää omaan lapseen, sisarukseen tai muuhun perheenjäseneseen, kunnes ne toistuessaan johtavat jatkuvaan pelkotilaan. Pelko voi liittyä niin oman, läheisten kuin käyttäjän hyvinvointiin. Jos omaisille annetaan mahdollisuus osallistua hoitoprosessiin, voi se osaltaan vahvistaa potilaan omanarvontuntoa sekä tunnustaa omaiset tärkeänä voimavarana arjen tukiverkon rakentamisessa (ks. Akram ja Copello 2013). Yhdessä yrittäminen ammattilaisten tukemana voi myös lähentää perhesuhteita. Mahdollisuus elämän perussävyyn muuttumisesta huolipainotteisuudesta toiveikkuuteen voi olla merkittävä hoitojen aikaan saama hyöty.

Riippuvuuksien hoidon yhteiskunnallisista hyödyistä keskustellaan vähemmän kuin hoitojen toteutumiseen liittyvistä ympäristöön vaikuttavista uhkakuvista. Huumeiden ja sekakäytön osuus liikennetapaturmissa ja ratsioissa on jatkuvasti lisääntynyt (ks. Gunnar ja Kuoppasalmi 2020). Hoitoyksikön tai päihderiippuvaisten asuntolan perustamiseen tai uudelleen sijoittamiseen liittyy usein ympäristössä nousevia pelkoja yksikön ympärille muodostuvista lieveilmiöistä; rikollisuuden lisääntyminen, katukauppa, varastelu, väkivallan uhka. Onko yhteiskunnassa paikkaa, missä riippuvuuksien hoitoyksiköt tai asuntolat olisivat lähtökohtaisesti tervetulleita? Yhteiskunta on kaikille turvallisempi, jos huumeiden käyttöön liittyviä järjestyshäiriöitä, tapaturmia ja rikollisuutta saadaan

vähennettyä mahdollistamalla päihderiippuvaisille turvallinen asuminen, perustoimeentulo ja hyvä hoito (ks. McGowan ym. 2017).

Huumeiden käytön ja lääkkeiden väärinkäytön lisääntyminen johtaa terveydenhuolto-palvelujen tarpeen kasvuun. Terveydenhuollossa vaihtoehtokustannukset ovat aina olemassa; jollekin taholle myönnetyt resurssit ovat toisaalta pois. Toiminnan kasvattaminen edellyttää paitsi lisää resursseja myös osaamista. Toimintaa, jonka hoitotulokset ovat vähäisiä tai joita ei pystytä osoittamaan, ei haluta yhteiskunnan varoin tukea.

Varsinkaan, jos samasta rahoituksesta kilpailee jokin toinen toiminta, jolle annetaan syystä tai toisesta suurempi arvo (ks. Kaila ja Lohiniva-Kerkelä 2020). Jos kohderyhmään liittyy stigma, voi ongelmana lisäksi olla se, että se ei saa riittävästi resursseja vaikuttavuuden mahdollistumiseksi (ks. Pauly 2008, van Boeken ym. 2013;). Huumeriippuvuuksien oikea-aikaisen, hyvän hoidon mahdollistaminen edellyttää sitä, että arvioitaessa hoitotarvetta ja hoidon järjestämistä huomioidaan paitsi terveydelliset myös sosiaaliset ja järjestyksen ylläpitoon sekä oikeusjärjestelmään vaikuttavat seuraukset. Tämä on huomioitu myös NICE:n ohjeistuksessa (ks. <https://www.nice.org.uk/process/pmg20/chapter/incorporating-economic-evaluation>).

3.2.4 Onko hoitojen käyttöön otolla jotain piilotettuja tai tahattomia seurauksia potilaille, sukulaisille, muille potilaille, organisaatioille, yhteiskunnalle jne.?

Hoitojen tehokas ja oikea-aikainen tarjonta voi vähentää huumeriippuvuuteen liittyvää stigmaa ja vähentää ennakkoluuloja. Hoitojen tarpeen tunnistaminen ja niiden yleistyminen voi osaltaan lisätä ymmärrystä ja yhteiskunnallista suvaitsevaisuutta huumeriippuvaisia kohtaan. Yhteiskunnan vastuu huolehtia kaikista vähentää sairauksien välistä eriarvoisuutta. Riippuvuuksien hoidon järjestäminen ja esiin tulevien haasteiden avoin käsittely voi parantaa matalan kynnyksen palvelujen tarjontaa ja niihin hakeutumista. Huumeiden ja lääkkeiden väärinkäytön vähentäminen voi vähentää järjestyshäiriöitä ja parantaa liikenneturvallisuutta.

Toisaalta, jos stigmaa ei saada vähennettyä, se voi ”valua” palveluita tarjoavaan asuinalueeseen, hoitohenkilökuntaan ja potilaan läheisiin. Tällainen kärjistää eriarvoisuutta monella eri tavalla ja laajentaa syrjäytymisen vaarassa olevia populaatioita. Jos hoito on riittämätöntä tai epäasiallista, voi se myös lisätä ennakkoluuloja hoitohenkilökuntaa kohtaan, vähentää hoitoon hakeutumisen halukkuutta ja lisätä väestön epäluuloa hoitojen tarpeellisuudesta.

3.2.5 Onko eettisiä esteitä haittaa ja hyötyä koskevaan tiedon tuottamiseen?

Kun kyseessä on omien elintapojen muutos, on keskeistä, että yksilöllä on itsellään paitsi motivaatiota myös mahdollisuutta valita, miten edeten hän on valmis vähentämään tai kontrolloimaan käyttöönsä. Riippuvuusoireyhtymässä aineiden alkuperäinen käyttötarkoitus vaihtelee elämyshakuisuudesta jonkin tunnetilan tai oireen hallitsemiseen. Nämä tarkoitukset voivat muuttua riippuvuuden kehittyessä, mutta huumeiden käytöllä on aina jokin tarkoitus (ks. Pickard 2012). Kun huumeiden ja/ tai lääkkeiden käyttöä aletaan vähentää, on otettava huomioon myös käytön mahdollisesti pysyvät vaikutukset keskushermoston toimintaan ja oirekuvaan sekä hoitamattomien mielenterveys- ja käyttäytymishäiriöiden mahdollinen voimistuminen. Jos näitä esiin tulevia oireita ja tunnetiloja ei huomioida hoidon toteutuksessa, on suuri riski, että hoitosuhde katkeaa. Mikään perinteinen tutkimusasetelma (ks. Autti-Rämö ym. 2016b) ei huomioi riittävästi komorbiditeettiin liittyviä haasteita.

Riippuvuuteen liittyy se, että hoidot usein keskeytyvät ja pitkän ajan seuranta on vaikea toteuttaa. Myös kuntoutujan arkeen vaikuttavat muut, usein odottamattomat tekijät, voivat keskeisesti vaikuttaa niin hoitomotivaatioon kuin sen toteutumisen edellytyksiin. Koska huumeiden käyttö on rikos, voi se myös vaikuttaa tutkimukseen hakeutumiseen ja osallistujien valikoitumiseen sellaiseksi, että osallistujat eivät vastaa tosiasiallisia hoidon tarvitsijoita (ks Barratt ym. 2007, Ryan ym. 2019).

Riippuvuuksien hoidon vaikuttavuutta arvioitaessa pitäisi pystyä kuvaamaan hoidon vaikutukset ei vain huumeiden käyttöön, vaan tarkastella laajemmin terveydenhuollon palvelujen käyttöä (päivystyskäynnit, somaattiset sairaudet, psyykkiset oireet), yleistä toimintakykyä ja elämänhallintaa, sosiaalipalvelujen tarvetta, järjestyshäiriöitä sekä rikoksia ja niiden seuraamuksia (ks. Marsden ym. 2019). Haasteena on myös se, ettei hoidon järjestäminen ole kansainvälisesti mitenkään vakiintunutta (ks. Klingemann 2020). Jos hoitamattomuudesta johtuvia haittoja ja kustannuksia ei oteta laaja-alaisesti huomioon, voi se heikentää käsitystä psykososiaalisten hoitojen tosiasiallisista yhteiskunnallisista vaikutuksista (ks. Marsden ym 2019).

3.3 Autonomia

3.3.1 Tarjotaanko hoitoa potilaille, jotka ovat erityisen haavoittuvaisia?

Kyseessä on erityisen haavoittuva potilasryhmä. Riski ihmisarvoa loukkaavaan kohteluun ja kaikenlaiseen syrjintään on merkittävä, hoitoon pääsy on vaikeaa ja syrjäytymisen riski on suuri. Lapsuusiässä huumeiden käytön aloittaneilta käyttö on usein vienyt koulutuksen edellytykset ja ohjannut heidät sosiaaliseen ympäristöön, josta poispääsy on vaikeaa (ks. Aalto ym. 2018, Klingberg ja Paul 2018, Särkelä-Kukko 2020).

Erityisen haavoittuvia ovat muista syistä kompetenssiltaan alentuneet henkilöt, joilla on joko diagnosoituja tai diagnosoimattomia mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöitä. Erityisryhmä ovat myös ne nuoret ja aikuiset, joilla on ollut toistuvia lapsuusiän traumaattisia kokemuksia ja sosioekonomisesti heikko kasvu ympäristö. Heille on voinut jo lapsuudessa syntyä kokemus huonommuudesta ja heikommasta pärjäämisestä. Huonosuorituksen ylisukupolvisuus ja huostaanotto voivat johtaa kovan kuoren rakentamiseen, jonka sisällä on kasvava arvottomuuden kokemus (ks. Alanen ym. 2014, Saari ym. 2020)

Huumeriippuvuuteen ja sekakäyttöön voi liittyä myös väkivallan ja rikosten kierre, joko uhrina tai toimijana. Uhkailun ja ihmiskaupan kohteena oleminen heikentää myös henkilön valmiuksia hoitoon hakeutumiseen.

Terveydenhuoltojärjestelmän sisäiset kielteiset asenteet voivat osaltaan lisätä potilaiden haavoittuvuutta (ks. van Boekel ym. 2013, Leppo 2018). Potilaat ja heidän omaisensa kertovat tulleen vaihtelevasti kohdelluksi (ks. myös Iammarino ja Pauly 2020). Huono kohtelu lisää arvottomuuden tunnetta.

Haavoittuvassa asemassa olevat edellyttävät erityistoimenpiteitä, jotta heillä on yhdenvertainen mahdollisuus hoidon saantiin. Tällä hetkellä riippuvuusoireyhtymistä kärsiviä syrjitään sekä yhteiskunnan että terveydenhuoltojärjestelmän tasolla. Myös päihteiden käyttäjien välillä on hierarkkista syrjimistä ja hyväksikäyttöä (ks. huumeiden käyttäjien asenteista toisiin käyttäjiin Perälä 2007, Ahern ym. 2007).

