

Päihdehäiriö on yleinen muun mielenterveyshäiriön yhteydessä

- Mitä vaikeampi psykiatrinen sairaus, sitä tavallisempi on päihdehäiriö.
- Samanaikaisen päihde- ja muun mielenterveyden häiriön hoito tulee järjestää integroituna eli yhden moniammatillisen työryhmän toteuttamana.
- Hoidon suunnittelussa on tärkeää huomioida vaihteellisuus ja asettaa realistiset tavoitteet.
- Kun häiriöiden samanaikaisesta hoidosta on vähän tutkimustietoa, noudatetaan mahdollisimman hyvin erillisten häiriöiden hoitosuosituksia.

Kaisa Luoto, Jonna Levola, Mauri Aalto, Solja Niemelä



”Käytettävissäni olevan aineiston perusteella kaksoisdiagnoosipotilaiden palvelujen toteuttamisessa on ollut runsaasti puutteita. Mielenterveyspotilaat, joilla on päihderiippuvuus, ovat voineet jäädä heitteille siitä huolimatta, että heidän tilanteensa on ollut joko sosiaalihuollon tai terveydenhuollon ammattihenkilöiden tiedossa. Pidän selvityksissä esiin tulleita virheitä vakavina.” Näin eduskunnan apulaisoikeusasiamies totesi 2023 selvityksessään kaksoisdiagnoosipotilaiden mahdollisuuksista saada tarvitsemiaan päihde- ja mielenterveyspalveluja (1).

Myös käytännön mielenterveys- ja päihdetyötä tehneet tietävät, ettei kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitoonpääsy toteudu niin hyvin kuin sen lain mukaan tulisi toteutua. Asiaan on kiinnitetty huomiota jo pitkään, mutta käytännössä mielenterveys- ja päihdepalvelujen integraatio on edennyt hitaasti.

Päihdehäiriöt ovat yleisiä muiden mielenterveyshäiriöiden rinnalla. Tätä yhdistelmää kutsutaan kaksoisdiagnoosiksi, vaikka tosiasiallisesti rinnakkaisia häiriöitä on hyvin usein enemmän kuin kaksi. Erityisen tavallista samanaikaissairastavuus on niillä, joilla on vakavia psykiatrisia sairauksia (2,3).

Päihteiden ongelmakäyttö vaikeuttaa oireiden tunnistamista. Siksi sairauden havaitsemisessa, diagnostiikassa ja asianmukaisen hoidon aloittamisessa on usein viivettä.

Päihdeongelma saattaa heikentää potilaan hoitomyöntyvyyttä, lisätä ja vaikeuttaa oirejaksoja sekä hidastaa toipumista. Toisaalta hankalat psykiatriset oireet voivat vaikeuttaa päihteiden käytön vähentämistä ja päihdehoitoon kiinnittymistä.

Samanaikaisten häiriöiden hoitoa on tutkittu valitettavan vähän. Mielenterveyden häiriöiden hoitotutkimuksissa päihdehäiriöt ovat hyvin usein poissulkukriteeri. Silloin kun tutkimusnäyttö on vähäistä, tulisi hoito kuitenkin toteuttaa häiriökohtaisen näytön mukaan (4).

Ahdistuneisuushäiriöt

Ahdistuneisuushäiriöt ovat yleisempiä päihdehäiriöiden yhteydessä kuin yleisväestössä (5). Arviolta 5–30 %:lla ahdistuneisuushäiriöistä kärsivillä on edeltävän vuoden aikana ollut päihdeongelma. Elinaikainen päihdeongelma on noin 20–40 %:lla (3,6).

Alkoholi, bentsodiatsepiinit ja jotkin muut päihhteet vaikuttavat ahdistusoireisiin kahdensuuntaisesti (7). Päihhteet saattavat pahentaa ahdistuneisuushäiriötä joko päihtymystilassa tai vieroitusvaiheessa. Toisaalta ne voivat akuutisti lievittää pelko-oireita ja ahdistuneisuutta. Oireiden lievittyessä käytön kynnyks usein madaltuu vähitellen. Tämä puolestaan voi johtaa säännölliseen ja runsaaseen käyttöön. Tällöin oireita lievittävä teho huononee, syntyy toleranssia ja oireet lisääntyvät muun muassa jatkuvien vieroitustilojen vuoksi.

