



UNIVERSITY
OF TAMPERE

This document has been downloaded from
TamPub – The Institutional Repository of University of Tampere

 *Publisher's version*

The permanent address of the publication is <http://urn.fi/URN:NBN:fi:uta-201505051392>

Author(s): Lindholm, Lars; Luoto, Kaisa; Koivukangas, Antti; Kampman, Olli
Title: Psykyke plus ja päihteitä mukana : päihdepsykiatrisen potilaan arviointi perusterveydenhuollossa
Year: 2013
Journal Title: Duodecim
Vol and number: 129 : 19
Pages: 2057-2062
ISSN: 0012-7183
Discipline: Neurology and psychiatry
School /Other Unit: School of Medicine
Item Type: Journal Article
Language: fi
URN: URN:NBN:fi:uta-201505051392
URL: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo11265.pdf>

All material supplied via TamPub is protected by copyright and other intellectual property rights, and duplication or sale of all part of any of the repository collections is not permitted, except that material may be duplicated by you for your research use or educational purposes in electronic or print form. You must obtain permission for any other use. Electronic or print copies may not be offered, whether for sale or otherwise to anyone who is not an authorized user.

Psygyke plus ja päihhteitä mukana: päihdepsykiatrisen potilaan arviointi perusterveydenhuollossa

Päihdepsykiatriset ongelmat yleistyvät myös perusterveydenhuollon potilailla. Tällaisten potilaiden arviointi nopeatahtisessa terveyskeskustyössä on haasteellinen tehtävä. Vastaanoton kulkua jäsentävät menetelmät voivat auttaa hahmottamaan monimutkaisesta kokonaisuudesta potilaan pääasiallisen ongelman. Päihde- ja mielenterveysongelman tarkempi kartoittaminen voidaan aloittaa erilaisten seulakyselyjen avulla. Kokonaisarvioinnissa voidaan käyttää Kuutio-arviointia, joka ottaa huomioon myös toimintakyvyn. Päihdepsykiatrisen potilaan hoidon suunnittelussa keskitytään aluksi pääasiallisen ongelman auttamiseen ja yhteistyön jatkuessa tehdään erikseen tarkempi päihde- ja mielenterveysongelman kartoitus. Hoidossa on syytä huomioida potilaan kokonaistilanne ja välttää hoidon pilkkomista keskittymään joko päihde- tai mielenterveyshäiriön hoitoon. Psykoottisten päihdepotilaiden arviointi kuuluu psykiatrilta ja hoito useimmiten erikoissairaanhoidon.

Perusterveydenhuollon vastaanotto toiminta on laaja-alaista ja työn aikapaine on kova. Päihhteisiin liittyvän tai psykiatrisen syyn vuoksi perusterveydenhuollon vastaanotolle tulevia potilaita on paljon, ja osalla heistä ongelmat esiintyvät rinnakkaisina toisiaan pahentaen. Samanaikaisesti esiintyvän päihde- ja mielenterveyshäiriön välinen syysuhde on monimutkainen, ja niiden ajatellaan voivan esiintyä yhtäaikaaisesti myös itsenäisinä häiriöinä (Aalto 2007). Tutkimusten mukaan jopa noin puolella perusterveydenhuollon potilaista on jokin päihde- tai mielenterveyden häiriö. Päih-

de- ja mielenterveyshäiriö voi kehittyä salakavalasti ja tulla vasta myöhemmin ilmi täytenä yllätyksenä lääkäriille ja joskus jopa potilaalle itselleenkin (Edlund ym. 2004). Olisikin perusteltua pitää yksinkertaiset seulontakysymykset rutiinina, jotta päästäisiin suuremmin kiinni huomiota vaativiin asioihin.