3.3.2 Vaikuttaako hoidon toteuttaminen potilaan kykyyn ja mahdollisuuteen toimia autonomisesti?

Tarkastelemme autonomiaa kahdesta näkökulmasta:

- a) miten hoidot vaikuttavat potilaan autonomiaan, kun autonomia ymmärretään yksilön mahdollisuutena ja kykynä toimia omien autenttisten arvojensa ja näkemystensä mukaisesti sekä tekemään merkityksellisiä omaa elämäänsä koskevia valintoja ja päätöksiä
- b) miten potilaan kyky ja oikeus autonomiaan huomioidaan päätettäessä hoidoista

Huumeriippuvuudet ja niihin usein liittyvät mielenterveyshäiriöt/-oireet heikentävät psyykkistä toimintakykyä ja näin autonomiaa (vrt. Levy 2016). Hoidon ja tuen saaminen puolestaan lisäävät potilaan mahdollisuutta autonomiaan (ks. Lago ym. 2020). Autonominen päätöksenteko edellyttää kykyä (ns. kompetenssi) päätöksentekoon, joka kattaa mm. riittäviä tietoja päätöksen seurauksista, kykyä punnita tätä tietoa suhteessa omiin preferensseihin ja kykyä toimia päätösten mukaisesti. Mahdollisuus parantaa tämän ryhmän valmiuksia hoitoon jo ensikontaktissa sekä varsinaisen hoitajakson aikana on ottaa läheiset mukaan arjen tukihenkilöiksi, jos heillä on siihen valmiuksia. Riippuvuuteen liittyy

monenlaisia fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia tekijöitä, jotka ovat muokanneet henkilön kykyä hallita arjen päätöksiä ja toimintakykyä. Ulkopuolinen tuki ja struktuuri ovat keskeisiä erityisesti hoidon alkuvaiheessa. Riippuvuuksien hoidossa keskeistä onkin tunnistaa potilaan kompetenssin taso, eli kuinka tietoon perustuen ja rationaalisesti potilas kykenee kussakin tilanteessa tasapainottamaan hoitoon sitoutumisen hyötyjä ja haittoja pitkällä tähtäimellä. On myös pystyttävä erottamaan kuntoutusmotivaatio – kyky sitoutua ammattilaisten ohjaamaan työskentelyyn ja kuntoutusmotivaatio – asetettuihin tavoitteisiin sitoutuminen (ks. Härkäpää ym. 2016).

Perinteisesti lääketieteelliset päätökset ovat olleet lääkärin tekemiä, mutta nykyisin pyritään jaettuun päätöksentekoon. Tässä kussakin tilanteessa lääketieteellisesti perustelluista vaihtoehtoista valitaan yhdessä potilaan kannalta toimivin ja hänen elämäntilanteeseen sekä arvoihin soveltuva. Arjen tilanteessa on pohdittava, kuinka paljon humeriippuvaisella pitäisi tosiasiasiallisesti olla valinnanvaraa hoitojen toteuttamisessa tilanteessa, jossa oma motivaatio ja kyky sitoutua voivat vaihdella suuresti. Sitoutuminen hoitoon edellyttää kuitenkin autonomiaa, on siis oltava jonkinlainen päätäntävalta. Potilaan voi olla vaikea tunnistaa, millainen hoito vie tavoitteiden suuntaa, mutta potilaan kuuleminen hoidosta päätettäessä ja sen aikana on edellytys hoitoon sitoutumiselle. Potilaiden haastatteluissa tuotiin lisäksi esille se, että luottamuksellinen, potilaan mahdollisuuksiin uskova vuorovaikutus on edellytys hoitoon sitoutumiselle. Tämä on osa potilaan autonomian kunnioittamista.

On myös tarkasteltava, onko hoitojen toteutumisessa sisäisiä valta-asetelmia, jotka vaikuttavat potilaiden kykyyn ja mahdollisuuteen toimia autonomisesti. Hoitava taho pyrkii ottamaan tietävämmän roolin, mikä voi vaikuttaa siltä, että yksilön autonomia kyseenalaistetaan. Potilaita ei pakoteta hoitoihin, mutta riippuvuuksien hoidon toteutus voi sisältää elementtejä, joihin liittyy potilaan autonomian rajaaminen –lääkkeiden käytön epääminen, hoitojaksolla liikkuvuuden rajoittaminen ja kontaktien rajaaminen. Kuitenkin nämä arjen valinnat ovat henkilön itsensä päätettävissä. Oleellista olisi, että yksilö tulee tietoiseksi eri tilanteisiin liittyvistä riskeistä, jolloin hän itse pyytää ja saa työkaluja päihteettömän arjen mahdollistamiseksi. Potilashaastatteluissa tuotiin myös esille se, että kohtelu vaikuttaa

omaan toimintamalliin. Jos kohdellaan avuttomana, myös tuntee itsensä avuttomaksi. Jos kohdellaan pelottavana, tämä mahdollistaa toimintamallin, jossa aggressiiviset tunteet nousevat pintaan ja voivat johtaa myös toimintaan.

Tilanteessa, jossa huumeriippuvaisella on lapsia, joudutaan tekemään lastensuojelulain edellyttämiä toimia lasten suojelemiseksi. Milloin hoidossa olevan huumeriippuvaisen voidaan arvioida kykenevän turvalliseen, lapsen kehitystä tukevaan vanhemmuuteen ja kenen arvioimana? Myös tässä yhteydessä ennakoluulot ja stigma voivat helposti nousta esiin (ks. Uusitalo ja Axelin 2017). Selkeät vanhemmuuden vahvistumista tukevat sopimukset voivat helpottaa hoidossa pysymistä ja vahvistaa turvallista vanhemmuutta (ks. <https://ensijaturvakotienliitto.fi/>, Söderholm ja Kivitie-Kallio 2012).

Huumeriippuvaisten käyttäytyminen voi olla odottamatonta, myös heille itselleen. Nuoruuden kehitysvaiheessa esiintyy normaalistikin ristiriitoja odotetun käyttäytymismallin ja tosiasiallisen, joskus reaktiivisenkin, käyttäytymisen välillä. Erilaiset tilanteet, kuten hoidossa käynti, voivat ahdistaa niin ennakolta kuin jälkikäteen sekä nuorta että aikuista. Toisaalta aikaisempi käytös voi johtaa hoitohenkilökunnassa varautumista sen toistumiseen, erityisesti aggressiivisen käyttäytymisen osalta. Mitä paremmin hoitohenkilökunta ymmärtää potilaiden vaihtelevia tunnetiloja (ahdistus, aggressiivisuus, kärsimättömyys), sitä vähemmän tällaista käyttäytymistä kokemuksen mukaan esiintyy. Potilaat itse kertoivat, että heille on tärkeää voida luottaa tulevansa kohdatuksi yksilönä ilman ennakkoletuksia ja varaumia.

3.3.3 Onko tarvetta erityisille interventioille tai tukitoimille liittyen informaation, jotta potilaan autonomian kunnioittaminen toteutuu hoidon yhteydessä?

Potilaan oikeus ja etu on, että hänen tilanteensa arvioidaan kokonaisvaltaisesti, mikä sisältää niin terveydenhuollon kuin sosiaalipalvelujen tarvearvion. Se voi edellyttää historiatietoja (perhetausta, lapsuus- ja nuoruusiän kehitykselliset tiedot, koulunkäynti, terveydenhuollon käynnit ja annetut hoidot, mahdolliset traumaattiset elämäntapahtumat,

koulutus ja työhistoria) riippuvuuteen vaikuttavien tekijöiden ymmärtämiseksi sekä mahdollisten samanaikaisten mielenterveyden- ja käyttäytymisen häiriöiden sekä elämänhallintaan liittyvien ja käyttöä laukaisevien riskitekijöiden tunnistamiseksi. Tämä voi edellyttää sitä, että historiatietojen kartoitukseen osallistetaan myös omaiset. On myös tehtävä kliininen somaattinen tutkimus mahdollisten terveyteen jo vaikuttaneiden seurausten tunnistamiseksi. Tämä vie aikaa, mutta luo myös potilaalle luottamuksen siitä, että hänet kohdataan kokonaisuutena. On tärkeää selittää potilaalle, miksi kokonaisuuden kartoittaminen on tärkeää ja miten siinä esiin tulevat asiat voivat vaikuttaa hoidon suunnitteluun, tavoitteisiin ja toteutukseen.

Nuorten kohdalla on tärkeä ymmärtää, että huumeiden käyttöön voi liittyä vahva sidos kaveripiiriin. Tämä voi vaikuttaa myös nuoren kykyyn ja halukkuuteen tehdä itsenäisiä päätöksiä hoitoon hakeutumisen ja siihen sitoutumisen suhteen. Myös sillä, miten nuori viihtyy hoitopaikassa ja miten hän kokee tulevansa kohdelluksi, on merkitystä hoitoon sitoutumisessa. Kun kyseessä on lastensuojelutoimenpiteenä tehty huostaanotto ja laitossijoitus, on erityisen tärkeä varmistaa, että nuori ei koe hoitoyrityksiä rangaistuksina, sillä tällainen kokemus voi vahvistaa ongelmakäyttöä, johtaa riippuvuuden kehittymiseen ja lisätä syrjäytymisen riskiä.

Potilaalla on oikeus kieltäytyä ehdotetusta hoidosta. Myös tilanteessa, jossa hän on aktiivisesti hakenut hoitoa. Tämä ei kuitenkaan saa johtaa hoitojen epäämiseen tulevaisuudessa. Hoitavan tahon tulee luoda luottamusta siihen, että hoitoa on tarjolla ja että sillä on mahdollisuuksia parantaa yksilön tilannetta eikä todeta, että aiempien relapsien, huonon sitoutumisen tai vaikka rikostuomioiden vuoksi hoitoja ei ole mahdollisuutta enää saada. On myös tärkeää, että potilaalle voidaan tarjota vaihtoehtoja. Kuntoutumista tukevat hoitomenetelmät, joista päätetään tai toteutetaan tahdonvastaisesti, eivät sitouta ja johda yksilön omien toimintamallien muutokseen (ks. Härkäpää ym. 2016).

Huumeriippuvuuksien hoitoon liittyy piirteitä, jotka potilas voi kokea autonomiansa kyseenalaistavina. Potilas voi tulkita hoidon myös vallankäytöksi (ks. Carter ym. 2018). Yksi tällainen hoitoon kuuluva, autonomiaan vaikuttava toimenpide on virtsanäytteet,

joiden tarkoitus on antaa informaatiota mahdollisesti käytetyistä aineista. On tärkeää, että potilas voi luottaa siihen, että näytteitä käytetään osana hoitoja eikä niiden tarkoituksena ole hänen valvontansa, jolla hänet yritetään "saada kiinni". Tällöin laboratorionäytteet eivät ole uhka vaan osa hoitoa. Tällöin ne mahdollistavat myös potilaille avoimuuden retkahduksista kertomisen suhteen ja näytteiden ottoon asianmukaisen reagoimisen ilman peittelyn tarvetta. Tämä korostaa informaation ja viestinnän tärkeyttä hoidossa.

Kyky tehdä päätöksiä voi olla alentunut tai rajoittunut myös samanaikaisesta mielenterveyshäiriöstä johtuen (ks. esim. Pickard ja Pearce 2013). Erityisesti tilanteissa, joissa potilaalla on psykoottisia oireita tai hän sairastaa paranoidista skitsofreniaa, on hänen kykynsä ymmärtää hoidon tarve alentunut. Hoitojärjestelmä ei tällä hetkellä ole valmistautunut siihen, miten avohoidossa olevan kaksoisdiagnoosi potilaan, jolla on sekä psykoottista oireita että huumeriippuvuus, hoito ja asuminen järjestetään. Tämä kuormittaa erityisesti omaisia, jotka voivat joutua myös vaaratilanteisiin pyrkinessään auttamaan läheistään tai läheisen ilmaantuessa omaisten ovelle sekavana ja aggressiivisena, kun ei ole muuta paikkaa minne mennä.

