



# Miksi mielenterveys- ja päihdesairauksia ei priorisoida?

Ettinen priorisointi terveydenhuollossa webinaari 16.9.2021

LT, terveydenhuollon el Kaarlo Simojoki

toimitusjohtaja, lääketieteellinen johtaja, A-klinikka Oy

Päihdelääketieteen työelämäprofessori, Helsingin Yliopisto

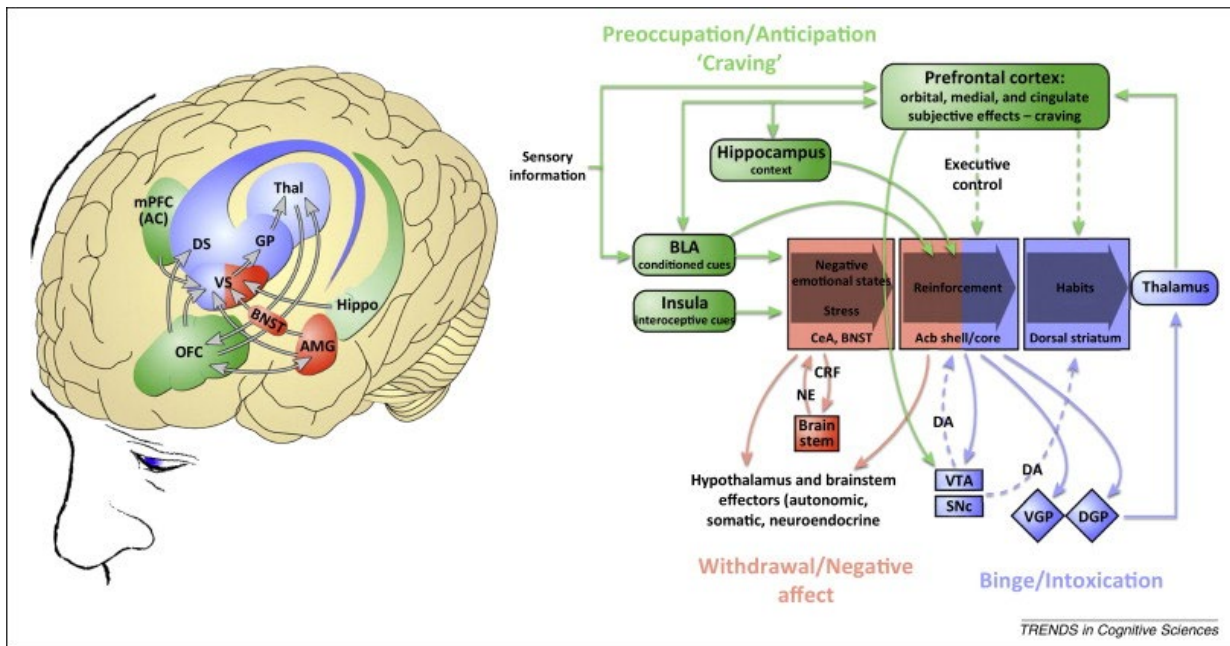
kaarlo.simojoki@a-klinikka.fi, 040 573 1083