Yleislääkäreille kehitetyt vastaanottoa jäsentävät tekniikat nopeuttavat asioiden ytimeen pääsyä ja koko vastaanoton kulkua (Larsen ym. 1997, Launer 2002, Witt ja Kaila 2006). Esimerkiksi PRACTICAL-menetelmä jakaa vastaanoton yhdeksään eri vaiheeseen ja tarjoaa näihin vastaanoton kulkua edistäviä strategioita (Larsen ym. 1997). PRACTICAL on suomennettu muotoon PARANTUOS (Witt ja Kaila 2006). Jäsenntystapa sopii käytettäväksi yhtä hyvin yksinkertaisen kuin vaativankin asian hoidossa. Näihin yleisiin tekniikoihin on helppo yhdistää kohdennettujen seulojen käyttö. Tutkimustieto tukee kokemusta siitä, että potilaan tilanteen arviointi strukturoitujen menetelmien avulla edistää hoidollisen yhteistyösuhteen rakentumista (Thomas ym. 2012). Potilaalle syntyy kokemus, että hänestä ja hänen ongelmistaan ollaan oikeasti kiinnostuneita.

Päihdepsykiatrisen potilaan kokonaistilanteen arviointi

Päihhteiden käyttöön liittyvän syyn vuoksi hoitoon hakeutuva tulisi aina tutkia myös mahdollisten psykiatristen oireiden osalta ja päinvastoin (Ziedonis ja Brady 1997). Tutkimusten mukaan monihäiriöisten potilaiden määrä on kasvussa (Lehman ym. 2000, Frisher ym. 2004, Kay-Lambkin ym. 2004). On myös tavallista, että päihde- ja psykiatriset häiriöt jää-

2057

vät perusterveydenhuollossa kokonaan tunnistamatta tai hoitamatta (Edlund ym. 2004). Tyypillistä kaksoisdiagnoosipotilasta ei ole olemassa, vaan potilaiden oireyhdistelmät ovat yksilöllisiä ja varsin monimuotoisia (Ziedonis ja Brady 1997, Kay-Lambkin ym. 2004).

Alkoholinkäyttöön liittyvä päihdehäiriö voidaan seuloa yhtä luotettavasti AUDIT-kyselyn kolmen ensimmäisen kysymyksen (AUDIT-C) avulla kuin koko AUDIT-kyselylläkin, mutta koko kysely antaa laajemman kuvan potilaan alkoholinkäyttöön liittyvistä ongelmista, mm. sosiaalisesta haitasta (Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus 2011). Muiden päihteiden käytöstä kysytään suoraan niistä tavallisimpia nimeten. Alkoholiongelman arvioimiseksi nimenomaan riippuvuutta epäiltäessä voidaan käyttää laboratoriomarkkereita kuten desialotransferriiniä (CDT), gammaglutamyyli transferaasia (GT) ja punasolujen keskitilavuutta (MCV) (Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus 2011, Aalto ja Vormaa tässä numerossa). Päihdevaikutuksen havaitseminen voi olla kliinisesti hankalaa samanaikaiseen mielenterveyden häiriöön liittyvän poikkeavan käyttäytymisen vuoksi, joten huumeeseulat ja alkometri ovat jokaisella hoidon portaalla tärkeitä psykiatrisen arvion työkaluja. Jos niiden käyttö on yleistä, on tutkimusten tekeminen helpompi perustella potilaalle rutiinina. Tällöin potilaat eivät koe tutkimuksia niin herkäksi itseään leimaaviksi.

Hoitosuositukset korostavat kaksoisdiagnoosipotilaan häiriöiden vaikeusasteen ja hoidontarpeen arvioinnin tärkeyttä (Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä Hoito -suositus 2011, NICE 2011). Seulontamittareita samanaikaisen mielenterveys- ja päihdeongelman arvioimiseksi ei ole aiemmin ollut, mutta suomalaisessa Pohjanmaa-hankkeessa on kehitetty Kuutio-arviomalli nimenomaan tähän tarpeeseen (Kampman ja Lassila 2007). Kuutio-arviointimallin periaatteena on arvioida kokonaisongelmaa siten, että luokitellaan kahteen luokkaan mielenterveyshäiriö (psykoottinen tai muu kuin psykoottinen), toimintakyky (huono tai hyvä) ja päihdeongelman vaikeusaste (vaikea tai kohtalainen). Kukin

kolmesta osa-alueesta pisteytetään siten, että vaikea-asteinen häiriön osa-alue tuottaa yhden pisteen (psykoottinen häiriö, huono toimintakyky ja vaikea päihdeongelma = kolme pistettä) ja lievä osa-alue nolla pistettä. Mallin avulla päihdepsykiatriset potilaat voidaan jaotella vaikeusasteen mukaan, ja malli sisältää myös suosituksen hoidon porrastuksesta (Kampman ja Lassila 2007). Pohjanmaa-hankkeessa on kehitetty myös kyselylomake masennusoireiden, itsetuhoisuuden ja päihdeongelman seulomiseksi perusterveydenhuollon potilailta (ks. INTERNETOHEISAINIESTO).