3.3.4 Haastaako tai muuttaako hoito tai siitä pidättäytyminen ammattiarvoja, etiikkaa tai perinteisiä rooleja?

Riippuvuuksista kärsiviä potilaita pidetään terveydenhuollon toimijoiden näkökulmasta tutkimusten mukaan usein haastavina ja vaativina, jopa pelottavina. Suhtautumiseen vaikuttaa erityisesti se, jos ajatellaan riippuvuuden olevan itse aiheutettua (ks. Pennonen ja Koski-Jännes 2010). Osalla päihderiippuvaisista on heikot vuorovaikutustaidot, erityisesti jos on elänyt pitkään päihteiden käytön määrittämässä kulttuurissa. Käytös voi olla äkkinäistä, uhkaavaa tai helposti ahdistuvaa. Tämä edellyttää terveydenhuollon ammattilaiselta uudenlaista osaamista ja erilaisten käyttäytymismallien ymmärtämistä kohtaamistilanteissa. Päihderiippuvuuteen ja nuorten ongelmakäyttöön liittyy myös nopeat mielenmuutokset, vaikeudet keskittyä ja toimia suunnitelmallisesti. Vastaanotolla yllättäen syntyvät tilanteet, kuten aggressiivisuus, johtavat toiminnan kohdistumisen muuhun kuin

itse hoidon tarpeen arvioimiseen ja tämä voi vaikeuttaa pitkään hoidon järjestymistä. Hoitavalta taholta vaaditaan vakautta pystyä hoitamaan erilaisia tilanteita ja varmistamaan potilaalle, että hoitava taho on sitoutunut auttamaan. Vastaavia taitoja tarvitaan myös psykiatristen potilaiden hoidossa.

Hoidon käynnistäminen voi edellyttää aktiivisia toimia potilaan saamiseksi hoidon piiriin, mikä ei ole terveydenhuollossa tavanomaista, ellei kyseessä ole yleisvaarallinen tartuntatauti. Myös hoitoon motivoiminen ja siihen sitoutumisen ylläpitäminen haastaa terveydenhuollon ammattilaista tavanomaista enemmän. Hyvään, toteutettavissa olevaan hoitosuunnitelmaan tarvitaan niin terveydenhuollon kuin potilaan asiantuntemusta: terveydenhuollon ammattilaisen menetelmien vaikuttavuudesta ja soveltuvuudesta sekä potilaan kuvausta omien oireiden sietämisestä ja lääkehoidon vaikutuksista. Potilailla on usein oma näkemys siitä, mikä heitä auttaisi, miten lääkehoitoa pitäisi purkaa tai miten korvaushoito pitäisi toteuttaa (ks. esim. Perneger ym. 2000). Tämä voi haastaa perinteistä hierarkkista terveydenhuoltojärjestelmää, tämä ilmiö on toisaalta laajemminkin terveydenhuollossa nähtävissä.

Rajat avo- ja laitoshoidon sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen välillä eivät ole selkeitä. Myös se, onko potilas perusterveydenhuollossa vai erikoissairaanhoidossa vaikuttaa ajankohtaiseen palvelujen tarpeeseen ja saantiin. Ammattilainen voi myös epäillä hoitoon tulon motiivia, jos hoidon tavoitteesta ja tarpeesta ei ole yhteisymmärrystä eikä luottamusta pääse tällöin syntymään. On myös huomioitava, että kyky vastata päätöstensä seurauksista ja sitoutua asettamiinsa tavoitteisiin lisääntyy luottamuksellisen hoitoprosessin aikana.

3.4 Henkilöiden kunnioittaminen

3.4.1 Vaikuttaako hoidon käyttöönotto ihmisarvoon?

Ihmisarvolla tarkoitetaan tässä ihmisten jakamatonta ja yhtäläistä arvokkuutta, ja siihen perustuvaa oikeutta tulla kohdelluksi itsenäisenä yksilönä, ei vain välineenä yhteiskunnan

tai muiden tarpeille (ks. Launis 2019). Ihmisarvoa käsitellään tässä eettisenä, ei oikeudellisenä käsitteenä.

Tutkimusten ja potilaiden kertoman mukaan huumeriippuvaiset ja sekakäyttäjät kokevat usein arvottomuutta ja heitä stigmatoidaan myös terveydenhuollossa (ks. Ahern ym. 2007, van Boekel ym. 2013; Iammarino ja Pauly 2020). Hoitoon pääsyn voidaan puolestaan katsoa parantavan omanarvon tuntoa ja toipumisen vahvistavan ihmisarvoa. Kuntoutumisessa on ymmärrettävä, että se mitä tavoitellaan, vaikuttaa siihen energiaan, jota ihminen käyttää tai kykenee käyttämään (ks. Härkäpää ym. 2016). Toisaalta käytettävissä oleva energia vaikuttaa siihen, millaisia tavoitteita ihminen voi itselleen asettaa.

Päihderiippuvuudessa hoitomotivaatio voi vaihdella päivittäin ja potilashaastatteluissa esitettiin, että motivaation heräämistä tulisi hyödyntää ja hoitoon päästä nopeasti. Ihmisten motivaatio kohdentuu myös eri asioihin; osalle tärkeintä on oma terveys, toiselle yhteyden luominen omaan perheeseen, kolmannelle katukauppa valmisteiden lopettaminen, neljännelle päihteiden käyttöä ylläpitävästä elinympäristöstä poispääsy ja viidennelle yleinen elämänhallinnan parantaminen. Härkäpää ym. (2016) ovat todenneet, että ihmiset tekevät valintoja sen perusteella, mille elämän alueille heidän motivaationsa on painottunut. Rossler (1989) puolestaan on todennut, että motivaatioon vaikuttavat erityisesti henkilön käsitys tavoitteen arvosta ja sen saavuttamisen todennäköisyydestä sekä lisäksi henkilön elinympäristön muutosta edistävät ja ehkäisevät tekijät.

Päihdekuntoutuksessa tulisi olla realistinen tavoitteen asettelussa, jotta se on tosiasiallisesti saavutettavissa. Päihdekuntoutuksessa tulisikin vahvistaa henkilön pystyvyyden tunnetta eli hänen käsitystään siitä, että hän pystyy muutokseen (ks. Bandura 1986, 2001). Stigma, huono kohtelu, vaikeus päästä hoitoon ja relapsit voivat kaikki heikentää pystyvyyden tunnetta ja johtaa tilaan, jossa ihminen kokee, että mikään ei ole mahdollista – hän ei ole autettavissa. Myös yhteiskunta voi määritellä henkilön olevan hoitomahdollisuuksien ulkopuolella. Tällöin on erityisen tärkeää tunnistaa pieniäkin

onnistumisen merkkejä ja edettävä pienin askelin kohti vaativampia tavoitteita (ks. Härkäpää ym. 2016).

Hoitoon pääsy voi muuttaa identiteettiä "narkkarista" johonkin muuksi, jolla on mahdollisuuksia. Hoitoon sisältyvät rankaisukäytännöt, epäluottamus tai liiallinen holhoavuus voivat kuitenkin rakentaa toimintamalleja, joissa käytännöt heikentävät ihmisarvoa, ainakin riski siihen on olemassa. Myös hoidon sijoittaminen sellaisiin yksiköihin, jotka koetaan leimaaviksi, voivat nostaa hoitoon hakeutumisen kynnystä. Tämä voi olla erityisesti nuorten kohdalla ongelma, jos he eivät vielä itse tunnista ongelmakäyttöön liittyviä tulevaisuuden riskejä. Ihmisten yhtäläinen, ymmärtävästi kuulluksi tuleminen ja kohtaaminen vahvistavat kokemusta omasta arvosta paitsi itse koettuna myös muiden tunnistamana.

3.4.2 Loukkaavatko hoidot potilaan moraalista, uskonnollista tai kulttuurista integriteettiä?

Potilaiden autonomian kunnioittaminen tarkoittaa erityisesti oikeutta kieltäytyä hoidoista. Potilaalle tarjottavissa hoitomuodoissa pitää olla uskonnollisesta tai muusta ideologisesta viitekehyksestä vapaita vaihtoehtoja (vrt. Jayne ja Williams 2020). Perusoletuksena on, että hoitoon hakeutuva päihderiippuvainen toivoo apua nimenomaan tilanteisiin, joissa hallitsematon tai pakonomainen päihteiden käyttö ylittää oman tahtotilan olla käyttämättä niitä. Oletuksena täten on, etteivät potilaan hyväksymät hoidot ole vahvasti ristiriidassa hänen omien moraalisten, uskonnollisten tai kulttuuristen käsitystensä kanssa. Hoitovaihtoehtoihin ei liioin saisi olla piilotettuna tai pakollisena hengellisiä tavoitteita ja toimintakäytänteitä. Monikulttuurisuus voi edellyttää myös uusia toimintakäytänteitä ja harkintaa.

3.4.3 Loukkaako hoito potilaan yksityisyyttä?

Päihdepalveluissa on usein käytäntönä tehdä hoitosopimus. Sopimuksessa kerrotaan, mitä potilaalta odotetaan, mihin hän sitoutuu ja millä ehdoilla hoitoa on mahdollista saada.

Joskus sellaiset hoitoon liittyvät tekijät, jotka henkilö on tehnyt jossain muualla, saattavatkin vaikuttaa hoitoon. Tämä voi johtaa yksityisyyttä koskevien asioiden tuomisen osaksi hoitoprosessia.

Potilaat kertovat, että kaikki eivät pysty kertomaan asioista ryhmässä ja pitäisi olla mahdollisuus myös yksilötapaamisiin. Osa hoidoista on perhe- ja verkostomuotoisia. Tällöin tasapainoillaan päihdepotilaan yksityisyyden ja perheelle jakamisen kanssa. Pyrkimällä suojelemaan potilaan yksityisyyttä voi olla myös tahattomia seurauksia. Hoidossa rakennettu luottamus potilaan kanssa voi tarpeettomasti leikata potilaan läheiset ja heidän mahdollisesti tarjoamansa arjen turvaverkon pois potilaan elämästä. Myös lähtökohtainen oletus, että potilas itse välittäisi oleelliset, hoitoprosessiin liittyvät tiedot läheiselleen, voi olla liiallinen vaatimus tilanteessa, jossa henkilö yrittää vain selvitä seuraavaan päivään.

Yksityisyyden kunnioittaminen tulee esille myös esimerkiksi virtsanäytteiden ottamisessa. Usein hämärtyy se, mikä on valvontaa ja mikä on hoidon onnistumisen varmistamista. Myös virtsanäytteen ottoon liittyvä luottamus on keskeistä. Milloin luottamus on niin vahvaa, että se mahdollistaa yksityisyyden ja milloin edellytetään valvontaa? (ks. Carter ja Hall 2012, Carter ym. 2018,.)

Luottamus on päihdehoidossa sekä haurasta että välttämätöntä. Jo diagnostisissa kriteereissä tulee esille se, että päihteiden käyttö menee kaiken edelle eli potilaan kyky pitää kiinni tämän päivän sopimuksesta voi merkittävästi vaihdella hoidon edetessä. Luottamus ei ole joko tai -ilmiö, mutta yhteisesti tehdyt tavoitteet ja potilaan kokemus kuulluksi tulemisesta parantavat luottamuksen kehittymistä.

3.5 Oikeudenmukaisuus ja yhdenvertaisuus

3.5.1 Miten hoidon käyttöönotto tai siitä pidättäytyminen vaikuttaa terveydenhuollon resurssien jakamiseen?

Yhdistyneiden Kansakuntien ihmisoikeusjulistuksen mukaisesti kaikille ihmisille pitäisi suoda samat oikeudet (esim. turvallisuuteen, hyvinvointiin ja vapauteen syrjinnästä) (<https://ihmisoikeusliitto.fi/ihmisoikeudet/ihmisoikeuksien-julistus/>). Tämä sopimus voidaan ottaa hoitojen vaatimisen lähtökohdaksi. Kun ihmiset kärsivät nykyisestä tilanteestaan, tilanteen helpottamisen käytössä olevin lääketieteen keinoin voidaan katsoa ihmisoikeuksia ja ihmisarvoa tukevaksi ja kunnioittamiseksi. Ja vastaavasti hyödyllisten hoitojen epääminen ilman perusteita voidaan katsoa ihmisarvoa loukkaavaksi.