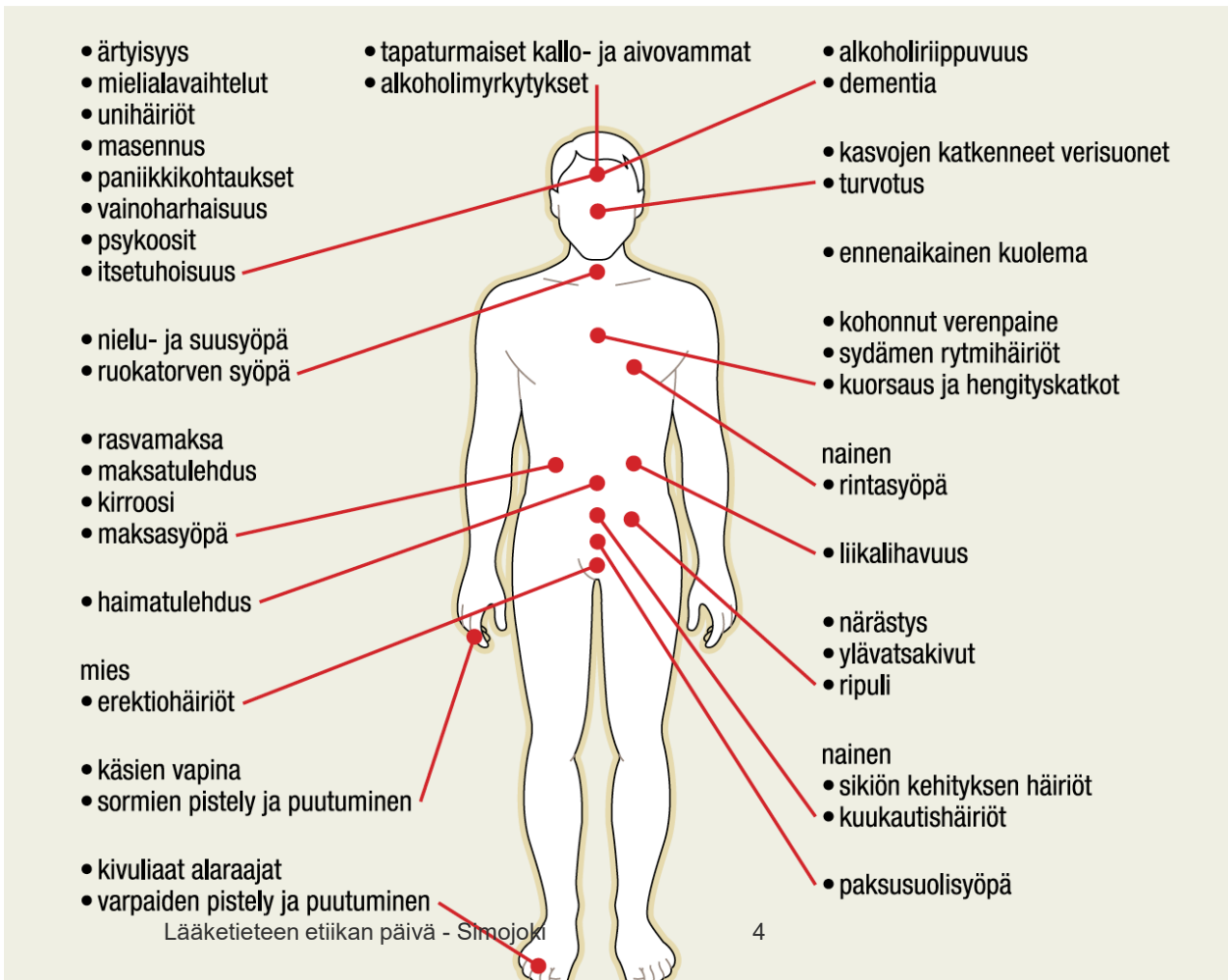
Twitter: @kaarlosimojoki

# Sidonnaisuudet 2019–2021

- Päihdelääketieteen työelämäprofessori, Helsingin yliopisto
- Päätoimi: A-klinikka Oy:n toimitusjohtaja ja lääketieteellinen johtaja
  
- Muut sidonnaisuudet
  - Lastensuojelun vaativan sijaishuollon uudistamistyöryhmä, STM 2019 - 2020
  - Terveystieteiden tutkimuskeskuksen palveluvalikoimaneuvoston mielenterveys- ja päihdepalvelujaoston jäsen 2018-2020
  - Suomen C-hepatiittistrategia 2017–2019 työryhmän jäsen sekä Kansallisen hiv- ja hepatiittiasiantuntijaryhmän jäsen
  - Käypä hoito- suositus työryhmän jäsen: alkoholiongelmaisen hoito, huumeongelmaisen hoito
  - Päihdelääketieteen yhdistyksen hallituksen sekä koulutusvaliokunnan jäsen
  
  - Toistuva luennoitsija eri lääkealan yritysten pääasiassa julkiselle puolelle suunnatuissa koulutuksissa (MSD, GlaxoSmithKline, Ruma GmbH, Professio, Invidior, Gilead, Abbvie, Unimedica, MSD)
  - Ulkomaan kongressimatka lääkealan eri yritysten rahoittamana (Azanta, Lundbeck, Gilead, MSD, Invidior, Camurus, Abbvie)
  - Toiminut yrityksen asiantuntijana tai advisory board jäsenenä (Invidior, Azanta, Nordic drugs, Gilead, Abbvie, Unimedica, MSD, Camurus, Takeda)
  - Ei osakeomistuksia