Samanaikaisen ahdistuneisuus- ja päihdehäiriön lääkehoidossa SSRI-lääkkeistä on eniten näyttöä. Toissijaisina valmisteina voivat toimia uuden polven psykoosilääkkeet (8).

Vältä viisaasti -suosituksen mukaan bentsodiatsepiineja tulee määrätä vain vaikeimpiin tilanteisiin ja rajalliseksi ajaksi (9). Niiden määräämistä tulee välttää, jos historiassa on päihhteiden haitallista tai riippuvuustasoista käyttöä tai jos potilaalla on impulsiivis-aggressiivista käyttäytymistä.

Kun ahdistusoireilua on totuttu hoitamaan ja lievittämään päihhteillä, muiden tunteidensäätelykeinojen opettelu on hoidossa keskeistä. Näin mahdollistetaan päihhteiden käytön vähentäminen tai lopettaminen.

Mielialahäiriöt

Noin 10–30 %:lla masennusta sairastavista on samanaikainen päihdeongelma (6,10).

Jopa 40–70 %:lla kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavista on elämänaikainen alkoholin käyttöhäiriö. Toiseksi yleisin ongelmapäihde on kannabis (11,12). Päihdeongelma lisää mielialajaksoja ja sekamuotoista oireilua, hidastaa toipumista sekä vaikeuttaa masennusjaksoja (13,14).

Erityisen haitallisia masennuksen ja kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusvaiheen kannalta ovat alkoholi, kannabis, stimulantit ja bentsodiatsepiinit. Niiden aiheuttama päihtymys tai vieroitustila voi pahentaa sairauden oireita merkittävästi. Esimerkiksi amfetamiinin käytön jälkeinen vieroitustila muistuttaa masennusta ja pahentaa masennustilaa.

Masennusta sairastavan alkoholiongelma pahentaa masennusoireita ja heikentää toipumisen ennustetta. Alkoholiongelmallisella masennus puolestaan lisää riskiä retkahtaa juomaan, ja noidankehä on valmis (15).

Masennuksen ja päihdehäiriön yhdistelmässä itsemurhariski on merkittävästi kohonnut (16,17). Itsemurha on päihdeongelman vuoksi hoitoon hakeutuneiden kuolinsyissä yliedustettuna varsinkin nuorilla naisilla (18). Riski korostuu mielialahäiriöiden yhteydessä. Päihdehäiriöisten masennuspotilaiden itsemurhariski pysyy pitkään suurena psykiatrisesta sairaalahoidosta kotiutumisen jälkeen (19).

SSRI-lääkkeet ovat tehokkaita masennuksen hoidossa myös alkoholiongelman yhteydessä. Ne todennäköisesti parantavat toimintakykyä ja voivat auttaa vähentämään alkoholin käyttöä masennusoireiden lievittyessä (20,21).

Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä manian ja vaikean masennuksen lääkehoito noudattaa yleisiä periaatteita samanaikaisesta päihdehäiriöstä riippumatta (22,23).

Skitsofreniaryhmän psykoosisairaudet

Psykoosisairauksista kärsivien yleisimpiä samanaikaisia sairauksia ovat päihdehäiriöt. Niistä alkoholin käyttöhäiriö on yleisin (24).

Suomalaisen rekisteritutkimuksen perusteella skitsofreniaryhmän psykoosisairauksista kärsivillä päihdehäiriö oli joka neljännellä. Heistä monipäihdeongelma oli 48 %:lla ja alkoholiongelma 45 %:lla (25).

Kannabiksen käyttö on tavallista sekä ennen psykoosiin sairastumista että sen jälkeen. Käyttöön liittyy myös heikompi psykoosisairauden ennuste (26). Noin joka neljäs päihdepsykoosin saaneista sairastuu myöhemmin skitsofreniaan (27).

Psykoottisuuden arviointi on haastavaa, jos ei ole tietoa käytetyistä päihteistä ja niiden vaikutuksista oireisiin. Akuuttivaiheessa päihteiden laukaisemaa psykoottisuutta tulee kuitenkin hoitaa kuten mitä tahansa psykoosia. Potilas tulee ohjata tarvittaessa tarkkailulähetteellä psykiatriseen sairaalahoitoon. Erityisesti stimulanttien käyttöön liittyvät somaattiset komplikaatiot, kuten rytmihäiriöt, on huomioitava osana kliinistä arviota.

