



# UNIVERSITY OF TAMPERE

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

Kustantajan versio

2.232Mb

[View/Open](#)

Author(s): Tacke, Ulrich; Seppä, Kaija; Winstock, Adam  
Title: Kannabiksen käyttäjä perusterveydenhuollossa  
Year: 2011  
Journal Title: Duodecim  
Vol and number: 127 : 7  
Pages: 674-681  
ISSN: 0012-7183  
Discipline: Forensic science and other medical sciences  
School /Other Unit: School of Medicine  
Item Type: Journal Article  
Language: fi  
URN: URN:NBN:fi:uta-201210101040  
URL: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo99450.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.

# Kannabiksen käyttäjä perusterveydenhuollossa

Jopa joka neljännellä 25–34-vuotiaalla on Suomessa kokemusta kannabiksen käytöstä ja 15–24-vuotiaista noin 10 % on käyttänyt tätä ainetta edellisen vuoden aikana. Suurin osa (noin 90 %) ei tule aineesta riippuvaiseksi eikä saa merkittäviä psyykkisiä oireita. Osalla säännöllinen käyttö kuitenkin johtaa erilaisiin ongelmiin (terveys, tunne-elämä, käyttäytyminen, sosiaaliset ja juridiset kysymykset). Jos kannabiksen käytön aiheuttamat haitat ovat vain lieviä, asiaan voidaan yrittää vaikuttaa lyhytneuvonnalla perusterveydenhuollossa. Terveyskeskuksessa voidaan antaa myös ongelmattomat viroitushoidot ja hoitaa kannabiksesta johtuvat lievät oireet, kuten bronkiitti ja unihäiriöt. Lasten ja nuorten, raskaana olevien sekä psyykkisistä oireista kärsivien kannabiksen käyttäjien hoito kuuluu aina päihdehäiriöihin erikoistuneeseen yksikköön.

**Vuonna 2008 13 %** 15–69-vuotiaista suomalaisista ilmoitti käyttäneensä kannabista vähintään kerran elämässään ja 3 % viimeisten 12 kuukauden aikana (THL ja EMCDDA 2010). Stakesin (2007) keräämien tietojen mukaan huumeongelman takia hoidossa olleista kuitenkin vain 14 % katsoi kannabiksen olevan keskeinen syy hoitoonsa. Vähäinen avun hakeminen terveydenhuollosta selittynee sillä, etteivät käyttäjät tavallisesti näe yhteyttä omien ongelmiansa tai oireidensa ja kannabiksen käytön välillä (Winstock ym. 2010) ja että vain noin 10 %:lle kehittyy riippuvuusoireyhtymä (Budney ym. 2004).

## Farmakologia, käyttötavat ja kliiniset ongelmat

Kannabista käytetään yleensä sen aiheuttaman rauhallisen hyvinolontunteen takia, mutta aineen käytöstä voi seurata muitakin, osittain päinvastaisia psyykkisiä oireita (TAULUKKO 1). Keskushermostossa tyypin 1 kannabinoidireseptoreihin (CB1-reseptorit) vaikuttavat endokannabinoidit säätelevät mielialaa, muistia, kognitiota, unta ja ruokahalua. Kannabiksen keskeinen psykoaktiivinen aine tetrahydrokannabinoli ( $\Delta^9$ -THC) vaikuttaa samoihin reseptoreihin (Cooper ja Haney 2008). Toinen kannabiksen sisältämä aine kanna-

**TAULUKKO 1.** Kannabiksen akuutit fysiologiset ja psykologiset vaikutukset.

**Pieni ja keskisuuri annos** (oireet voimakkaimmillaan 30 minuutin kuluttua, kesto 2–4 tuntia)

Ruokahalun kasvu  
Takykardia, verenpaineen lasku  
Verestävät silmät  
Suun kuivuminen  
Psykomotorisen koordinaation heikkeneminen  
Sedaatio

**Suuri annos ja akuutti myrkytys**

Huonontunut keskittymiskyky, muisti ja psykomotoriikka  
Lisääntynyt liikenneonnettomuusriski erityisesti käytettäessä samaan aikaan alkoholia tai lääkkeitä  
Ahdistuneisuus, paniikki  
Paranoia, muut psykoosioireet, depersonalisaatio, taustana olevan psyykkisen ongelman paheneminen

bidoli (CBD) on anksiolyyttinen ja eroaa  $\Delta^9$ -THC:stä erityisesti antipsykoottisen vaikutuksensa perusteella. Eri kannabistaatujen aiheuttamat psyykkiset tilat riippuvat näiden aineiden pitoisuuksista ja niiden välisestä suhteesta. Esimerkiksi Englannissa nykyään laajassa käytössä olevan sinsemillakannabiksen (skunk) ominaisuuksia ovat suuri THC-pitoisuus (12–18 %) ja suuri THC/CBD-suhde (Potter ym. 2008). On mahdollista, että nämä ominaisuudet lisäävät riippuvuuden kehittymisen ja kannabisyksösin riskiä. Niinpä Englannin kannabislainsäädäntöä tiukennettiin sinsemillakannabiksen käytön lisääntymisen ja sen aiheuttamien haittojen takia uudelleen pari vuotta aikaisemmin toteutetun liberalisoinnin jälkeen (Tacke ja Seppä 2010, Winstock ym. 2010).