# Riippuvuus on aivosairaus





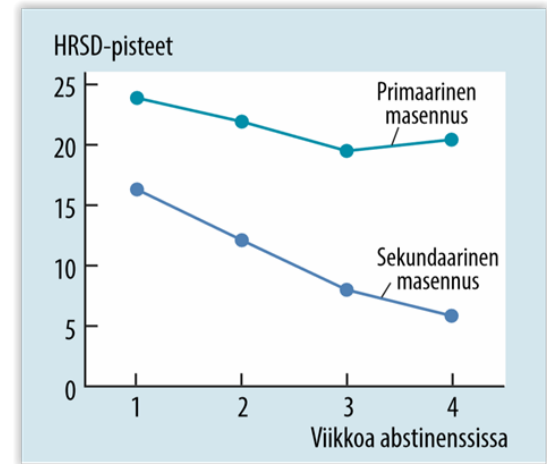
## Humalatilaaan liittyvät sosiaaliset haitat edeltävien 12 kuukauden aikana

- Mikäli arviosta poistetaan ”katunut puheitaan / tekojaan”, humalahaitan oli kokenut lähes 900 000 suomalaista
- Kuolleisuusluvut kertovat, että haittojen painopiste on kuitenkin siirtynyt krooniseen suuntaan



## Päihteet ja mielenterveys

- Alkoholihäiriöt ja masennus ovat keskeisiä kansansairauksiamme, joiden tunnistaminen ja hoito koskettavat kaikkia terveydenhuollon osa-alueita.
- Nämä ongelmat esiintyvät usein samanaikaisesti
- Yhdessä esiintyessään ne muodostavat hoidollisen haasteen ja heikentävät sairastuneen elämänlaatua.
- Alkoholiongelmien ja masennustilojen samanaikainen hoito kannattaa, sillä hoidon myötä elämänlaatu kohenee ja toimintakyky paranee.



Alkoholiongelmat ja masennus  
Levola, Jonna; Aalto, Mauri;  
LÄÄKETIETEELLINEN  
AIKAKAUSKIRJA DUODECIM  
2019;135(13):1264-70

# Priorisointi

- ”Priorisoinnin tulee perustua eettisesti hyväksyttäviin periaatteisiin. **Keskeisimpänä voidaan pitää ihmisarvon periaatetta: kaikki ihmiset ovat samanarvoisia, ja heillä on samat oikeudet riippumatta heidän ominaisuuksistaan tai asemastaan yhteiskunnassa.** Toinen tärkeä periaate on solidaarisuus, eli priorisointi tarpeiden mukaan: yhtäläisessä hoidon tarpeessa oleville tulee antaa yhtäläinen hoito. Kolmas priorisoinnissa noudatettava periaate on kustannusvaikuttavuus: valitaan sellaiset toimintavaihtoehdot, jotka käytettyihin resursseihin nähden tuottavat potilaille eniten terveyttä tai elämänlaatua.”
- ”**Priorisointikeskustelussa korostuu usein kustannusvaikuttavuus, koska se on tekninen ja ainakin osittain mitattavissa oleva asia.** Kustannusvaikuttavuuden korostamisella pyritään myös tehostamaan koko toimintaa, jolloin resurssipulasta johtuva säännöstelyn tarve vähenee. Priorisointikeskustelu edellyttää mahdollisimman hyvää tietämystä terveydenhuollon toimintojen kustannuksista ja vaikutuksista. Tämä tieto on kuitenkin useimmiten varsin puutteellista muun muassa sen takia, että kustannusvaikuttavuus on osittain sidoksissa järjestelmään, aikaan ja moniin kulttuuritekijöihin.”
- ”**Suomessa priorisointipäätöksenteko ei ole perinteisesti ollut kovin avointa. Priorisointia on toteutettu muuhun päätöksentekoon verhottuna limittäin useilla eri päätöksenteon tasoilla tarkemmin määrittelemättömien perusteiden ja prosessien tuloksena.**”

Suomen Lääkäriliitto 2021

# Tilaaja-tuottajakäytännöt ja taloudelliset tekijät saattavat vaikuttaa hoidon sisällön määrittelyyn enemmän kuin yksilöllinen hoidon tarve

*Opioidiriippuvuuden lääkkeellinen vieroitus- ja korvaushoito Suomessa, Airi Partanen, Helena Vorma, Hannu Alho, Anna Leppo, Suomen Lääkärilehti 7/2014 vsk 69 s. 481–486.*

## ■ TERVEYDENHUOLTOTUTKIMUS

### Opioidiriippuvuuden lääkkeellinen vieroitus- ja korvaushoito Suomessa

**AIRI PARTANEN**  
TMI, lääketieteellinen  
Terveystieteiden tutkimuskeskus,  
Lääketieteellinen tutkimus- ja  
opintokeskus, Helsingin yliopisto

**HELENA VORMA**  
ET, lääketieteen  
SITÄ, osasto ja  
terveyspolitiikan osasto

**HANNU ALHO**  
ET, lääketieteiden professori,  
Helsingin yliopisto,  
terveyspolitiikan osasto,  
Terveystieteiden tutkimuskeskus,  
Lääketieteellinen tutkimus- ja  
opintokeskus, Helsingin yliopisto