Huumeita käyttävien määrät ovat merkittävästi lisääntyneet ja on oletettavissa, että myös riippuvuudesta kärsivien määrät niin huumeiden käytön kuin sekakäytön osalta ovat lisääntyneet (Karjalainen ym. 2020). Päihdepalveluihin hakeutuneissa ensikertalaiset ovat vähemmistössä ja erikoissairaanhoidon käynneissä korostuu pitkäaikaisen käytön liitännäissairaudet, tapaturmat sekä myrkytystilat. On myös mahdollista, että huumeisiin liittyvä laiton käyttö, stigma ja asenteet vähentävät hoitoon hakeutumista tai siihen ohjaamista ongelmakäytön tai riippuvuuden varhaisessa vaiheessa, jolloin riippuvuuteen liittyvien vakavien seurausten estäminen olisi vielä mahdollista. Nuorilla myös ryhmäpaine voi vaikeuttaa hoitoon hakeutumista sekä kyvyttömyys tunnistaa omien valintojen vaikutusta tulevaisuuden rakentumiseen.

Terveystieteidenhuollossa on rajalliset resurssit ja niiden jakoperusteista ei ole yhteisesti sovittu tai lain tasolla määritetty (ks. Kaila ja Lohiniva-Kerkelä 2020). Tosiasia on, että päihdepalvelut ovat kokonaisuudessaan puutteelliset ja alueelliset erot suuret (ks. Rissanen ym. 2020). Riippuvuuksissa hyvä, monipuolinen hoitovalikoima vähentää terveydenhuollon muiden palveluiden tarvetta, jotka johtuvat niin lievistä kuin vakavista sairauksista, myrkytystiloista ja tapaturmista, sekä sosiaalihuollon palveluiden tarvetta (toimeentulo, asunnottomuus, lastensuojelu). Monipuolinen hoitovalikoima mahdollistaisi todennäköisesti myös järjestystyöväkijärjestyshäiriöiden ja rikosten vähenemisen. Päihdepalvelujen puutteet näkyvät myös sosiaalipalvelujen tarpeen, järjestystyöväkijärjestyshäiriöiden ja rikollisuuden kasvuna (ks. THL päihdetilastollinen vuosikirja 2019). Terveystieteidenhuollon resurssien jakamiseen liittyvät ongelmat kumuloituvat ja muille sektoreille leviävien seurauksien hoitoon tarvittavat resurssien kasvavat.

Terveydenhuollon resurssien jakoa ei tulisi arvioida kapeasti vain päihderiippuvaisten hoidon tarpeen kautta. Myös läheiset ja omaiset voivat tarvita erilaisia terveydenhuollon palveluita kuormittuessaan päihderiippuvaisen tilanteesta, mikä tulisi huomioida palvelutarpeiden määrittämisen kokonaisuudessa. Läheisten ja omaisten huomioiminen ja mahdollisesti myös osallistaminen potilaan psykososiaalisten hoitojen toteutukseen voi paitsi vahvistaa päihderiippuvaisen sitoutumista ja pystyvyyden tunnetta, myös parantaa läheisten ja omaisten hyvinvointia sekä ehkäistä heidän sairastumista esim. masennukseen.

3.5.2 Miten hoidot, joilla on eettisesti samankaltaisia kysymyksiä, on järjestetty terveydenhuoltojärjestelmässä?

Kaikkia sellaisia sairauksia ja tiloja, joissa omalla käyttäytymisellä ja toiminnalla on suuri merkitys hoitojen toteutumiseen ja hoitotulokseen, voidaan verrata riippuvuuksiin ja niiden hoitoon; esimerkkinä merkittävä ylipaino, diabetes ja tupakointi.

Kuten päihderiippuvuuteen myös syömiseen ja ylipainoon liittyy paljon stigmaa ja tunteita. Ylipainossa on suurelta osin kyse perinnöllisyydestä ja lapsuudessa opituista ruokailu- ja liikuntatavoista (Käypä hoito suositus 2020a). Myös päihderiippuvuuteen vaikuttaa itsestä riippumattomia tekijöitä kuten perimä ja perhehistoria (ks. Enoch 2012). Sekä ylipaino että riippuvuus tulkitaan herkästi itse aiheutetuksi ja niihin liittyy syylistämistä ja syylistymisen tunteita. Terveydenhuollossa ei ole riittävästi palveluja myöskään painonhallinnan tukemiseksi, mitä palveluvalikoimaneuvoston suositus pyrkii parantamaan (Palkon suositus 2020b). Ylipainoon liittyy usean eri sairauden kohonnut riski kuten riippuvuuksissa. Toisin kuin riippuvuuksissa ylipainoisilla näitä tauteja pyritään aktiivisesti tunnistamaan ja aloittamaan hoidot varhain (ks. Käypä hoito suositus 2020a).

Toisin kuin riippuvuuksissa diabetes potilaan hoitoja ei lopeteta, vaikka potilaan ruokailu ja elintavat olisivat epäterveellistä tai hän ei sitoutuisi lääkehoitoon. Hoitoja pikemminkin

tehostetaan. Tunnettuja korkeaan verensokeriin liittyviä elinvaurioita – silmänpohjan muutokset, munuaisvaurio, ääreisverenkierron häiriö – seulotaan aktiivisesti ja hoidetaan varhain myöhäiskomplikaatioiden estämiseksi (ks. Käypä hoito suositus 2020b). Myös potilaat toivat esimerkkeinä muita elintapoihin liittyviä sairauksia, joissa terveydenhuolto aktiivisesti tehostaa hoitoa, jos hoitoon sitoutuminen on heikkoa eikä syyllistä potilasta huonosta sitoutumisesta. Riippuvuuksissa vastaavaa hoidon aktiivista tehostamista ja ennakoivaa somaattisten sairauksien seulonta- ja hoitomallia ei ole.

Tupakointi uhkaa paitsi omaa myös läheisten terveyttä ja voi johtaa nikotiiniriippuvuuteen. Myös tupakoinnin aloittamisen katsotaan olevan oma valinta eikä vaikuttavia menetelmiä tupakoinnin lopettamiseksi ole systemaattisesti otettu käyttöön (ks. Käypä hoito suositus 2018b, Palkon suositus 2020). Tupakointiin liittyvät sairaudet, kuten keuhkohtauma ja -syöpä, hoidetaan kuten tupakoimattomien. Huumeriippuvaisilla somaattisten sairauksien aktiivisen hoidon laadukkaasta toteutumisesta sen sijaan käydään keskustelua (esimerkiksi C-hepatiitin hoito, ks. Tammi 2020).

Huumeriippuvaisten hoito on osin verrannollinen myös psykiatrisen potilaan hoitoon ja kuntoutukseen. Skitsofrenia potilaan hoidossa toteutetaan myös säännöllisesti annettuja injektioita ja lääkkeiden ottoa kontrolloidaan. Jos skitsofrenia potilas ei saavu hakemaan injektioita, yritetään häntä aktiivisesti etsiä, jotta potilaan tila ei pahenisi ja hän joutuisi lopulta tahdosta riippumattomaan hoitoon. Korvaushoidossa ei välttämättä etsitä henkilöä yhtä intensiivisesti, vaikka seuraukset voivat olla vähintään yhtä merkittävät. Lisäksi monilla potilailla on kaksoisdiagnoosi, jolloin omaisten kertoman mukaan kumpaakaan sairautta ei hoideta riittävän hyvin, eikä huomioida niiden keskinäistä vaikutusta oirekuvaan.

Tietyt asiat seuraavat terveydenhuollon asiakirjoissa riippumatta siitä, liittyvätkö ne käynnin syyhyn. Esimerkiksi ylipaino huomioidaan lähes aina ja terveystarkastuksissa kysytään systemaattisesti alkoholin käytöstä ja tupakoinnista, harvemmin huumeista. Kun huumeiden käyttö on tunnistettu ja hoidettu, seuraa merkintä tästä kuin varoituksena sairaskertomuksessa ja se voi vaikuttaa tulevaisuuden lääkityksen valintoihin.

Toisin kuin monissa muissa pitkäaikaista kuntoutusta ja tukea tarvitsevilla sairauksissa ja vammoissa, on riippuvuuksissa omaisten mahdollisuudet tukea kuntoutujaa alihyödynnetty ja toisaalta omaisten hätään ja huoleen ei vastata. Psykososiaalisissa hoidoissa on kyse kuntoutumisesta; fyysisen toimintakyvyn ja osallistumisen mahdollisuuksien parantumisesta – ei vain päihteiden käytön kontrolloinnista, vähentämisestä tai lopettamisesta. Kuntoutumista koskevat yleiset periaatteet (ks. Autti-Rämö ym. 2016a, Härkäpää ym. 2016, Salminen ym. 2016) koskevat myös huumeriippuvaisten psykososiaalisia hoitoja. On asetettava potilaalle mielekäs, saavutettavissa oleva tavoite (ks. Karhula ym. 2016a), tavoitteen saavuttamisen mahdollistava kuntoutussuunnitelma sisältöineen ja yhteistyötahoineen (ks. Karhula ym. 2016b) ja tavoitteen saavuttamisen jälkeinen suunnitelma sen ylläpidosta. Ongelmien uusiutumiseen valmistautuminen on osa kuntoutusprosessia, tällöin sosiaalisen tukiverkoston merkitys korostuu. Läheiset voivat tukea kuntoutujaa ja tarvittaessa ohjata nopeasti uudestaan hoitoon ja kuntoutukseen. Vastaavaa läheisten poissulkemista potilaan hoidosta ja arjen tukiverkon ohentamista tapahtuu myös psykiatrisessa hoidossa.

3.5.3 Onko jotain tekijöitä, jotka voivat estää ryhmän tai henkilön pääsyn hoidon pariin?

Keskeinen tekijä on stigma, joka voi olla ympäristön tuottamaa tai henkilön itsensä sisäistämää (ks. Iammarino ja Pauly 2020, Hippel ym. 2018). Riippuvuuksiin liittyy paljon ennakkotasenteita ja oletuksia, että henkilö ei kuitenkaan hyötyisi hoidosta. Tämä voidaan myös hoitoa hakevalle todeta, jolloin se vaikuttaa myös henkilön uskoon toisenlaisen tulevaisuuden mahdollisuuksista, lisää arvottomuuden kokemusta sekä heikentää pystyvyyden tunnetta.

Huumeiden käyttö voi olla kokeilua, satunnaista, säännöllistä, suurkulutusta tai kyseessä on riippuvuus. Haasteena on se, miten terveydenhuollon henkilökunta suhtautuu huumeiden käyttäjään ja miten heidät luokitellaan (ks. van Boekel ym. 2013; Pennonen ja Koski-Jännes 2010). Tulkitaanko kokeilu jo ongelmakäytöksi tai riippuvuuden osoitukseksi,

vai koetaanko, että riippuvuus on seurausta omista valinnoista? Vaikuttaako tietty aine ja sen "maine" siihen, miten huumeiden käyttäjää kohdellaan? Erityisen ongelmallista on, jos somaattisella puolella todetaan, että somaattiset sairaudet johtuvat huumeiden käytöstä ja ne jäävät tämän vuoksi hoitamatta. Eli ne tulkitaan huumeiden käyttöön liittyviksi, jolloin niitä hoidetaan vain, jos käyttö loppuu. Näin ei tapahdu muiden elintapoihin liittyvien sairauksien kohdalla (katso kappale 3.5.4).