Yhtä aikaa päihdehäiriön kanssa esiintyvän psykoosisairauden hoidosta on vähän tutkimustietoa. Uuden polven antipsykootit ovat vanhoja neurolepteja parempi vaihtoehto. Pitkävaikutteiset injektiot voivat toimia potilailla, jotka sitoutuvat huonosti päivittäiseen lääkitykseen. Klotsapiinilla on vahvin näyttö samanaikaisen psykoosisairauden ja riippuvuuden hoidossa (28).

Laajemman erillisen näytön puuttuessa lääkitys tulee toteuttaa samojen periaatteiden mukaan kuin muillekin potilaille (4).

Integroitu hoito on ensisijainen

Paras hoitotulos saavutetaan integroidusti. Siinä päihde- ja muun mielenterveyden häiriön hoidon toteuttaa samanaikaisesti yksi moniammatillinen työryhmä (29). Mitä huonompi toimintakyky, sitä tärkeämpää integrointi on.

Psykososiaaliset hoidot

Psykososiaaliset hoidot ovat vaikuttavia päihdehäiriöissä ja useissa muissa mielenterveyshäiriöissä. Tästä huolimatta esimerkiksi Kelan kuntoutuspsykoterapian esteenä on aktiivinen päihdehäiriö. Myös julkisessa terveydenhuollossa toteutettavissa psykososiaalisissa hoidoissa päihdehäiriötä sairastavat rajataan usein ulkopuolelle. Päihdehäiriö siis estää saamasta sellaista hoitoa, jolla voisi olla vaikutusta sekä päihde- että muuhun mielenterveyden häiriöön.

Tutkimustieto psykososiaalisten hoitojen soveltamisesta samanaikaisten häiriöiden hoidossa on hyvin puutteellista eikä tue mitään spesifiä interventiota (30,31). On kuitenkin monia näyttöön perustuvia hoitomuotoja, jotka on osoitettu vaikuttaviksi erillisten häiriöiden hoidossa. Niitä yhdistämällä potilaalle voidaan suunnitella yksilöllinen hoidon kokonaisuus.

Case management eli yksilöllinen palveluohjaus, motivoivien elementtien käyttö ja kognitiivis-behavioraaliset hoitomallit ovat hyödyllisiä (30). Mikäli oirekuvaan liittyy vaikeita tunnesäätelyn ongelmia, hoitoon voidaan yhdistää dialektista käyttäytymisterapiaa (32).

Palveluvalikoimaneuvosto listaa suosituksissaan useita sekä alkoholi- että huumeriippuvuuden hoidon ja kuntoutuksen psykososiaalisia menetelmiä (33,34). Suosituksissa käsitellään myös kaksoisdiagnoosien hoitoa. Menetelmät ovat kuitenkin toistaiseksi rajallisesti saatavissa niin peruspalveluissa kuin psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Niiden systemaattinen käyttöönotto edesauttaisi samanaikaisen hoidon toteutumista.

Lääkehoidot

Päihderiippuvuuteen käytettävät lääkitykset ovat käyttökelpoisia myös psykiatristen häiriöiden yhteydessä. Disulfiraami soveltuu osaksi hoitoa silloin, kun alkoholia käyttävän potilaan tavoitteena on täysraittius (35). Naltreksoni ja akamprosaatti ovat tehokkaita alkoholiriippuvuudessa (36).

Opioidikorvaushoito on vaikuttava hoito opioidiriippuvuuteen. Sen avulla voidaan ehkäistä kuolemia sekä vähentää rikollisuutta ja inhimillistä kärsimystä (37). Opioidiriippuvuuden hoidosta on hiljattain julkaistu valtakunnallinen kattava suositus (38).

PKV-lääkkeet

Bentsodiatsepiinien päihdehakuinen käyttö yhdistyy usein päihteiden sekakäyttöön. Yhdessä muiden sedatiivisten päihteiden kanssa se lisää kuoleman riskiä (39). Bentsodiatsepiinit heikentävät impulssikontrollia ja lisäävät siten esimerkiksi itseä tai muita vahingoittavan toiminnan riskiä.

Hoidossa tulee välttää lyhytvaikutteisia valmisteita. Bentsodiatsepiinien määrääminen tulee lopettaa, jos ilmenee väärinkäyttöä tai käyttö on hallitsematonta. Käyttöön liittyvistä hoitokäytännöistä on koottu kattava Käypä hoito -suosituksen lisäaineisto kliinisen työn tueksi (40).