**ANNA LEPPÖ**  
VT, tutkimusassistentti,  
Helsingin yliopisto

#### Lähtökohdat

Opioidiriippuvuuden vieroitus- ja korvaushoito korvaavalla opioidilääkityksellä on laajentunut Suomessa 2000-luvulla. Hoitoa säätelevässä STM:n asetuksessa 33/2008 on kuntouttavan korvaushoidon rinnalle ylläpitohoitoon sijaan määritelty hoitoja vähentävä korvaushoito sekä mahdollistettu apteekkiohjaimuksen perustava lääkejakele. Hoitoa toteutetaan päädehoittona erikoistuneiden yksiköiden lisäksi terveyskeskuksissa.

#### Menetelmät

Opioidiriippuvuuden lääkkeellisistä vieroitus- tai korvaushoitoa toteuttavista yksiköistä koskeva selvitys tehtiin lomakekyselyinä, jossa pyydettiin summattuna potilaiden kokonaismäärä ja heidän jakautuminsena eri hoitomuotoihin 30.11.2011. Tiedot analysoitiin hoitoyksiköiden tyyppiin ja sijaintikunnan mukaan.

#### Tulokset

Opioidiriippuvuuden lääkkeellisessä vieroitus- ja korvaushoidossa oli marraskuun 2011 lopussa 2 492 potilasta. Yleisin lääkehoitomuoto oli buprenorfini ja nioksonin yhdistelmävalmistelä (58 %), metadonia käyteti 38 % ja pelkastin buprenorfinia 4 %. Saurin osaa (66 %) potilaista oli kuntouttavassa korvaushoidossa ja haki lääkkeensä hoitoyksiköstä. Apteekkiohjaimuksella lääkkeensä hakevia oli 7 %. Hoitoja vähentävässä korvaushoidossa oli 24 % potilaista. Kaikki kolmasosa potilaista hoidettiin päädehoittona erityispuoleissa, viidesosa terveyskeskuksissa, reilu kymmenesosa erikoissairaanhoidossa ja alle 2 % vanhojen terveydenhoitoyksiköissä. Potilaita oli kaikissa sairaanhoitopiireissä, mutta lähes puolet heistä hoidettiin HUS:n alueella.

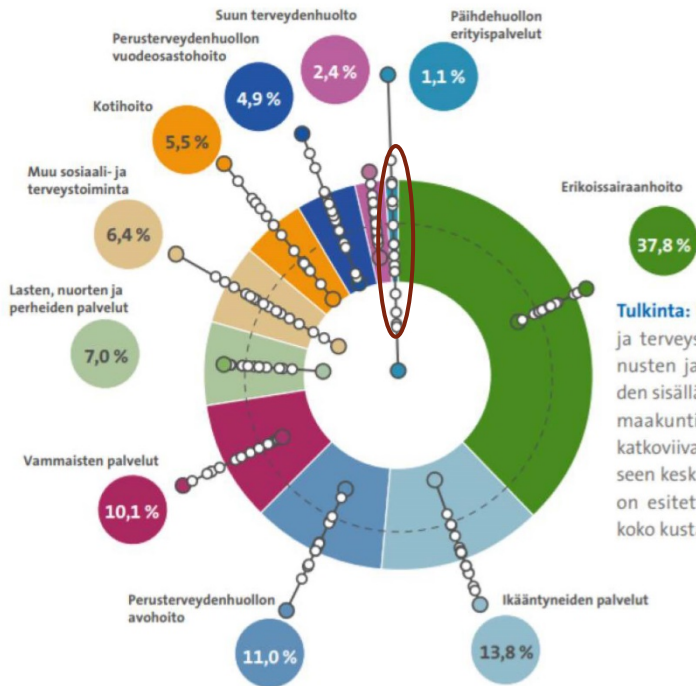
#### Päätelmät

Viimeaikaisesta hoitoon hakeutumisen lisääntymisestä päätellen opioidiriippuvuuden lääkkeellisen vieroitus- tai korvaushoidon tarve voi edelleen kasvaa. Kyseessä on poikkeuksellisen haastava potilasryhmä, jonka hoidon onnistuminen terveyskeskuksissa edellyttää tiivistä yhteistyötä päädehoittona erityispuoleiden ja erikoissairaanhoidon kanssa. Tilaa ja tuottajakäytännöt ja taloudelliset tekijät saattavat vaikuttaa hoidon sisällön määrittelyyn enemmän kuin yksilöllinen hoitoon tarve.