Päihteiden käyttö, masennus ja ahdistuneisuushäiriöt

Psyykkisten ja neurologisten sairauksien joukosta depression ja alkoholipäihdehäiriön on osoitettu aiheuttavan väestötasolla suurimmat sairaustaakat (Wittchen ym. 2011). Päihdehäiriöt sekä masennus ja ahdistuneisuushäiriöt esiintyvät usein yhtäaikaaisesti (Kay-Lambkin ym. 2004, Thomas ym. 2012).

Depression seulonta perusterveydenhuollossa sujuu nopeasti esittämällä potilaalle PHQ-9-kyselyn kaksi ensimmäistä kysymystä (PHQ-2) (Kroenke ym. 2003). Jonkin verran laajempia, perusterveydenhuollossa käytettäviksi sopivia apuvälineitä ovat kymmenen kysymyksen DEPS-seula ja PHQ-9-kysely, ja myös BDI-21-kysely on terveydenhuollossa laajasti käytössä (Salokangas ym. 1994, Kroenke ym. 2001, *Depressio: Käypä Hoito -suositus 2010*). PHQ-9:n etuna on siihen sisältyvä toimintakykyä arvioiva kysymys. BDI-kyselyä voidaan käyttää myös masennuksen hoitovasteen seurantaan. DEPS, PHQ-9 ja BDI löytyvät suomenkielisinä vapaasti verkosta (www.terveysportti.fi/xmedia/pggr/100.012.html).

Pohjanmaa-hankkeessa (<http://www.epshp.fi/pohjanmaahanke>) on kehitetty masennuksen, itsetuhoisuuden ja ongelmajuomisen kokonaisuuden arvioimiseen lyhyt itsearviointilomake (INTERNETOHEISAINIESTO) (Pohjanmaa-hanke 2010), joka sisältää PHQ-2- ja AUDIT-C-kyselyt (Kroenke ym. 2003, Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä Hoito -suositus 2011) sekä kysymykset 3–6 diagnostisen





KUVA. Päihdepsykiatrisen potilaan arviointi.

MINI-haastattelun osiosta C (itsetuhoisuuden arviointi) (Sheehan ym. 1998). Tämän kyselyn tueksi on samassa hankkeessa kehitetty myös kyselyn tulkintaan perustuva hoitopolkumalli. Kyselyä ei ole toistaiseksi testattu perusterveydenhuollossa.

Ahdistuneisuushäiriöitä voi seuloa muutamilla kysymyksillä. Yleisesti voi käyttää esim. kysymystä ”kuinka usein olet viimeksi kuluneen kuukauden aikana kokenut itsesi hermostuneeksi, levottomaksi tai rauhattomaksi?”. Seula on positiivinen, jos tämä kokemus käsittää yli puolet ajasta (Kessler ym. 2002, Thomas ym. 2012). Paniikkioireista, pakko-oireista sekä sosiaalisin tilanteisiin ja esimerkiksi kaupassa asiointiin liittyvistä oireista kannattaa kysyä erikseen. Ahdistus voi liittyä itsenäiseen ahdistuneisuushäiriöön, mutta se voi olla myös masennuksen yksi oireulottuvuus.

Päihteen käyttö ja vieroitusoireet aiheuttavat tai lisäävät masennus- ja ahdistusoireita, joten potilaan tilannetta on syytä arvioida toistetusti hoidon eri vaiheissa (Thomas ym. 2012). Käypä hoito -suosituksen mukaan itsenäisen masennuksen tai ahdistuneisuushäiriön erottaminen alkoholin käytön aiheuttamista oireista edellyttää vähintään neljän viikon abstinenssia (Alkoholi-ongelman hoito: Käypä hoito -suositus 2011).