Myös riippuvuuden luonne vaikeuttaa hoitoon pääsyä. Hoitoon pitäisi päästä nopeasti, kun motivaatio siihen on herännyt, mutta matalan kynnyksen hoitoja ei ole riittävästi, hoitoon pääsyn reittejä ei välttämättä tunneta tai hoito on sijoitettu potilaiden mielestä väärään yksikköön. Erityisesti nuorilla ongelmakäyttäjillä voi koetun haitan ja tarjotun hoitopaikan välillä olla ristiriitaa. Väestötutkimusten perusteella on arvioitu, että 60-80% päihdeongelmaisista nuorista kärsii jostain samanaikaisesta psyykkisestä häiriöstä (Niemelä 2018), mikä vaikeuttaa oikean hoitopaikan löytymistä. Riippuvuudet vaikuttavat myös henkilön personallisuuteen ja vuorovaikutustaitoihin. Aggressiivisesti käyttäytyvät voidaan helposti torjua hoidon parista joko suoraan tai toimintakäytänteillä osoittamalla – vartijan läsnäolo – että heidät koetaan uhkaavina eikä avuntarvitsijoina. Kohtaamisen kokemukset muokkaavat myös kuvaa siitä, kokeeko itse olevansa hoitojen arvoinen (ks. Väyrynen 2007, Karttunen 2019).

3.6 Lainsäädäntö

3.6.1 Vaikuttaako hoidon käyttöönotto ihmisoikeuksien toteutumiseen?

Päihdepalveluita ohjaa moni lainsäädäntö ja asetus, joilla on pyritty turvaamaan hoitoon ohjaus ja sen toteutuminen eri tilanteissa, joissa päihdeongelma joko johtaa terveys- tai sosiaalipalvelujen käyttöön tai se todetaan näitä palveluita käytettäessä. Kuitenkin hoidot on järjestetty eri puolella Suomea hyvin vaihtelevasti, kaikissa kunnissa ei päihdepalveluja ole tarjolla (ks. Rissanen ym. 2020). Vaikeasti päihderiippuvaisille pyritään kuitenkin järjestämään asunto, jotta hoitojen toteutuminen olisi ylipäättään mahdollista.

90-luvulla käynnistynyt toiminta valvotuista ruiskujen vaihtopisteistä alkoi rakentaa yhteistyötä poliisin kanssa. Siinä pyritään vähentämään huumeiden käyttöön liittyviä haittoja. Ihmisille on taattava mahdollisuus saada haittojen vähentämiseen tarvittavia palveluita ilman, että he joutuisivat tämän vuoksi poliisin tarkkailun kohteeksi.

Tutkimusprofessori Pekka Hakkarainen on käynnistänyt keskustelun siitä, että lainsäädännön mukaan vähäinenkin laittoman päihteen käyttö johtaa huumerikos merkintään (ks. Hakkarainen ja Tammi 2018). Tämä voi johtaa kyseisen henkilön ammatillisten suunnitelmien kariutumiseen, mitä Hakkarainen on pitänyt kohtuuttomana. Tähän keskusteluun liittyy myös puutteelliset hoitoon ohjaamisen ja hoidon järjestämisen palvelut. Sairausten hoitoon ei tule liittää rikosoikeudellisia seuraamuksia eikä rikoksiin syylistyminen saa estää hoidon järjestymistä.

3.6.2 Voiko hoidon käyttöönotto nostaa eettisiä haasteita, joita ei ole käsitelty lainsäädännössä ja sääntelyssä

Laittomilla huumemarkkinoilla esiintyvien aineiden kirjo oli Suomessa varsin vakaa 2010-luvulle asti, kunnes Euroopassa alkoi esiintyä uusia psykoaktiivisia aineita, jotka Suomessa nimettiin muuntohuumeiksi. Muuntohuumeina pidetään huumausaineiden kaltaisia ja niiden tavoin käytettäviä, usein synteettisiä aineita, joita ei valvota voimassa olevan huumausainelain nojalla. Vuonna 2011 huumausainelain alaa laajennettiin niin, että muuntohuumeita voitiin ottaa huumausainevalvonnan piiriin kansallisen haittojen arviointimenettelyn perusteella. Tämän tekee Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus (Fimea) yhteistyössä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen sekä poliisin ja tullin kanssa. Vuonna 2014 määriteltiin huumausainelakiin uusi valvonnan alainen aineryhmä, kuluttajamarkkinoilta kielletyt psykoaktiiviset (KKP) aineet. KKP-lista elää jatkuvasti, ja siellä oli esimerkiksi vuoden 2017 lopulla hieman yli 500 ainetta. Merkittävämpiä haittoja todennäköisesti aiheuttavat käytössä yleistyvät aineet voidaan luokitella edelleen huumausaineiksi ja lisätä huumausainelistalle (Valtioneuvoston asetus huumausaineina pidettävistä aineista, valmis-

teista ja kasveista 543/2008). Huumausaineisiin sovelletaan rikoslain 50 lukua huumausainerikoksista. Huumausaineiden käyttö ja hallussapito on kriminalisoitu ja liikennevalvonassa sovelletaan niin sanottua nollatoleranssia.

Uudet huumeet tulevat Suomeen pääasiassa maista, joissa niiden valmistaminen ei ole välttämättä kiellettyä. Suomessa aineet havaitaan yleensä ensimmäisenä tullilaboratoriossa, joka tutkii esimerkiksi postilähetyksistä takavarikoidut kielletyiksi epäillyt aineet. Uudet huumeet ovat monesti erittäin puhtaita rajalla takavarikoituna, mutta jakeluportaan laimentamat katukauppavalmisteet sisältävät vaihtelevan määrän muuntohuumetta. Muuntohuumeet ovat merkittävä huolen aihe. Ongelmana on paitsi se, että niihin ei voi soveltaa huumausaineita koskevaa rikoslakia myös se, että niihin liittyy merkittävä yliannostuksen riski. Käyttäjillä ei ole aineista ja niiden oikeasta annostelusta kokemusta; pienikin annosteluvirhe voi olla kohtalokas.

Muuntohuumeiden valvontaan ottamisessa käytetään kahta asetusta: valtioneuvoston asetus kuluttajamarkkinoilta kielletyistä psykoaktiivisista aineista (ns. KKP-asetus, 1130/2014) ja valtioneuvoston asetus huumausaineina pidettävistä aineista, valmisteista ja kasveista (ns. huumausaineasetus, 543/2008). Yleensä muutetaan kumpaakin asetusta, jotka esitellään valtioneuvostolle isompana kokonaisuutena.

Kaikkia muuntohuumeita ei voida ottaa Suomessa ennakoivasti valvonnan piiriin, esimerkiksi yhtenä isona kokonaisuutena. Suomessa ei ole käytössä geneeristä luokittelumallia, vaan aineet arvioidaan ja lisätään asetuksiin yksitellen. Tätä linjaa perustellaan sillä, että kansalaisten pitää voida ennakolta tietää täsmällisesti ja tarkkarajaisesti, mikä aine on kielletty ja mikä ei. Lisäksi on voitava tietää, onko kyseessä huumausaine vai KKP-aine, koska rikoslaki suhtautuu eri aineisiin eri tavalla.

Riippuvuuksien hoidossa keskeistä on riippuvuus ja nuorten ongelmakäytössä aineen käyttöön johtavat tekijät, eikä käytettyyn valmisteeseen liittyvät rikosoikeudelliset seuraamukset. Hoitoprosessissa ongelmia saattaa aiheuttaa myös se, että potilas ei välttämättä kerro muuntohuumeiden käytöstä tai ei edes tiedä, mitä ostamansa valmisteet sisälsivät, niitä ei osata virtsanäytteissä tutkia ja hoitava taho ei tunne aineen vaikutuksia.

Mitä avoimemmin potilas pystyy kertomaan käyttämistään aineistaan, sitä paremmat edellytykset hoitotaholla on suunnitella tarvittavat hoitomuodot. Kuten aiemmin todettiin, hoitoon ei tule liittää rikosoikeudellisia seuraamuksia eikä rikollisuus saa estää hoidon järjestymistä.

3.7 Eettiset seuraukset suosituksen tekemisestä?

3.7.1 Mitkä ovat tulosmuuttujien, vaikuttavuuden raja-arvojen sekä vertailuryhmien tai -hoitojen valintojen eettiset vaikutukset?

Satunnaistetut tutkimusasetelmat soveltuvat ensisijaisesti ajallisesti rajattuihin menetelmiin, joissa potilasryhmä on homogeeninen ja kaikilla on sama tavoite. Huume- ja lääkeriippuvuuksia sairastavat muodostavat hyvin heterogeenisen ryhmä niin iän, liitännäissairauksien, taustatekijöiden kuin huumeiden aloitusiän, käytön keston kuin käytettyjen aineiden suhteen. Potilaiden odotukset hoidon sisällöstä tai tavoitteista voivat myös erota tutkimusmenetelmän struktuurista ja asetetuista tavoitteista, mikä osaltaan vaikuttaa kuntouttavaan menetelmään sitoutumiseen (ks. Härkönen ym 2016b). Riippuvuuden luonteeseen kuuluu päivittäistä voinnin vaihtelua ja hoitomenetelmässä pitäisi olla joustavuutta (ks. Marsden ym. 2019). Vaikutusten esiin tulemisen aikataulu ei ole kaikilla sama. Oleellista olisi saada selville se, onko muutosprosessi oikeaan suuntaan käynnistynyt, mutta muutosta kuvaavat mittarit vaihtelivat kirjallisuuskatsaukseen mukaan otettujen tutkimusten välillä (Hotus 2021). Keskeisiä eettisiä ongelmakohtia ovatkin, että satunnaistetun tutkimusasetelman vaatimukset eivät sovellu usein elämänkestoisen riippuvuuden hoitomenetelmien tutkimukseen ja mitä tietoa jää tässä tutkimusasetelmassa katveeseen. Perustavanlaatuinen ongelma on myös se, ettei tutkimustietoa ole riittävästi koko heterogeeninen potilasryhmä huomioiden. Kaikissa tutkimuksissa ei ollut mahdollista erottaa ongelmakäyttöä riippuvuuden kriteerit täyttävästä. Riippuvuus diagnoosin voivat saada hyvin erilaiset yksilöt, joiden oirekirjo ja käyttöhistoria ovat toisistaan poikkeavia, vaikka käytetyt aineet olisivatkin samat.

Päihdekuntoutuksessa on usein tarpeen sekä yksilön, että sosiaalisen viitekehyksen huomioiminen, mikä edellyttää paitsi kokonaisvaltaista terapiaa myös vaikuttavuuden arviointia ei vain päihteiden käytön vaan myös toimintakyvyn ja yhteiskuntaan osallistumisen näkökulmasta. Salminen ym. (2016) ovat todenneet, että onnistuneen kuntoutuksen edellytys on se, että sekä yksilö- että elin- ja/tai solutasoiset mekanismit että erilaiset toimintaympäristöön ja yhteisöihin liittyvät mekanismit pystytään ottamaan huomioon kuntoutusprosessissa. Tämä tulisi huomioida myös tutkittaessa niiden vaikuttavuutta. Tarkasteltavana primaarisena lopputulosmuuttujana tulisi olla paitsi päihteiden käytön väheneminen tai päihteettömyys eri tavoin mitattuna (mukaan lukien relapsi) myös vaikutukset toimintakykyyn, terveyteen sekä laajemmin sosiaalipalveluiden tarpeeseen.