Terveystieteiden tutkimuskeskus  
palveluvalikoimaneuvosto Palko totesi  
tuoreessa suositusluonnoksessaan,  
että huumeriippuvaisten ”**perusoikeus**  
**välttämättömään turvaan ja riittäviin**  
**palveluihin eivät tällä hetkellä**  
**toteudu yhdenvertaisesti muiden**  
**potilasryhmien kanssa**”.

# Kustannukset painottuvat erikoissairaanhoidon

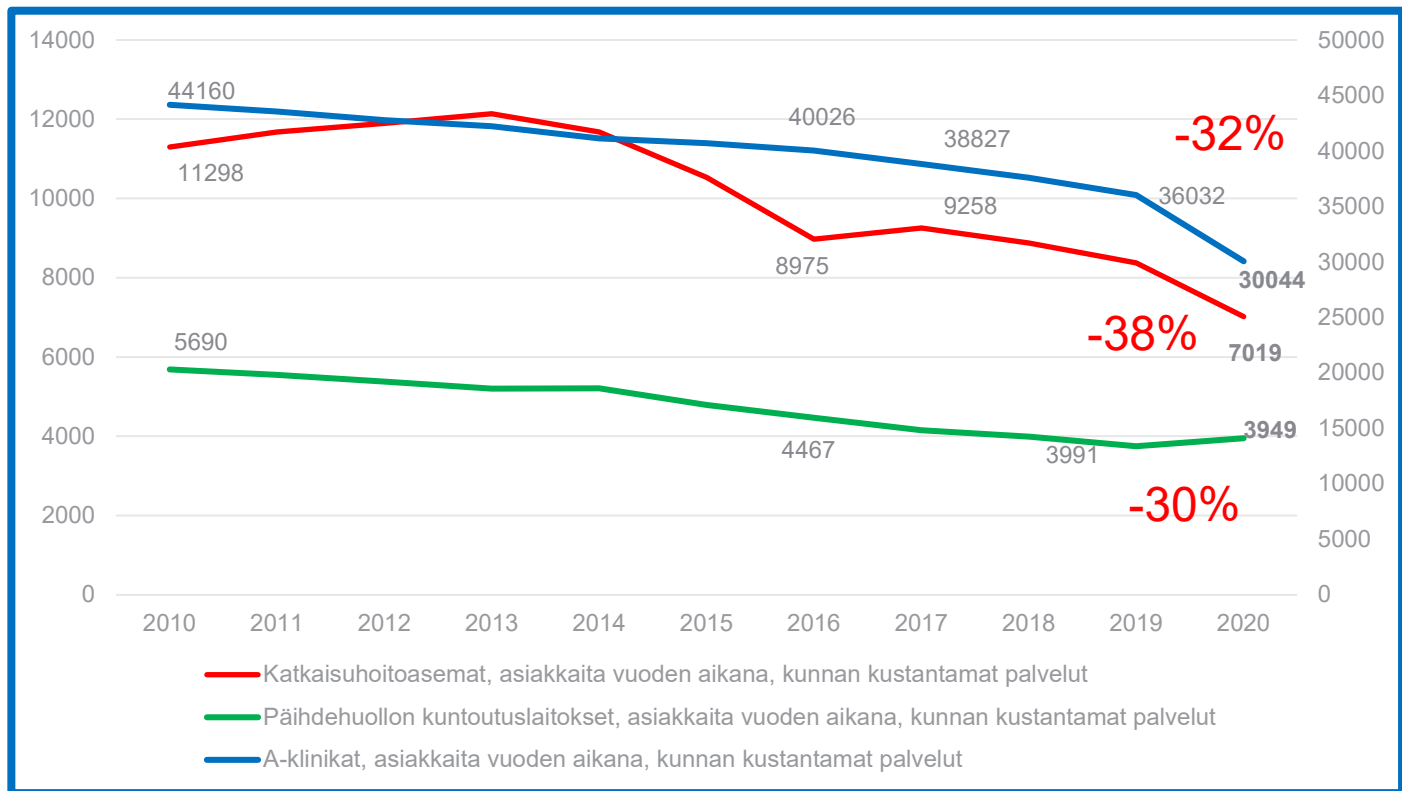


## Sosiaali- ja terveydenhuollon nettokäyttökustannusten jakauma vuonna 2017

**Tulkinta:** Kuviossa on esitetty sosiaali- ja terveystoimen nettokäyttökustannusten jakauma tehtävittäin. Kuvion sisällä olevilla viivoilla esitetään eri maakuntien sijoittuminen suhteessa katkoviivassa esitettyyn valtakunnalliseen keskiarvoon. Erillisissä ympyrässä on esitetty tehtävän prosenttiosuus koko kustannusjakaumasta.