Huomiota tulee kiinnittää myös muiden väärinkäyttöön soveltuvien lääkkeiden määräämiseen. Esimerkiksi gabapentinoideit, opioidikipuläläkkeet ja ADHD-stimulantit ovat tavallisia ongelmakäytössä ja katukaupassa. Ennen näiden määräämistä tulee arvioida huolellisesti lääkkeen tarpeellisuus potilaalle sekä tehdä suunnitelma lääkkeen käytön ja vasteen seurannasta.

Muutosvalmius ja vaiheittainen hoito

Erityisesti vaikeissa mielenterveys- ja päihdehäiriöissä oireiston uusiminen on pikemminkin sääntö kuin poikkeus. Siksi hoidon tulee olla pitkäjänteistä ja tavoitteiden realistisia.

Hoito kannattaa suunnitella vaiheittain. Ensin sitoutetaan potilas hoitopaikkaan, ja vasta sen jälkeen siirrytään keskustelemaan tarkemmista tavoitteista ja hoitomuodoista.

Vaiheittaisessa hoidossa tunnistetaan hoitoonkiinnittymisvaihe, suostutteluvaihe, aktiivisen hoidon vaihe ja retkahdusten ennaltaehkäisy (41) (kuvio 1). Ammattilaisen on tärkeä ymmärtää, missä näistä vaiheista riippuvuusongelmista kärsivä on. Sen perusteella tulee pohtia, mikä olisi sopiva interventio.

Päihdehäiriön hoidon muutosvaihemalli



Lopuksi

Eduskunnan apulaisoikeusasiamiehen selvitys oli tervetullut ja tarpeellinen herättely. Päihde- ja mielenterveyshoidon osaamista on vahvistettava hyvinvointialueilla. Palvelurakenteita tulee kehittää siten, että tarvittava hoito voidaan järjestää yhdessä paikassa.

Jos hoito on epätarkoituksenmukaisesti järjestetty tai puutteellista, lisääntyy riski esimerkiksi päivystyspalvelujen runsaaseen käyttöön. Syntyy häiriökysyntää, kun potilas on toistuvasti tarpeisiinsa nähden väärässä paikassa.

Palvelujärjestelmässämme on vielä paljon kehitettävää, jotta kaksoisdiagnoosipotilaiden oikeus tarpeenmukaiseen ja tutkimusnäyttöön perustuvaan hoitoon toteutuisi.

Kirjoittajat

Kaisa Luoto
LT, vastuualuejohtaja
Pirkanmaan hyvinvointialue, avopalvelut, mielenterveys- ja päihdepalvelut

Jonna Levola
LT, apulaisprofessori, osastonylilääkäri
Helsingin yliopisto, psykiatria ja Hus Psykiatria

Mauri Aalto
LT, ylilääkäri, professori
Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue, mielenterveys- ja riippuvuushoidon palvelualue ja Tampereen yliopisto, lääketieteen ja terveysteknologian tiedekunta

Solja Niemelä
LT, professori, ylilääkäri
Turun yliopisto, psykiatrian oppiaine, kliininen laitos ja Tyks Riippuvuuspsykiatria

Sidonnaisuudet

Kaisa Luoto: Luentopalkkiot (Suomen Psykiatriyhdistys, Päihdelääketieteen yhdistys ry, Addiktum oy), matka-, majoitus- tai kokouskulut (Päihdelääketieteen yhdistys ry).

Jonna Levola: Asiantuntijalausunto (Valvira), apurahat (Alkoholitutkimussäätiö, Helsingin yliopisto), luentopalkkiot (Suomen Psykiatriyhdistys, Päihdelääketieteen yhdistys ry, Lundbeck/Otsuka, AbbVie, STEP-koulutus, Suomen Kätilöliitto, Suomen Menopaussitutkimusseura, HY+, Niuvanniemen sairaala, Kanta-Hämeen hyvinvointialue, Varha, Pirha), lisenssitulot ja tekijänpalkkiot (Kustannus Oy Duodecim), korvaus koulutusaineiston tuottamisesta (HY+), matka-, majoitus- tai kokouskulut (Päihdelääketieteen yhdistys ry, Lääkäriliitto), hallituksen puheenjohtaja (Päihdelääketieteen yhdistys ry).