Tutkimuksiin osallistuminen edellyttää suostumusta ja sen sisältöä sekä vaikutusten mittaamista selittävän tiedotteen (vrt. Tutkimuseettinen neuvottelukunta ja Helsingin julistus). Kirjallisuuskatsaukseen mukaan otetuissa tutkimuksissa osallistujat oletettavasti tiesivät tutkimuksen tavoitteen ja tutkittavan menetelmän tarkan sisällön. Tutkimuksissa sisäänotto- ja poissulkukriteerit ovat myös sellaiset, että asiantuntijoiden arvioimana on mahdollista tutkia intervention vaikuttavuutta ilman sekoittavia tekijöitä. Tämä on yleinen käytäntö satunnaistetuissa tutkimusasetelmissä, joissa etsitään menetelmän tehoa optimaalisissa olosuhteissa. Ongelmana on tällöin se, että tutkimukset eivät kata koko kohderyhmää, eivätkä yleensä potilaita, joilla on liitännäissairauksia, esimerkiksi mielenterveyshäiriöitä (ks. Storbjörk 2014). Tutkimuksissa noudatetaan myös tutkittavan menetelmän protokollaa, mutta reaali maailmassa joudutaan usein joustavasti luovimaan potilaan päivittäisen voinnin ja keskittymiskyvyn mukaisesti. Tämä voi olla myös vaikuttavuuden edellytys (ks. Marsden ym. 2019).

Psykososiaalisissa hoidoissa ja kuntoutuksessa menetelmän teoreettinen perusta ohjaa vuorovaikutustilanteita ja hoidon etenemistä, mutta yksilölliset vuorovaikutustaidot ja toisen elämäntilanteen huomioiminen vaikuttavat käytännön hoitoprosessiin. Sekä asiantuntijat että potilaat toivat haastatteluissa esille sen, että hoidossa tärkeintä on normaali kanssakäyminen, kuunteleva kohtaaminen ja luottamuksen rakentaminen. Onkin mahdollista, että

huumeriippuvuuksien hoidossa onnistuminen edellyttää hoitoprosessin mukauttamista ja yksilön ajankohtaisten voimavarojen huomioimista enemmän kuin tutkimusasetelmissä on mahdollista sallia (ks. Marsden ym. 2019). Tämän huomioiminen edellyttäisi monimuotoisia tutkimusasetelmia (Seppänen-Järvelä 2018, Seppänen-Järvelä ym. 2019).

Hotuksen kirjallisuuskatsaukseen oli kerätty tietoa myös muista tutkimuksissa käytetyistä tulostuottajista (Parosid ym. 2021). Näitä olivat mm. sitoutuminen hoitoon, motivaatio tehdä muutos, päihteen himo, masennus ja ahdistusoireet, aggressiivisuus, posttraumaattiset stressioireet, psykologinen hyvinvointi, sosiaalinen toimintakyky, kognitiivinen toimintakyky, työkyky, tunteiden säätely, minäpystyvyys, selviytymiskeinot ja riskikäyttäytyminen. Koska nämä positiivisen muutoksen etenemistä kuvaavat tulostuottajat vaihtelivat eri tutkimuksissa, ei niiden pohjalta voida tehdä yleistäviä johtopäätöksiä. Niissä tapahtuneet muutokset kuitenkin antavat viitteen siitä, onko muutosprosessi käynnistynyt. Monissa tutkimuksissa näin oli käynyt. Muutokset näissä tuottajissa saattavat käytännön kliinisessä työssä olla niin potilaalle kuin hoitavalle taholle niitä tärkeitä askelia, jotka varmistavat hoitoprosessin etenevän tavoiteltuun suuntaan ja täten ylläpitävät sitoutumista hoitoprosessiin sekä vahvistavat pystyvyyden kokemusta.

Riippuvuudella on usein elinikäisiä vaikutuksia. Relapsia ei pidä tuomita epäonnistumisenä, vaan se voi olla osa elämän hallinnan uudelleen opettelua ja taudista irtautumisen prosessia. Oleellista hoitotuloksen pysyvyyden kannalta on myös se, miten päihderiippuvaista kannatellaan hoitjakson jälkeen. Tapaamisissa tuotiin esille myös se, miten oma elinympäristö voi luoda käyttöä laukaisevia tilanteita, joita hoito ei pysty poistamaan. Yksittäisen menetelmän vaikutusten tutkiminen rajaa nämä arjen tukitoimet sekä esimerkiksi elinympäristön vaihdon merkityksen pois tutkimusasetelmasta. Näillä tekijöillä voi olla merkittävä osuus vaikutusten säilymiseen.

3.7.2 Minkälaisia eettisiä ongelmia on suhteessa tiedon keräämiseen tai taloudellisen arvioinnin sisältämiin oletuksiin?

Tiedon laatu on tärkeä kysymys myös eettiselle pohdinnalle. Käytännössä tietopohja osoittautui toivottua vähäisemmäksi ja kapeaksi sekä seurannan osalta lyhyeksi. Kyseessä on erittäin heterogeeninen ryhmä niin riippuvuuden kehittymiseen johtaneiden syiden, liitännäisongelmien, seurauksien kuin riippuvuutta aiheuttaneiden aineiden suhteen.

Huumeriippuvuuksien hoitoja on arvioitava yhteiskunnan näkökulmasta laajempänä kokonaisuutena, ei vain terveyshyödyn näkökulmasta (ks. esimerkiksi <https://www.nice.org.uk/process/pmg20/chapter/incorporating-economic-evaluation>). Kirjallisuudesta voidaan löytää menetelmään ja aikaan sidottuja vaikutuksia mutta ei sitä, miten vaikuttavaa hoitojen täytyy yhteiskunnalliselta kannalta olla (ks. esim. EMCDDA 2012).

Talusanalyysin näkökulmasta tarvittaisiin tietoja myös niistä vaikutuksista, mitä hoidoilla tai hoitamatta jättämisellä on sosiaalipalvelujen tarpeeseen sekä järjestyshäiriöihin ja rikoksiin (ks. Marsden ym. 2019). Muuten kustannusvaikuttavuus saattaa näyttää heikolta ja johtaa terveydenhuollon resurssien vahvistamisen sijasta niiden heikkenemiseen. Tämä taas lisää ennestään erikoissairaanhoidon ja sosiaalipalvelujen tarvetta sekä johtaa kasvaviin kustannuksiin järjestyksen valvonnan ja oikeusjärjestelmän alueilla.

3.7.3 Mikä vaikutus on palveluvalikoimaneuvoston suosituksella juuri tässä vaiheessa?

Terveydenhuollon palveluvalikoimalla tarkoitetaan julkisin varoin rahoitettuja terveydenhuollon palveluita (ks. <https://palveluvalikoima.fi/etusivu>). Palveluvalikoimaan kuuluvien menetelmien tulee olla vaikuttavia, turvallisia ja terveydenhuollon käytössä olevat resurssit huomioiden yhteiskunnan näkökulmasta kustannuksiltaan kohtuullisia. Suomessa ei ole määritettyä kustannusvaikuttavuuden rajaa, joten käytännössä kustannuksia tarkastellaan suhteessa saavutettavissa oleviin vaikutuksiin.

Huumeriippuvuuksien kohdalla sekä jaosto että palveluvalikoimaneuvosto tunnistivat, että vaikutusten arvioinnissa on huomioitava terveyshyötyjen lisäksi laajemmin hoitamattomuuden haitat toisille (erityisesti omaiset mutta järjestyshäiriöiden ja

liikennetapaturmien vuoksi myös koko väestö) sekä sosiaalipalvelujen, järjestyksen ylläpidon, että oikeusjärjestelmän kustannukset.

Palveluvalikoimaneuvoston tehtävänä on myös seurata, määritellä ja arvioida palveluvalikoiman kokonaisuutta. Palveluvalikoiman kokonaisuuden määrittely yhdenmukaistaa julkisten terveystalvelujen tarjontaa ja siten edistää yhdenvertaisuutta maan eri osien välillä. Palveluvalikoiman määrittämisen tehtävänä on myös varmistaa, että kaikkien potilasryhmien tarpeisiin vastataan eikä eriarvoisuus potilasryhmien välillä lisääny. Suositusta laadittaessa havaittiin merkittäviä alueellisia eroja ja puutteita palvelujen järjestymisessä. Riippuvuuksia koskevan suositustyön käynnistyessä jaosto järjesti kohderyhmää edustavien potilasjärjestöjen tapaamisen vuonna 2019 (ks. suosituksen valmistelumuistio). Tässä tapaamisessa todettiin, että palveluihin pääsyssä ja toteutuksessa on edelleen asenteellisuutta ja hoitojen järjestäminen ei ole yhdenvertaista muihin potilasryhmiin verrattuna. Samat ongelmat tulivat myös vuonna 2021 potilaille ja läheisille kohdennetuissa tiedonkeruissa esille. Tämä korostaa palveluvalikoimaneuvoston suosituksen tärkeyttä varmistettaessa eri potilasryhmien välistä yhdenvertaisuutta palveluiden tarjonnassa ja niihin pääsyssä.

Eettinen analyysi toi selkeästi esille myös sen, että palvelujen käytännön toteutuksessa tarvitaan joustavuutta ja ymmärrystä, jotta potilaiden yksilöllisiä edellytyksiä pysyä hoidossa voidaan vahvistaa. Eriyisenä haasteena tunnistettiin puutteet samanaikaisen mielenterveyden häiriön ja päihderiippuvuuden hoidon järjestymisessä. Suositusta tarvitaan myös varmistamaan päihdepalveluihin ohjaavien ja niitä antavien osaaminen ja ymmärrys riippuvuuksien luonteesta ja seurauksista sekä läheisten ja omaisten tuen ja hoitoprosessiin osallistamisen tarpeesta.

3.8 Yhteenveto korttien keskeisistä löydöksistä

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

3.8.1 Ilmiön luokittelu, luokittelun haasteet ja merkitys

Kyseessä on hyvin heterogeeninen ryhmä niin taustatekijöiden, päihdekäytön historia ja ajankohtaisen käytön, liitännäissairauksien, elämäntilanteen sekä yhteiskunnallisten seurausien suhteen. Ilmiön tarkastelu edellyttää holistista näkökulmaa, jossa huomioidaan haitat ja hyödyt paitsi potilaan myös läheisten ja laajemmin yhteiskunnan näkökulmasta.

3.8.2 Hyötyjen ja haittojen suhde

Oikea-aikainen, motivaation heräämistä hyödyntävä ja pystyvyyden tunnetta vahvistava sekä jatkuvuuden takaava psykososiaalinen hoito mahdollistaa positiivisia vaikutuksia terveyteen, toimintakykyyn ja elämänlaatuun. Se voi myös vähentää yhteiskuntaan vaikuttavia negatiivisia seuraamuksia. Riippuvuuteen liittyy käytön jatkaminen negatiivisista seurauksista huolimatta ja korkea relapsin riski, mikä vaikuttaa niin käyttäjään itseensä kuin läheisiin. Tämä olisi tärkeä huomioida rakennettaessa arjen tukiverkostoa. Arjen tuki edellyttää myös läheisten hyvinvoinnin varmistamista.

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

3.8.3 Puutteellisen tietopohjan merkitys

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

3.8.4 Autonomia

Psykososiaalisen hoidon onnistumisen kannalta keskeistä on potilaan motivaatio ja sitoutuminen. Hoitomenetelmää yhdessä valittaessa tulisi huomioida eri menetelmien vaikuttavuusnäyttö potilasta vastaavassa tilanteessa, yksilöllisesti potilasta motivoivat tilannetekijät sekä ymmärtävä, luottamusta rakentava kohtaaminen. Ristiriitatilanteessa kohtaavat potilaan oikeus kieltäytyä hoidosta ja heitteille jätön ongelmatiikka, erityisesti silloin, kun potilaan kyky toimia autonomisesti on hyvin heikko.