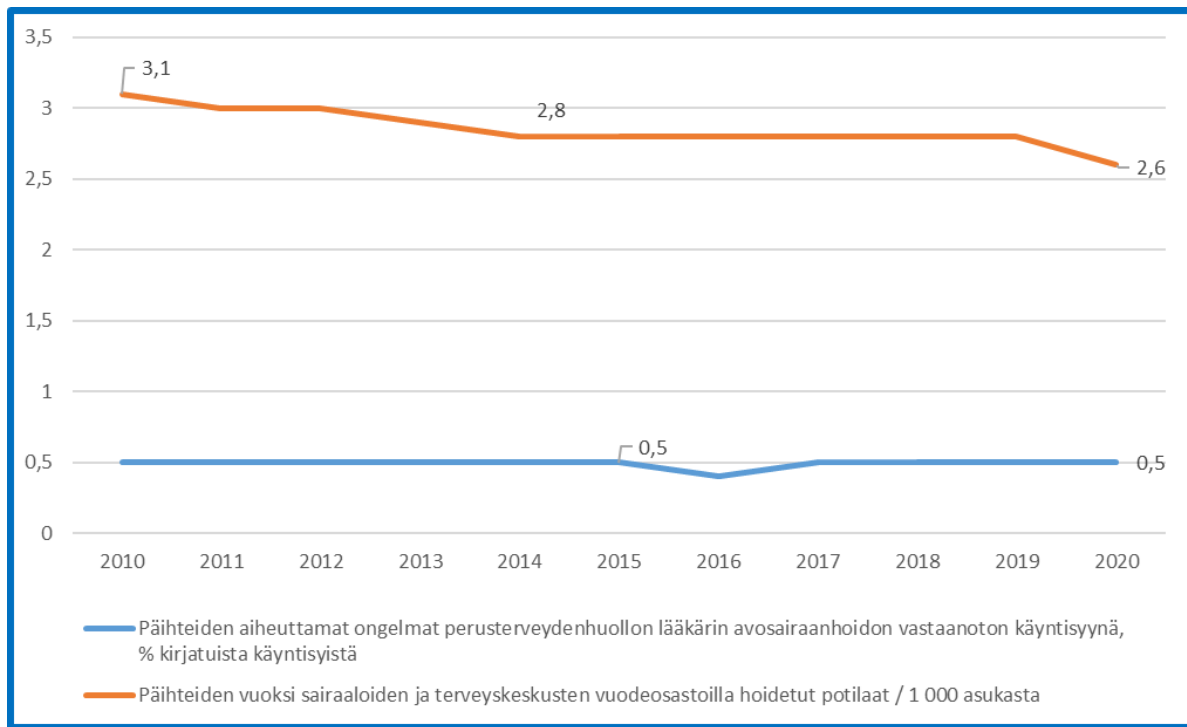
Lähde: THL, Sote-palvelujen arviointi 2018 (Pekka Rissanen)

# Päihdepalveluissa hoidetut potilaat 2010 -2020



2020 hävisi 6000 pt A-klinikoilta – korona?

# Päihdepotilaat pth avopalveluissa ja osastot



Terveyskeskusten päihdediagnoosilla hoidettavien osuus on laskenut

Terveyskeskusten ja sairaaloiden vuodeosastoilla hoidettavien osuus ei ole muuttunut



# Miksi mielenterveys- ja päihdesairauksia ei priorisoida?

# Talousajattelun nurja puoli

- hoitoa vasta, kun diagnoosi sairaudesta on tehty
  - suuri ryhmä henkilöitä, joiden sairaus ei ole vielä tunnistettu eikä diagnoosi tehtävissä tai eivät pääse asianmukaisiin tutkimuksiin
- vakavista päihde-/mielenterveyden häiriöistä kärsivillä usein myös muita terveydellisiä ja sosiaalisia ongelmia
  - järjestelmä ei oikeasti tunnista moniongelmaisuuksia
  - palvelut eivät vastaa tämän ryhmän tarpeita
- monimutkainen päätöksenteko johtaa helposti viiveisiin ja siihen vaikuttavat
  - taloudelliset intressit ja pirstaleisen hallintojärjestelmän ongelmat
  - yksittäisen viranhaltijan asenteet tai mieltymykset
- talousajattelu saattaa johtaa tehottomuuteen
  - osaoptimointi eri organisaatioiden/ yksiköiden välillä
  - liiallinen avohoitopainottuneisuus johtaa helposti siihen, että tarpeelliseenkaan laitoshoitoon ei pääse ja ongelmat kasautuvat avohoidossa niin pitkään, että hoitojen vaikuttavuus heikkenee