Seulontalomakkeita voi antaa potilaalle täytettäväksi, mutta osa niistä toimii hyvin myös lääkärin tekemän haastattelun muistitukena. Seulat eivät ole sellaisenaan diagnostisia, ja

niihin liittyy väistämättä riski vääristä positiivisista ja negatiivisista tuloksista (Kessler ym. 2002, Thomas ym. 2012). Jos jokin seula on positiivinen, tehdään tarkempi diagnostinen oirekartoitus haastatellen ja havainnoiden. Ahdistus- ja masennushäiriöiden tarkka erottaminen toisistaan voi olla varsin vaikeaa, eikä se lievemmissä tapauksissa ole aina edes välttämätöntä. Diagnostisen tarkkuuden tarve kasvaa sitä mukaa, mitä suuremman haitan nämä häiriöt potilaalle aiheuttavat.

Päihteen käyttö ja persoonallisuushäiriöt

Persoonallisuushäiriöiden esiintyvyydeksi perusterveydenhuollon potilailla on arvioitu 20–30 %. Persoonallisuushäiriön olemassaolo lisää muiden psyykkisten sairauksien riskiä sekä tekee haastavammaksi niiden toteamisen ja hoidon. Persoonallisuushäiriöille on ominaista nuoruudessa tai varhaisessa aikuisuudessa kehittyneet, vakiintuneet ja joustamattomat toimintamallit, jotka ovat muiden mahdollisten häiriöiden olemassaolosta riippumattomia (Ward 2004). Persoonallisuushäiriöstä kärsivillä päihdehäiriön riski on muuta väestöä suurempi. Esimerkiksi epävakaa persoonallisuudesta kärsivistä potilaista noin puolella todetaan päihdehäiriö, mutta useamman vuoden seurannassa päihteenkäyttö vähenee usein merkittävästi (Epävakaasta persoonallisuudesta kärsivien potilaiden seuranta: Käypä hoito -suositus 2008).

YDINASIAT

- ▶▶ Perusterveydenhuollossa päihdepsykiatrisen potilaan arviointi aloitetaan kokonaistilanteen kartoituksella.
- ▶▶ Oireeuloja voidaan käyttää erikseen päihde- ja mielenterveyshäiriön kartoittamiseen.
- ▶▶ Kuutio-arviointimallilla voidaan tehdä kokonaistilanteen arviointi, joka ottaa huomioon myös toimintakyvyn.
- ▶▶ Potilaan kokonaistilanne huomioidaan hoitosuunnitelmassa, jotta hoidon jatkuvuus turvataan mahdollisimman hyvin.

Persoonallisuushäiriöiden diagnostiikan on oltava konservatiivista, sillä persoonaltaan terveen ihmisen masennukseen tai päihdeiden käyttöön saattaa esimerkiksi liittyä joidenkin persoonallisuuden piirteiden jopa persoonallisuushäiriötä muistuttavaa väliaikaista korostumista. Persoonallisuushäiriöpotilaan kohtaamista helpottavat erityiset vuorovaikutusstrategiat, joita Ward (2004) on katsauksessaan tiivistetysti kuvannut. Samanaikaisen persoonallisuushäiriön ja päihdehäiriön diagnostiikka edellyttää käytännössä pitempiaikaista hoitokontaktia, ja se on toteutettava ensisijaisesti yhteistyössä psykiatrisen erikoissairaanhoidon kanssa. Tässäkin yhteydessä diagnostisen tarkkuuden tarve kasvaa sen mukaan, mitä vakavammista ja haittaavammista häiriöistä on kyse. Lisäksi kannattaa miettiä, edistääkö mahdollisen persoonallisuushäiriödiagnoosin asettaminen potilaan hoitoa tai tuoko se jotakin muuta todellista etua. Tämä ei ole itsestäänselvyys.

Päihdeongelma ja psykoosit

Päihdehäiriöt ovat yleisempiä kaksisuuntaista mielialahäiriötä ja skitsofreniaa sairastavilla potilailla kuin yleisväestöllä (Kendall ym. 2011). Noin puolet skitsofreniaryhmän potilaista ja jopa yli puolet kaksisuuntaista mieli-

alahäiriötä sairastavista potilaista käyttää päihdeitä jossain elämänsä vaiheessa yli riskirajojen (Aalto 2007, NICE 2011). Päihdeongelma lisää kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavien itsemurhariskiä, huonontaa heidän ennustettaan ja hoitoon sitoutumistaan sekä lisää heidän sairaalahoidon tarvettaan (Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypä hoito -suositus 2008). Skitsofrenian kanssa samanaikainen päihdehäiriö vaikeuttaa hoitoa ja huonontaa usein hoitotuloksia.