3.8.5 Ihmisarvo

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

3.8.6 Oikeudenmukaisuus ja yhdenvertaisuus

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

Toisin kuin muiden sairauksien hoidossa, riippuvuuksien hoitoon ohjausta ja hoidon järjestymistä näyttää ohjaavan, ehkä osin tiedostamattomasti, käsitys, että ne ovat itseaiheutettuja ja täten myös itse hoidettavia ja myös seurauksista on itse vastattava. Toisin kuin minkään muun sairauden hoidossa kykenemättömyys sitoutua hoitoon voi johtaa hoitosuhteen päättämiseen ja jopa uuden hoitoyrityksen epäämiseen.

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

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

3.8.7 Lainsäädäntö

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

4 Tunnistettujen arvokysymysten punninta

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

Prinsiplismi on eettisen analyysin malli, joka lähtee tiettyjen yleisesti hyväksytyjen eettisten perusperiaatteiden olemassaolosta ja niiden soveltamisesta käytäntöön. Näitä eettisiä periaatteita tulee lähtökohtaisesti aina noudattaa. Niillä ei ole vakiintunutta keskinäistä hierarkiaa ja siksi ne voivat joissakin tapauksissa olla myös ristiriidassa keskenään. Ne ovat ns. prima facie -periaatteita, joita voidaan perustellussa tilanteessa loukata ja ylittää toisen, siinä tilanteessa vahvemman, prima facie -periaatteen perusteella. Parhaiten tunnettu malli on ns. neljän periaatteen malli, jossa periaatteet ovat

1. Autonomian kunnioittaminen
2. Haitan välttäminen
3. Hyvän tekeminen
4. Oikeudenmukaisuus.

Nämä periaatteet ovat hyvin relevantteja myös huumeriippuvaisten ja nuorten ongelmakäyttäjien psykososiaalisten hoitojen eettisessä arvioinnissa.

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

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

4.1 Autonomian kunnioittaminen

Olipa potilaan kompetenssi mikä tahansa, autonomian kunnioittamisen näkökulmasta keskeistä on, että potilas saa riittävästi tietoa hoidon toteuttamisen muodoista ja tavoitteista ja vuorovaikutuksella mahdollisuuden vaikuttaa hoidon toteutumiseen.

Ensisijaisesti potilas on nähtävä ihmisenä, joka tarvitsee tietoa päätöksenteon tueksi. Autonomian kunnioittamisen toteutumisen ongelmakohtia ovat hoitojen rajoittavat ja pakottavat toimenpiteet suhteessa potilaan omien näkemyksien kunnioittamiseen. Autonomian kunnioittaminen on keskeinen länsimainen, yhteiskunnassa vallitseva arvo, jonka loukkaaminen vaatii yleensä hyvin perustellut ja painavat syyt, kuten pakkohoidossa. Riippuvuuksien hoidossa ongelmatiikka keskittyy siihen, miten kykenevinä potilaat nähdään päättämään oman hoitonsa sisällöstä ja toteutusmallista sekä siitä, miten hyvin he pystyvät siihen sitoutumaan. Kompetenssin taso ei vähennä vuorovaikutuksellisuuden merkitystä. Autonomian kunnioittamiseen sisältyy vastuunsiirtoa ja positiivisten pystyvyyden kokemusten kautta omaan arkeen siirtyviä työvälineitä, joilla hoitotulos voi säilyä myös hoitojakson jälkeen.

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

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

4.2 Haitan välttäminen ja hyvän tekeminen

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

Riippuvuuksien hoidossa ei ole itsestään selvää, kumman ääni – hoitomotivaatio vai riippuvuus – milloinkin puhuu. Hyvän tekemisen ideologia ei edellytä sitä, että henkilö yksin pystyy kiinnittymään hoitoon ja kuntoutukseen, vaan pyrkimys on tuottaa hyvää hänelle. Tarkoin harkitut ja hyvin perustellut paternalistiset käytänteet voivat hyödyttää potilasta. Nämä paternalismin oikeuttavat perusteet voivat myös nojata potilaan omaan suostumukseen ja ymmärrykseen hoidon etenemisestä. Hyvän tekemisen periaatteen noudattaminen voi joutua myös ristiriitaan potilaan autonomian kanssa (pakkotoimenpiteet ja rajoittavat käytännöt). Jotta riippuvuudesta irtaantuminen olisi mahdollista, on autonomiaa kunnioitettava siten, että se mahdollistaa myös hoidon ja kuntoutuksen toteutumisen. Tämä sisältää mm. informaation antamisen, kunnioittavan vuorovaikutuksen sekä syylistämistä korostavan vastakkaisasettelun välttämisen. Vastuuttaminen ilman tosiasiallista kykyä tai mahdollisuutta ottaa vastuuta omasta hoito- ja kuntoutusprosessista loukkaa ihmisarvoa. Liiallinen vastuuttaminen loukkaa haitan välttämisen periaatetta.

Irtantuminen riippuvuudesta voi edellyttää sitä, että joutuu herätetyksi riippuvuuden aiheuttamaan tilanteeseen ja sen seurauksiin. Tämä voi edellyttää aikaa ja sopeutumista sekä vastustavien tunteiden käsittelyä. Riippuvuus voi kattaa läpileikkaavasti koko

ihmiselämän, jossa pakotetusti tehtyt muutokset eivät johda kestävään muutokseen. Haitan välttämisen näkökulmasta on tärkeä nähdä, mikä rajoittava toimenpide on hoidon vaikuttavuuden kannalta hyödyllinen ja mikä haitallinen. Alun perin haitalta suojelemiseksi aloitetulla käytännöllä voi olla haittaavia seurauksia, joita ei oltu tarkoitettu. Vuorovaikutus on tässä keskeistä. Ilman luottamuksellista keskustelua sen arviointi, mikä on juuri tälle henkilölle hyväksi, jää puutteelliseksi ja potilaan autonomian kunnioittaminen ohitetaan. Tällöin saavutettava hyöty jää ohimeneväksi. On tärkeää arvioida haittoja, riskejä ja hyötyjä ei vain yksilökohtaisten hoitojen tavoitteiden saavuttamisen näkökulmasta vaan kokonaisvaltaisesti paitsi potilaan hyvinvoinnin ja elämän, myös hänen läheistensä sekä yhteiskunnan turvallisen toimivuuden kannalta. Tähän liittyy keskeisesti myös riittävän tutkimustiedon saaminen kaikesta tarvittavasta (ks STM 2021).

4.3 Oikeudenmukaisuus

Distributiivista oikeudenmukaisuutta eli resurssien oikeudenmukaista jakamista voidaan tarkastella karkeasti ottaen ainakin neljästä näkökulmasta. Utilitaristinen näkökulma keskittyy ensisijaisesti utiliteettiin eli kokonaishyötyyn. Sen perusteella oikeudenmukaista on taata koko väestön kannalta maksimaalinen terveyshyöty. Se mahdollistaa niin negatiiviset kuin positiiviset käytännöt. Jos päihdepalveluja ei järjestetä, on mahdollista, että koko väestön näkökulmasta erilaisten yhteiskunnan palvelujen tarve pikemminkin kasvaa. Egalitaristinen näkökulma lähtee hyödyn maksimoimisen sijaan ajatuksesta yhteiskunnan jäsenten yhdenvertaisesta mahdollisuudesta saada tiettyjä yhteiskunnallisia palveluita, esimerkkinä peruskoulu. Tämä tarkoittaisi, että päihdepalveluja on oltava tarjolla kaikille huumeongelman vakavuudesta riippumatta. Kommunitaristinen näkökulma lähtee siitä, että palveluja tulee olla tarjolla, kuten ennen on ollut, yhteisön tapojen ja perinteiden mukaisesti. Libertarinen näkökulma lähtee ihmisten perustavanlaatuisesta vapaudesta valita ja omistusoikeudesta. Sen mukaan tärkeää ei ole yhteisöllinen hyöty tai kansalaisten tarpeiden täyttäminen, vaan tärkeää on se, että prosessi palveluiden saamiseksi on reilua. Palveluja on tarjolla, mutta niiden saamiseen voi liittyä ehtoja, esim. taloudellisia.

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

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

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

5 Viitteet:

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

Ahern J, Stuber J ja Galea S: Stigma, discrimination and the health of illicit drug users, Drug and Alcohol Dependence, 2007:88,188-196.

Akram Y ja Copello A: Family-based interventions for substance misuse: a systematic review of reviews. Lancet 2013:382:, Special Issue S24.

Alanen, Olli, Kainulainen, Sakari ja Saari, Juho. 2014. Vamos tekee vaikutuksen: Vamos-nuorten hyvinvointikokemukset ja tulevaisuuden odotukset. Helsingin diakonissalaitos. HDL raportti 01/2014.

<https://www.sttinfo.fi/data/attachments/00020/0c208669-d089-4091-b8af-4827d774122a.pdf>

Altundal, H, Yaman, Z., Yilmaz, M. ja Türkles, S. Roles and responsibilities of nurses struggling with substance abusers. European Proceedings of Social and Behavioural Sciences 2017:30;248-256 .

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

Autti-Rämö, Mikkelsson M, Lappalainen T, Leino E: Kuntoutumisen prosessi. Sivut 56-73. Kirjassa Kuntoutuminen (toim. Autti-Rämö I, Salminen A-L, Rajavaara M, Ylinen A): Duodecim 2016a.

Autti-Rämö I, Poutiainen E, Pohjolainen T, Kehusmaa S: Kuntoutuksen vaikutusten arviointi. sivut 91-107. Kirjassa Kuntoutuminen (toim. Autti-Rämö I, Salminen A-L, Rajavaara M, Ylinen A): Duodecim 2016b.

Bandura A. Social foundations of thought and action. Englewoor Cliffs: Precentice Hall 1986

Bandura A. Social cognitive theory: an agentic perspective. Annual review of Psychology 2001;52;1-26.

Barratt MJ, Norman JS, Fry CL. Positive and negative aspects of participation in illicit drug research: implications for recruitment and ethical conduct. The International Journal of Drug Policy. 2007;18;235-8.

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

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

Beran O. Addiction as Degradation of Life. Ethics and Medicine: An International Journal of Bioethics, 2019;35;171-190, 20

van Boekel LC., Brouwers E, van Weeghel J ja Garretsen HL. Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. Drug and Alcohol Dependence 2013;131;23– 35.

Carter, Adrian ja Hall, Wayne. Addiction Neuroethics: The Promises and perils of neuroscience research on addiction, London. Cambridge University Press .2012.

Carter A, Savic M ja Forlini C. Surveillance Medicine in the Digital Era: Lessons from Addiction Treatment. The American Journal of Bioethics 2018;18; 58-60.

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

Eunetha HTA coremodel version 3.0 <https://www.eunetha.eu/wp-content/uploads/2018/03/HTACoreModel3.0-1.pdf>

European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addictions. EMCDDA Insights: New heroin-assisted treatment. Recent evidence and current practices of supervised injectable heroin treatment in Europe and beyond. Luxembourg: Publications Office of the European Union. 2012.

Global commission on drug policy: The negative impact of drug control on public health: The global crisis of avoidable pain. 2015.

Gunnar, T ja Kuoppasalmi K. Huumerattijuopumukset. Teoksessa Rönkä ja Markkula (toim.) Huumetilanne Suomessa 2020. THL Raportti 13/2020, Sivut 107–110.