# Kovenevat asenteet ja paheneva ristiriita

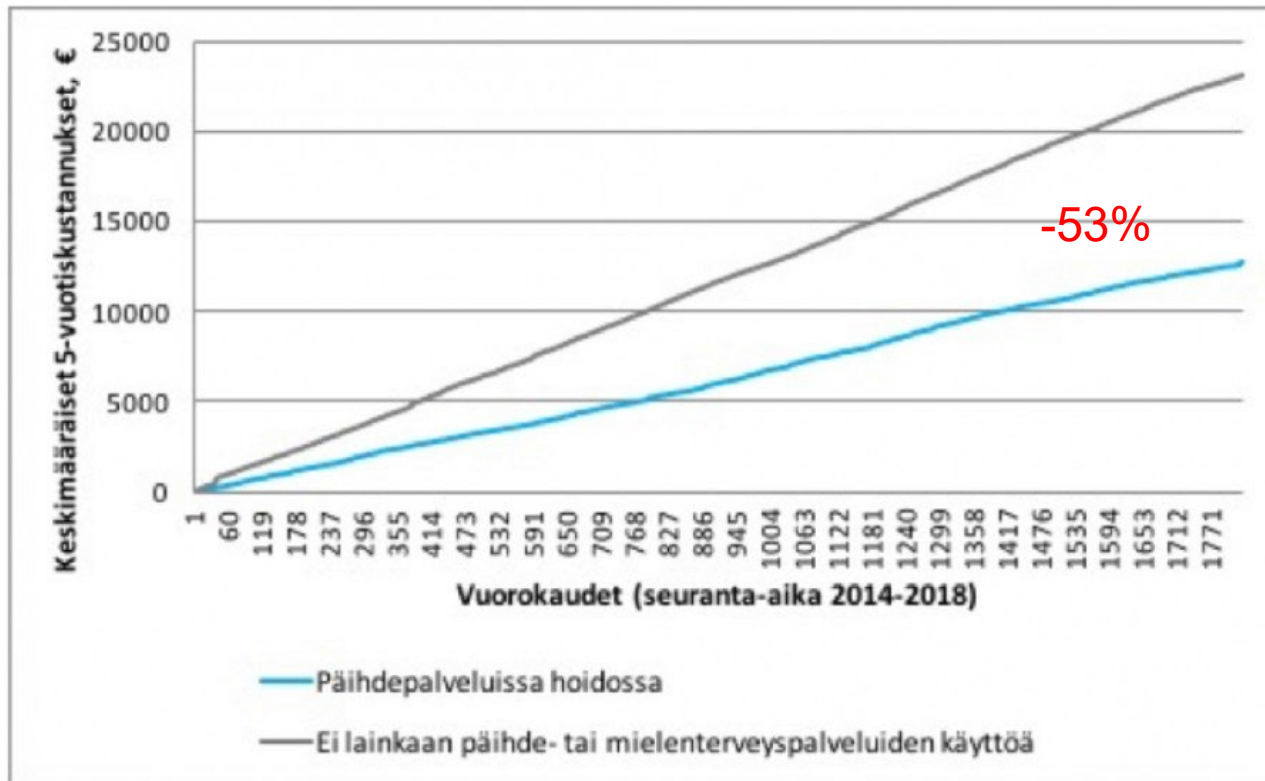
Alkoholin käyttöön suhtaudutaan

- Yhtäältä edelleen ymmärtävän positiivisesti
  - mystifioitu suomalainen juominen: ”ujo katajainen kansa ei muuten kykene keskusteluun”
  - alkoholi kuuluu kaikkeen ”sivistyneeseen” sosiaaliseen kanssakäymiseen
  - alkoholi on hyväksytty tapa hallita tunnetiloja: työelämän stressi, parisuhdeongelmat
  - päihdekäyttö sallittua osana nuoruuden kapinointia ja suuri häiriökäyttäytymisen toleranssi
  - Jokaisen oma asia: ”ei kuulu muille”
- Ja toisaalta kielteisen tuomitsevasti muodostuessaan ongelmaksi
  - häviäjä, joka ei pärjää kilpailuyhteiskunnassa: ”ei kuulu minun kaveripiiriin”
  - itse aiheutettu ongelma, jonka saa jokainen hoitaa itse: ”ei minun rahoillani juoppoja/narkkareita hyysätä”
  - mielenlujuuden heikkoutta: ”kyllä jokainen kykenee muutokseen jos on motivoitunut”

Vallitseva ristiriita johtaa siihen, että yksilötasolla avun hakemiselle on korkea kynnyks ja yhteiskunnassa tunnepitoinen suhtautuminen estää asiallisen keskustelun sekä sen myötä myös päihde- ja hoitokulttuurin muutosta



## Päihdepalvelut tuovat säästöjä alkoholiongelmiaisten hoitoon



Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen käytön keskimääräiset viisivuotiskustannukset alkoholiongelmiaisilla, jotka olivat päihdepalveluissa hoidossa sekä niillä, jotka eivät käyttäneet lainkaan päihde- tai mielenterveyspalveluja.