Skitsofrenia- tai kaksisuuntaiseen mielialahäiriöryhmään kuuluvat potilaat, joilla on päihdeongelma, sairastavat ja käyttävät terveyspalveluita muita enemmän (Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypä hoito -suositus 2008, NICE 2011, Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus 2013). Terveyskeskuksessa tehtävällä seulonnalla tulisi tunnistaa ensinnäkin ne potilaat, joilla on diagnosoimaton (alkava tai päihdevaikutuksen alle jäävä) psykoosisairaus tai kaksisuuntainen mielialahäiriö. Varhainen psykoosioireiden tunnistaminen tai niiden pelkkä epäily on tärkeää asianmukaisen hoidon suunnittelemiseksi. Toinen tunnistamisen kannalta tärkeä ryhmä ovat potilaat, joilla on jo diagnosoitu skitsofrenia tai kaksisuuntainen mielialahäiriö mutta joiden asianmukainen hoito ei ole toteutunut. Nämä potilaat tulevat terveyskeskukseen yleensä muiden ongelmien vuoksi, ja yhtenä haasteena on heidän motiivimensa asianmukaiseen hoitoon, joka toteutetaan yhteistyössä psykiatrisen erikoissairaanhoidon kanssa.

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön seulontaan on kehitetty Mood Disorder Questionnaire (MDQ) (Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypä hoito -suositus 2008). Sen tarkkuus ei ole erityisen hyvä päihdehäiriöiden yhteydessä, mutta sen antamaa tietoa voi käyttää seulonnan ja jatkotutkimustarpeen arvioinnin tukena (Chiasson ym. 2011, van Zaane ym. 2012).

Hoitopaikan valinta

Ongelmiensa monimuotoisuuden vuoksi kaksisuuntaisdiagnoosipotilaat tarvitsevat usein räätälöityä hoitosuunnitelmaa (Ziedonis ja Brady 1997). Lääkityksiä ja käyttäytymisterapeut-

tista hoitoa yhdistelevät mallit näyttävät tehoavan parhaiten hoidettaessa monihäiriöisiä potilaita. Mitä vaikeammasta häiriöstä on kysymys (esimerkiksi skitsofreniapotilaan kannabisiippuvuus), sitä intensiivisempää hoidon tulisi olla (Kelly ym. 2012). Ensisijaisen hoitopaikan valintaan vaikuttavat ajankohtainen ongelma ja potilaan oma motivaatio hoitoon sitoutumiseen. On päätettävä, tarvitseeko potilas perustason vai erikoissairaanhoidon palveluita, avo- vai laitoshoidoa ja ensisijaisesti päihde- vai psykiatrista hoitoa.

Potilas, jonka todellisuudentaju on psykoosioireiden tai muun syyn vuoksi heikentynyt, kuuluu pääsääntöisesti psykiatrin arvioon. Psykoottinen, itselleen tai muille vaarallinen henkilö kuuluu mahdollisesta päihdevaikutuksesta huolimatta lähettää arvioon M1-lähetteellä. Akuutisti merkittävässä itsetuhovaarassa olevan potilaan hoidosta on syytä herkästi konsultoida erikoissairaanhoidoa soveltuvan hoidon löytämiseksi, ja ääritilanteessa on harkittava myös M1-lähetettä.

Lievemmistä psyykkisistä oireista kärsivän päihderiippuvaisen potilaan hoito toteutetaan ensisijaisesti perusterveydenhuollossa tai päihdepalveluissa. Vaikeista päihdevieroitusoireista kärsivän hoito aloitetaan tarvittaessa katkaisuhoidolla. Jos yhteistyö potilaan kanssa vaikuttaa sujuvalta ja hän kykenee riittävästi hallitsemaan käyttäytymistään, katkaisu voidaan toteuttaa avohoitona. Muussa tapauksessa katkaisuhoido on parasta toteuttaa esimerkiksi terveyskeskuksen vuodeosastolla tai katkaisuhoidoasemalla. Hyvä apu alkoholin vieroitusoireiden vaikeusasteen ja hoidon tarpeen arvioimiseen on CIWA-Ar-asteikko (http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt01186&p_haku=CIWA-Ar). Katkaisuhoidon jälkeen potilaan tilanne arvioidaan uudelleen ja suunnitellaan hoidon painotukset psykososiaalisten ja päihdehoidon interventioiden välillä. Yksityiskohtaista mallia on vaikea antaa, ja hoito onkin räätälöitävä potilaan tarpeiden ja paikallisten mahdollisuuksien mukaan.