Hakkarainen P ja Tammi T: Huumeiden käytön rangaistavuudesta tulisi luopua . THL blogi 13.8.2018

<https://blogi.thl.fi/huumeiden-kayton-rangaistavuudesta-tulisi-luopua/>

Hall W, Babor T, Edwards G., Laranjeira R, Marsden J, Miller P, Obot I, Petry N, Thamarangsi T ja West R. Compulsory detention, forced detoxification and enforced labour are not ethically acceptable or effective ways to treat addiction. Addiction 2012;107:1891-1893.

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

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

Heather N, Best D, Kawalek A, Field M, Lewis M, Rotgers F ja Heim D. Challenging the brain disease model of addiction: European launch of the addiction theory network. Addiction Research & Theory. 2018; 26;249–255.

Helsingin julistus: <https://www.laakariliitto.fi/laakariliitto/etiikka/helsingin-julistus/>

von Hippel, Courtney, Brener, Loren ja Horwitz, Robyn. 2018. Implicit and explicit internalized stigma: Relationship with risky behaviors, psychosocial functioning and healthcare access among people who inject drugs. Addictive Behaviors. 2018:76; 305-311,

Huttunen MO, Karlsson H, Korkeila J, Socada L: Bentsodiatsepiinit toimivat ja niitä saa käyttää. Lääkärilehti 2021;14:856-858.

Härkäpää K, Valkonen J, Järvikoski A: Kuntoutujan motivaatio ja sitoutuminen. Sivut 74-82. Kirjassa Kuntoutuminen (toim. Autti-Rämö I, Salminen A-L, Rajavaara M, Ylinen A): Duodecim 2016

Iammarino, Cassandra ja Pauly, Bernadette (2020) Harm reduction as an approach to ethical nursing care of people who use illicit substances: an integrative literature review of micro and meso influences, Drugs: Education, Prevention and Policy, 2020; DOI: 10.1080/09687637.2020.1840515

Jayne M ja Williams A.2020, Faith-based alcohol treatment in England and Wales: New evidence for policy and practice. HEALTH & PLACE 2020: 66.

<https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2020.102457>

Kaila M ja Lohiniva K: Kansallinen terveydenhuollon palveluvalikoima : Määrittämisen periaatteet, rakenne ja kehittämismahdollisuudet. STM raportteja ja muistioita 2020:31.

Kalsås,Ø, Selbekk R, Schanche A ja Ottar N, "I get a whole different view": Professionals experiences with family-oriented practice in addiction treatment. Nordic studies on alcohol and drugs 2020:37;243-261 .

Karhula M, Veijola A, Ylisassi H: Tavoitteiden asettamisen käytäntö. Sivut 225-238. Kirjassa Kuntoutuminen (toim. Autti-Rämö I, Salminen A-L, Rajavaara M, Ylinen A): Duodecim 2016a

Karhula M, Sellman J, Sipari S: Kuntoutumisen sisällön rakentuminen. Sivut 239-246. Kirjassa Kuntoutuminen (toim. Autti-Rämö I, Salminen A-L, Rajavaara M, Ylinen A): Duodecim 2016a.

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

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

Karttunen T: Nais erityistä päihdehoitoa – etnografinen tutkimus päihdehoitolaitoksen naisten yhteisöstä. Väitöskirja Jyväskylän yliopisto 2019 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-7839-6>

Kivitie-Kallio S ja Autti-Rämö I: Päihteitä käyttävien vanhempien lapsi, sivut 196-216. Kirjassa Lapsen kaltoinkohtelu (toim. Söderholm A ja Kivitie-Kallio S) Duodecim 2012.

Klingberg S ja Paul T: Päihteitä käyttävien syrjäytyneiden nuorten terveystalveluiden käyttö. Kirjallisuuskatsaus. Opinnäytetyö 11.10.2018. Metropolia <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/156695/Paul%20Teea.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Klingeman, Harald, Successes and failures in treatment of substance abuse: Treatment system perspectives and lessons from the European continent. Nordic Studies on Alcohol and Drugs. 2020;37(4);323–337.

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

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

Käypä Hoito suositus: Huumeongelman hoito. Julkaistu 18.4.2018a

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50041>

Käypä Hoito suositus. Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito. Julkaistu

19.6.2018b <https://www.kaypahoito.fi/hoi40020>

Käypä Hoito suositus: Lihavuus (lapset, nuoret ja aikuiset). Julkaistu 3.3.2020a

<https://www.kaypahoito.fi/hoi50124>

Käypä Hoito suositus: Tyypin 2 diabetes. Julkaistu 18.5.2020b

<https://www.kaypahoito.fi/hoi50056#s20>

Lago, R.R., Bógus, C.M. ja Peter, E. An Exploration of the Relational Autonomy of People with Substance Use Disorders: Constraints and Limitations. International Journal of Mental Health and Addiction 2020;18;277–292.

<https://doi.org/10.1007/s11469-018-9957-x>

Liskola J, Putkonen H, Vataja R, Perälä S-M, Vesterinen K, Rapeli P ja Niemelä S : ADHD ja päihteet – näin lääkiten. Lääkärilehti 2021;12-13:804-805.

Levy N. Addiction, Autonomy, and Informed Consent: On and Off the Garden Path, The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine. 2016;41(1);56–73. <https://doi.org/10.1093/jmp/jhv033>

Leppo A: Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten negatiiviset asenteet vaikeuttavat avun hakemista perheissä, joissa on ollut päihdeongelmia. Raportti Ensi- ja turvakotien liitolle 16.3.2018. Julkaisematon, saatavissa maarit.andersson@etkl.fi

Niemelä S: Nuoret ja Huumeet. Sivut 249-270. Huume ja lääkeriippuvuudet (toim. Aalto M, Alho H, Niemelä S):, Duodecim 2018

Nutt DJ, King LA, Phillips KA: Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. Lancet 2010;376:1158-1565.

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

McGowan CR, Viens AM, Harris M, Rhodes T. Risk Environments and the Ethics of Reducing Drug-Related Harms. The American Journal of Bioethics. 2017;17(12):46-48. doi: 10.1080/15265161.2017.1388870. PMID: 29148941.

Pajulo M: Päihdeongelmaisten odottavien äitien hoidon kehittäminen - erityispiirteet, haasteet ja mahdollisuudet. Lääkärilehti 2011;14;1189-1195.

Palveluvalikoimaneuvoston suositus. Riippuvuussairauksien Hoidon ja kuntoutuksen psykososiaaliset menetelmät. Osa 1. Alkoholiriippuvuus 11.6.2020a. <https://palveluvalikoima.fi/alkoholiriippuvuus>

Palveluvalikoimaneuvoston suositus. Elintapamuutosta tukevat tekijät elintapaohjauksen ja omahoidon tuen menetelmissä tupakoinnin aiheuttaman sairastumisriskin pienentämiseksi 11.6.2020b.

<https://palveluvalikoima.fi/elintapaohjaus-tupakoinnin-lopettaminen>

Palveluvalikoimaneuvoston suosituksen valmistelumuistio: Huumeriippuvuuksien hoidon ja kuntoutuksen psykososiaaliset menetelmät. 2021.

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

Pauly B Harm reduction through a social justice lens. International Journal of Drug Policy, 2008:19(1); 4–10. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2007.11.005>

Pennonen M ja Koski-Jännes A: "Päihdealan-ammattilaisten käsityksiä aineriippuvuuksista", Juvenes 2010:18; 208-224.

Perneger T, Mino A, Giner Fja Broers B: Patterns of Opiate Use in a Heroin Maintenance Programme. Psychopharmacology 2000:152(1) 7–13. Verkossa: 10.1007/s002130000492

Perälä J: Huumemaailma ja rikokset. Sivut 292-293. Kirjassa Huume ja lääkeriippuvuudet (toim. Aalto M, Alho H, Niemelä S). Duodecim 2018.

Perälä J: Huumausaineiden ja rikollisuuden välinen yhteys. Sivut 293-295. Kirjassa Huume ja lääkeriippuvuudet (toim. Aalto M, Alho H, Niemelä S). Duodecim 2018.

Perälä R: Huumeidenkäyttäjien tulkintoja ongelmistaan ja niihin kohdistuvista sosiaali- ja terveystoimen palveluista. Yhteiskuntapolitiikka 2007:72(3);256-271.

Pickard H. The Purpose in Chronic Addiction. AJOB Neuroscience. 2012;3(2):40-49. doi:10.1080/21507740.2012.663058

Pickard,H ja Pearce S. Addiction in context: Philosophical lessons from a personality disorder clinic. sivut 165-189. Kirjassa Addiction and Self-Control: Perspectives from Philosophy, Psychology, and Neuroscience (toim. Levy N,) Oxford: Oxford University Press 2013.

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

Roessler RT: Motivational factors influencing return to work. Journal of Applied Rehabilitation Counseling 1989;20:14-17.

Ryan J E, Smeltzer SC ja Sharts-Hopko NC. Challenges to Studying Illicit Drug Users. Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing, 2019;51(4);480–488.
<https://doi.org/10.1111/jnu.12486>

Rönkä S ja Markkula J (toim.). Huumetilanne Suomessa 2020. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 13/2020. Helsinki 2020.

Saari J, Eskelinen N ja Björklund L: Raskas perintö. Ylisukupolvinen huono-osaisuus Suomessa. Gaudeamus, 2020.

Salminen A-K, Järvikoski A, Härkäpää K: Teoriat, viitekehykset ja mallit kuntoutusta ohjaamassa. sivut 20-36. Kirjassa Kuntoutuminen (toim. Autti-Rämö I, Salminen A-L, Rajavaara M, Ylinen A): Duodecim 2014.

Seppänen-Järvelä R, Åkerblad L, Haapakoski K: Monimenetelmällisen tutkimuksen integroivat strategiat. Yhteiskuntapolitiikka 2019;3:332-338.

Seppänen-Järvelä R (toim.) Monimenetelmällisyys kuntoutuksen tutkimuksessa Havaintoja ja kokemuksia Muutos-hankkeen tutkimuksista. Kelan työpapereita 144. 2018.

STM: Päihde- ja riippuvuusstrategia. Yhteiset suuntaviivat vuoteen 2030

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2021:17.

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-9891-9>

Storbjörk J: Implications of enrolment eligibility criteria in alcohol treatment outcome research: generalizability and potential bias in 1- and 6-year outcomes. Drug and Alcohol Review 2014;33:604–611.

Särkelä-Kukko M: Päihteiden käyttö ja yhteiskunnallisen osallisuuden ongelmat.

Päivitetty 20.11.2020 <https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/paihteet-ja-yhteiskunta/paihteidenkaytto-ja-yhteiskunnallisen-osallisuuden>

Söderholm A ja Kivitie-Kallio S: Lapsen kaltoinkohtelu. Duodecim 2012.

Tammi T. Huumekuolemien ehkäisyssä parantamisen varaa Euroopassa. Tiimi

2020:3. <https://a-klinikkasaatio.fi/ammattilaiselle/tiimi-lehti/lehtiarkisto/tiimi-3-2020>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK): Ohjeet ja aineistot.

<https://tenk.fi/fi/ohjeet-ja-aineistot>

THL: Päihdetilastollinen vuosikirja 2019: Alkoholi ja huumeet.

<https://www.julkari.fi/handle/10024/139083>

Uusitalo S ja Axelin A. Opioid-dependent mothers in medical decision making about their infants' treatment: who is vulnerable and why? Les ateliers de l'éthique, 2017:12 (2-3); 221–242. <https://doi.org/10.7202/1051283ar>

Vearrier L. The value of harm reduction for injection drug use: A clinical and public health ethics analysis. Disease-a-Month 2019 ;65(5):119-141.

doi:10.1016/j.disamonth.2018.12.002. .

Väyrynen S: Usvametsän neidot : tutkimus nuorten naisten elämästä

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