Elina Rautiainen, Miika Linna, Olli-Pekka Rynnänen & Tiina Laatikainen. Do the Costs of AUD-Related Health and Social Care Services Vary Across Patient Profiles? *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 81(2), 144–151 (2020).  
Published Online: April 17, 2020. <https://doi.org/10.15288/jsad.2020.81.144>

**Addiktio** negatiiviset vaikutukset niin yksilön kun läheisten hyvinvointiin on useissa yhteyksissä todettu olevan voimakkaampia kuin monissa hyvinkin vaikeissa somaattisissa sairauksissa. Hoitamattomana sen kuolleisuus on selkeästi korkeampi, etenkin opioidien väärinkäyttäjillä, ollen keskimäärin noin 15 kertainen muuhun väestöön verrattuna.  
*(mm. WHO, NIDA, Institute for Clinical Evaluative Sciences, Public Health Ontario)*

**Suomessa mielenterveyspotilaat kuolevat 10–20 vuotta nuorempina kuin muu väestö.** Aiemmistä tutkimuksista tiedetään, etteivät mielenterveysongelmaiset pääse tai hakeudu hoitoon yhtä hyvin kuin muut, minkä lisäksi usein heidän fyysiset vaivansa jäävät mielenterveysongelmien takia hoitohenkilökunnalta huomaamatta.

*(Duodecim 2015/ Jama Psychiatry)*

## Parannetaan päihde- ja mielenterveysongelmia kokevien kohtelua palvelujärjestelmässä

- **Hyväksytään päihderiippuvuus sairaudeksi:** päihdekuntoutujan toimeentulo turvattaisiin osana kuntoutusjärjestelmän uudistamistyötä myös sairauspoissaolon, hoidon ja laitosjakson aikana (vrt. mielenterveyden häiriöt)
  - varhaisen vaiheen ongelmakäyttö ei siis vielä täytä sairauden kriteerejä
- **Mahdollistetaan anonyymi hoito:** päihdediagnoosiin liittyvät kirjaukset näkyviin vain osalle ammattilaisista (vrt. mielenterveyden häiriöt)
- Luodaan lainsäädännölliset edellytykset hoitaa mielenterveys- ja päihdehäiriöitä samaan aikaan
- Ei aseteta hoidon saamiselle ehtoja, kuten ”motivaation” osoittaminen
- Ei stigmatisoida potilaita tai päihdehoitoa
- Sovitaan yksilöllisesti asetut yhteiset tavoitteet, miten niihin pyritään ja kuka vastaa mistäkin

# Pohdintoja

- Koko ajan erikoistuneempi ja kapea-alaisempaan oireiluun virittäytyneen hoitojärjestelmän on vaikea vastata mtp-potilaan tarpeisiin
  - Samalla hoitojärjestelmän ongelmat vievät voimavaroja itse hoitotyöstä
- Asiantuntemus mielenterveys- ja päihdepotilaiden erityistarpeista jääne ohueksi myös hyvinvointialueilla ja niiden johdossa
  - Noudatettaisiin edes nykyistä enemmän käypä-hoito ja Palko suosituksia
- Päihteet, etenkin niiden satunnaiskäyttö, ja niihin liittyvät haitat ovat vähintäänkin pysyvä, ellei jopa kasvava ilmiö. Samalla meille on jo syntynyt merkittävä hoitovelka ja (moni)ongelmaisten ryhmä.
  - Päihde- ja riippuvuusongelmista aiheutuva palvelujen tarve monimuotoistuu
- Päihde- ja mielenterveysongelmiin liittyy vielä paljon stigmaa ja hoitopessimismää, mikä johtaa helposti syrjivään piilopriorisointiin
  - Tämä koskettaa erityisesti päihteitä käyttäviä

Ongelmana ei ole tiedon puute vaan se, miksi annamme asenteiden, ennakkoluulojen sekä vanhojen käytäntöjen ohjata edelleen hoitojen kehittämistä ja toteutusta