Ensisijaisesta hoitotahosta riippumatta päihde- ja psykiatrista hoitoa ei saisi jyrkästi erottaa toisistaan, ja kaikkien potilasta hoita-

vien tahojen pitäisi pyrkiä yhteistyöhön ja yhteisiin tavoitteisiin. Päihdepsykiatrisen potilaan tulisi saada integroidun hoitomallin mukaisesti samanaikaisesti apua sekä päihdehäiriönsä että psykiatriseen sairauteensa (Aalto 2007). Diagnostiikkaa, häiriöiden vaikeusastetta ja hoidon osuvuutta on hoidon eri vaiheissa syytä arvioida säännöllisesti uudelleen sekä muokata hoitosuunnitelmaa tämän arvioinnin perusteella (Lehman ym. 2000). Kokemuksemme mukaan perusterveydenhuollon työryhmän kyky kantaa päävastuu potilaan hoidosta lisääntyy huomattavasti, jos psykiatrisen erikoissairaanhoidon konsultaation saa sujuvasti ja jos konsultaatiomahdollisuutta myös käytetään aktiivisesti. Päihdepsykiatrisen potilas tarvitsee usein myös sosiaalihuollon toimenpiteitä, kuten tukea asumiseen, raha-asioihin tai lastensuojelun tukea.

Lopuksi

Päihdepsykiatrisen potilaan tilanteen selvittämisessä ja hoidon suunnittelussa on tärkeää keskittyä ajankohtaisesti pääasiallisen ongelman kartoittamiseen ja hoidon suuntaamiseen tähän ongelmaan. Lyhyenkin vastaanottokäynnin puitteissa on mahdollista tehdä järjestelmällinen arvio päihde- ja mielenterveyshäiriön kokonaisuudesta. Akuutti päihdevaikutus voi estää psyykkisen tilan arvioinnin, mutta useimmissa tapauksissa päihdepsykiatrisen potilaan psyykkistä tilaa voidaan arvioida erilaisten oireseulojen avulla. Hoito on tehokkainta silloin, kun se huomioi potilaan kokonaistilanteen sekä päihde- että mielenterveyshäiriön osalta. Tällöin myös riski hoidon katkeamiseen esimerkiksi hoitopaikan vaihtuessa on vähäisin. ■

LARS LINDHOLM, LL, erikoislääkäri

KAISA LUOTO, LL, erikoistuva lääkäri

ANTTI KOIVUKANGAS, LT, erikoislääkäri

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, psykiatrian toiminta-alue

OLLI KAMPAN, LT, dosentti, kliininen opettaja

Tampereen yliopisto, lääketieteen yksikkö ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, psykiatrian toiminta-alue

KIRJALLISUUTTA

- Aalto M. Päihdehäiriö ja samanaikainen muu mielenterveyden häiriö – kaksoisdiagnoosin hoidollinen haaste. *Duodecim* 2007;123:1293–8.
- Alkoholi-ongelman hoito. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2005 [päivitetty 7.2.2011]. www.kaypahoito.fi.
- Chiasson JP, Rizkallah É, Stavro K, ym. Is the Mood Disorder Questionnaire an appropriate screening tool in detecting bipolar spectrum disorder among substance use populations? *Am J Drug Alcohol Abuse* 2011;37:79–81.
- Depressio. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2004 [päivitetty 21.10.2010]. www.kaypahoito.fi.
- Edlund MJ, Unützer J, Wells KB. Clinician screening and treatment of alcohol, drug, and mental problems in primary care. *Med Care* 2004;42:1158–66.
- Epävakaa persoonallisuus. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2008. www.kaypahoito.fi.
- Frisher M, Collins J, Millson D, Crome I, Croft P. Prevalence of comorbid psychiatric illness and substance misuse in primary care in England and Wales. *J Epidemiol Community Health* 2004;58:1036–41.
- Kay-Lambkin FK, Baker AL, Lewin TJ. The ‘co-morbidity roundabout’: a framework to guide assessment and intervention strategies and engineer change among people with co-morbid problems. *Drug Alcohol Rev* 2004;23:407–23.
- Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäri-