Mauri Aalto: Luentopalkkio (Indiviour), lisenssitulot ja tekijänpalkkiot (Duodecim).

Solja Niemelä: Konsultointi (Recordati), luentopalkkiot (Addiktum oy, A-klinikka oy, Dne Pharma, Lundbeck, Otsuka, Takeda), lisenssitulot ja tekijänpalkkiot (Kustannus Oy Duodecim), osakkeet tai optiot (Terveystalo).

Kirjallisuutta

- 1 Kaksoisdiagnoosipotilaiden mahdollisuudet saada tarvitsemiaan päihde- ja mielenterveyspalveluja 11.7.2023 EOAK/4968/2022. <https://www.oikeusasiamies.fi/r/fi/ratkaisut/-/eoar/4968/2022>

- 2 Toftdahl NG, Nordentoft M, Hjorthøj C. Prevalence of substance use disorders in psychiatric patients: a nationwide Danish population-based study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2016;51:129–40.
- 3 Lai HMX, Cleary M, Sitharthan T, Hunt GE. Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990-2014: a systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend* 2015;154:1–13.
- 4 Leucht S, Chaimani A, Krause M ym. The response of subgroups of patients with schizophrenia to different antipsychotic drugs: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2022;9:884–93.
- 5 Hasin DS, Grant BF. The national epidemiologic survey on alcohol and related conditions (NESARC) Waves 1 and 2: review and summary of findings. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2015;50:1609–40.
- 6 Saha S, Lim CCW, Cannon DL ym. Co-morbidity between mood and anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis. *Depress Anxiety* 2021;38:286–306.
- 7 Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. Ahdistuneisuushäiriöt. Käypä hoito -suositus 7.11.2019. www.kaypahoito.fi
- 8 Ipser JC, Wilson D, Akindipe TO, Sager C, Stein DJ. Pharmacotherapy for anxiety and comorbid alcohol use disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;1:CD007505.
- 9 Koponen H, Niemelä S, Laukkala T. Bentsodiatsepiinilääkehoidon aloitus ahdistuneisuushäiriöihin. Vältä viisaasti -suositus 7.1.2019. www.kaypahoito.fi
- 10 Melartin TK, Rytsälä HJ, Leskelä US, Lestelä-Mielonen PS, Sokero TP, Isometsä ET. Current comorbidity of psychiatric disorders among DSM-IV major depressive disorder patients in psychiatric care in the Vantaa Depression Study. *J Clin Psychiatry* 2002;63:126–34.
- 11 Cerullo MA, Strakowski SM. The prevalence and significance of substance use disorders in bipolar type I and II disorder. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2007;2:29.
- 12 Grunze H, Schaefer M, Scherk H, Born C, Preuss UW. Comorbid bipolar and alcohol use disorder – a therapeutic challenge. *Front Psychiatry* 2021;12:660432.
- 13 Hunt GE, Malhi GS, Cleary M, Lai HMX, Sitharthan T. Prevalence of comorbid bipolar and substance use disorders in clinical settings, 1990-2015: systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2016;206:331–49.
- 14 Messer T, Lammers G, Müller-Siecheneder F, Schmidt RF, Latifi S. Substance abuse in patients with bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res* 2017;253:338–50.
- 15 Levola J, Aalto M. Alkoholiongelmat ja masennus. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2019;135:1264–70.
- 16 Cornelius JR, Salloum IM, Mezzich J ym. Disproportionate suicidality in patients with comorbid major depression and alcoholism. *Am J Psychiatry* 1995;152:358–64.
- 17 Aaltonen K, Isometsä E, Sund R, Pirkola S. Risk factors for suicide in depression in Finland: first-hospitalized patients followed up to 24 years. *Acta Psychiatr Scand* 2019;139:154–63.
- 18 Levola J, Laine R, Pitkänen T. In-patient psychiatric care and non-substance-related psychiatric diagnoses among individuals seeking treatment for alcohol and substance use disorders: associations with all-cause mortality and suicide. *Br J Psychiatry J Ment Sci* 2022;221:386–93.
- 19 Aaltonen K, Sund R, Hakulinen C, Pirkola S, Isometsä E. Variations in suicide risk and risk factors after hospitalization for depression in Finland, 1996-2017. *JAMA Psychiatry* 2024;81:506–15.
- 20 Agabio R, Trogu E, Pani PP. Antidepressants for the treatment of people with co-occurring depression and alcohol dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;4:CD008581.
- 21 Grant S, Azhar G, Han E ym. Clinical interventions for adults with comorbid alcohol use and depressive disorders: a systematic review and network meta-analysis. *PLoS Med* 2021;18:e1003822.
- 22 Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Käypä hoito -suositus 13.2.2024. www.kaypahoito.fi