- seuran Duodecim ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2008. www.kaypahoito.fi.
- Kampman O, Lassila A. Samanaikaisen mielenterveys- ja päihdeongelman hoitoon on kehitetty integroitu arviointimalli. *Suom Lääkäril* 2007;62:4447–51.
- Kelly M, Daley D, Douaihy A. Treatment of substance abusing patients with comorbid psychiatric disorders. *Addict Behav* 2012;37:11–24.
- Kendall T, Tyrer P, Whittington C, Taylor C, Guideline Development Group. Assessment and management of psychosis with coexisting substance misuse: summary of NICE guidance. *BMJ* 2011;342:d1351.
- Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, ym. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in nonspecific psychological distress. *Psychol Med* 2002;32:959–76.
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Med Care* 2003;41:1284–92.
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001;16:606–13.
- Larsen JH, Risør O, Putnam S. P-R-A-C-T-I-C-A-L: a step-by-step model for conducting the consultation in general practice. *Fam Pract* 1997;14:295–301.
- Launer J. Narrative-based Primary Care: A Practical Guide. 1. painos. United Kingdom: Radcliffe Medical Press Ltd 2002.
- Lehman AF, Myers CP, Corty E. Assessment and classification of patients with psychiatric and substance abuse syndromes. 1989. *Psychiatr Serv* 2000;51:1119–25.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Psychosis with coexisting substance misuse. (Clinical

- guideline CG120) 2011. guidance.nice.org.uk/cg120.
- Salokangas RKR, Stengård E, Poutanen O. DEPS – uusi väline depression seuloon. *Duodecim* 1994;110:1141–8.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, ym. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998;59 Suppl 20:22–33. Suomentanut Martti Heikkinen, THL.
- Skitsofrenia. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2013. www.kaypahoito.fi.
- Thomas AC, Staiger PK, McCabe M. Implementation and evaluation of brief depression and anxiety screening in clients contacting a drug and alcohol service. *Drug Alcohol Rev* 2012;31:303–10.
- Ward R. Assessment and management of personality disorders. *Am Fam Physician* 2004;70:1505–12.
- Witt K, Kaila M. Mitä vastaanotolla tapahtuu? Lääkin vastaanoton rakenne, arviointi ja opettaminen. *Suom Lääkäril* 2006;61:2655–59.
- Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, ym. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol* 2011;21:655–79.
- van Zaane J, van den Berg B, Draisma S, Nolen WA, van den Brink W. Screening for bipolar disorders in patients with alcohol or substance use disorders: performance of the mood disorder questionnaire. *Drug Alcohol Depend* 2012;124:235–41.
- Ziedonis D, Brady K. Dual diagnosis in primary care. Detecting and treating both the addiction and mental illness. *Med Clin North Am* 1997;81:1017–36.

Summary

Assessment of an addiction psychiatric patient within primary health care

Assessment of addiction psychiatric patients during the hectic work at a community health center is a challenging task. A more precise survey of the substance abuse and mental problem can be started by using various screening questionnaires. In devising the treatment plan, focus will initially be on the main problem, and upon prolonged cooperation a more precise survey of the drug and mental problem will be carried out. The patient’s overall picture should be considered, avoiding a split treatment of the drug problem and the mental problem. Assessment of psychotic addiction patients belongs to a psychiatrist and the treatment in most cases to specialized care.

SIDONNAISUDET

- Lars Lindholm: Koulutus/kongressikuluja yrityksen tuella (Lundbeck)
- Kaisa Luoto: Ei sidonnaisuuksia
- Antti Koivukangas: Koulutus/kongressikuluja yrityksen tuella (Reckitt-Benckiser)
- Olli Kampman: Luentopalkkio (Janssen, Lundbeck, Pfizer)