- 23 Stokes PRA, Jokinen T, Amawi S ym. Pharmacological treatment of mood disorders and comorbid addictions: a systematic review and meta-analysis. *Can J Psychiatry* 2020;65:749–69.
- 24 Hunt GE, Large MM, Cleary M, Lai HMX, Saunders JB. Prevalence of comorbid substance use in schizophrenia spectrum disorders in community and clinical settings, 1990-2017: systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend* 2018;191:234–58.
- 25 Lähteenvuo M, Batalla A, Luykx JJ ym. Morbidity and mortality in schizophrenia with comorbid substance use disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2021;144:42–9.
- 26 Di Forti M, Sallis H, Allegri F ym. Daily use, especially of high-potency cannabis, drives the earlier onset of psychosis in cannabis users *Schizophr Bull* 2014;40:1509–17.
- 27 Murrie B, Lappin J, Large M, Sara G. Transition of substance-induced, brief, and atypical psychoses to schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Schizophr Bull* 2020;46:505–16.
- 28 Denissoff A, Taipale H, Tiihonen J ym. Antipsychotic use and psychiatric hospitalization in first-episode non-affective psychosis and cannabis use disorder: a Swedish nationwide cohort study. *Schizophr Bull* 2024;sbac034.
- 29 Hakobyan S, Vazirian S, Lee-Cheong S, Krausz M, Honer WG, Schutz CG. Concurrent disorder management guidelines. Systematic review. *J Clin Med* 2020;9:2406.
- 30 Hunt GE, Siegfried N, Morley K, Brooke-Sumner C, Cleary M. Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database Syst Rev* 2019;12:CD001088.
- 31 Adan A, Torrens M. Special issue: diagnosis and management of addiction and other mental disorders (dual disorders). *J Clin Med* 2021;10:1307.
- 32 Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Epävakaata persoonallisuus. Käypä hoito -suositus 8.6.2020. www.kaypahoito.fi
- 33 Palveluvalikoimaneuvoston suositus. Riippuvuussairauksien hoidon ja kuntoutuksen psykososiaaliset menetelmät osa 1: Alkoholiriippuvuus, 2020. <https://palveluvalikoima.fi/alkoholiriippuvuus>
- 34 Palveluvalikoimaneuvoston suositus. Huumeriippuvuuksien hoidon ja kuntoutuksen psykososiaaliset menetelmät, 2021. <https://palveluvalikoima.fi/huumeriippuvuuksien-hoidon-ja-kuntoutuksen-psykososiaaliset-menetelmat>
- 35 Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Alkoholiongelmat. Käypä hoito -suositus 21.8.2018. www.kaypahoito.fi
- 36 McPheeters M, O'Connor EA, Riley S ym. Pharmacotherapy for alcohol use disorder: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2023;330:1653–65.
- 37 Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;2:CD002207.
- 38 Päihdelääketieteen yhdistys ry. Opioidikorvaushoidon hoitosuositus. <https://www.paly.fi/korvaushoitosuositus/>
- 39 Mariottini C, Kriikku P, Ojanperä I. Concomitant drugs with buprenorphine user deaths. *Drug Alcohol Depend* 2021;218:108345.
- 40 Niemelä, S. Bentsodiatsepiinien käyttöön liittyvät hoitokäytännöt 9.1.2020. Käypä hoito -suosituksessa: Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. Ahdistuneisuushäiriöt. www.kaypahoito.fi
- 41 Niemelä, S. Muutosvaihemallin mukainen hoitosuunnitelma 12.4.2018. Käypä hoito -suosituksessa: Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Huumeongelmat. www.kaypahoito.fi.
- 42 De Ruyscher C, Vandeveldel S, Vanderplasschen W, De Maeyer J, Vanheule S. The concept of recovery as experienced by persons with dual diagnosis: a systematic review of qualitative research from a first-person perspective. *J Dual Diagn* 2017;13:264–79.