Yleensä kannabista poltetaan tupakan kanssa joko piipussa tai omatekoisena savukkeena ("jointi"), joka sisältää keskimäärin 0,5–1 g kannabiksen lehtiä (Iversen 2008). Sellaisen annoksen THC-pitoisuus vaihtelee välillä 5–20 mg (Latt ym. 2009) mutta voi olla huomattavasti suurempikin kannabistaatun mukaan. Kannabissavu sisältää runsaammin karsinogeenia kuin tupakansavu, koska sen polttamiseen liittyy yleensä suurempien savutilavuuksien hengittäminen kuin tupakoinnissa. Tästä syystä myös karboksihemoglobiinin pitoisuudet ovat suuremmat (Henry ym. 2003). Suun kautta nauttimiseen ei näitä haittoja luonnollisesti liity, mutta oraalisen annoksen määritys on vaikeaa ja mm. aktiivisten metaboliittien syntyminen voi johtaa yllättävään, voimakkaaseen ja pitkäkestoiseen myrkytykseen (Iversen 2008).

**Kannabiksen vaikutukseen mieltyminen** ja taipumus riippuvuuteen ovat osittain geneettisen säätelyn alaisia ominaisuuksia (Scherrer ym. 2009). Epidemiologiset pitkäaikaistutkimukset ovat osoittaneet, että riski tulla myös muiden aineiden väärinkäyttäjäksi tai kohdata sosiaalisia tai koulutukseen tai työelämään liittyviä taikka emotionaalisia ongelmia on sitä suurempi, mitä nuoremmalla iällä kannabiksen käyttö on aloitettu (Winstock ym. 2010). Syysuhteet ovat kuitenkin edelleen epäselvät (Hall ja Degenhardt 2009). Kannabiksen

käyttö kaksinkertaistaa skitsofreniariskin, ja sitä lisäävät käytön aloitus alle 16-vuotiaana, sukurasitus psykoosien suhteen sekä aikaisemmat omat psykoosityyppiset kokemukset (Moore ym. 2007). Miehillä kannabikseen liittyvä skitsofrenia näyttää puhkeavan aikaisemmin (noin 2–7 vuoden verran) kuin kannabikseen liittymätön (Sugranyes ym. 2009). Aineeseen liittyy myös huono sitoutuminen lääkehoitoon, mikä lisää relapsiriskiä (Zammit ym. 2008). Kannabisyksösin ja katekolito-metyylitransferaasigeenin (COMT) polymorfismin välillä on yhteys (Caspi ym. 2005), mutta se näyttää koskevan vain osaa tapauksista (Moore ym. 2007). Kannabiksen käyttäjillä näyttää esiintyvän paljon ahdistusta, masennusta ja itsetuhoista käyttäytymistä, mutta näidenkin yhteys kannabikseen on vielä epäselvä (Crippa ym. 2009, Hall ja Degenhardt 2009).

Pitkään suuria määriä kannabista käyttäneillä esiintyy käytön kestoista ja annoksesta riippuvaisia muisti- ja keskittymisvaikeuksia (Solowij ym. 2002), ja magneettikuvauksella on todettu amygdalan ja hippokampuksen tilavuuksien pienenemistä suurkuluttajien aivoissa (Yücel ym. 2008). Käytön lopettaminen edistää kognitiivisten kykyjen palautumista, mutta palautumisen asteesta pitkänkään abstinenssin jälkeen ei ole tietoa.

**Erotusdiagnoosi** kannabiksen käytöstä johtuvien ja siitä riippumattomien psykiatristen oireiden välillä on usein vaikeaa. Jos oireet ovat kannabiksesta riippumattomia, niitä olisi periaatteessa pitänyt esiintyä jo ennen käytön aloittamista ja niiden tulisi jatkua myös käytön loppumisen jälkeen. Kannabiksen jatkuvan käytön ja kroonisen myrkytystilan oireet, kuten "vetämättömyys", unen ja ruokahalun muutokset, sosiaalinen eristäytyminen, kognition häiriöt sekä ongelmat työpaikalla ja kotona (TAULUKKO 2), voidaan erheellisesti tulkita depressiosta johtuviksi. Niiden helpottuminen ja varsinkin loppuminen kannabiksen käytöstä pidättäytymisen aikana vahvistaa oireiden johtuvan kannabiksesta. Esimerkiksi pienessä osastovieroitustutkimuksessa, johon osallistui 20 kannabiksen suurkuluttajaa, keskimääräiset masennusoirepistemäärät pienivät neljän viikon abstinenssin jälkeen nor-

**TAULUKKO 2.** Kannabiksen käytön krooniset vaikutukset ja riskit.

Kognitiiviset vaikutukset (usein lievät), kuten keskittymiskyvyn ja kielellisen muistin huononeminen, vaikeudet monimutkaisten asioiden jäsentämisessä ja integroimisessa (korostuvat yli 10 vuoden päivittäiskäytön jälkeen, osittain korjaantuvia)

Huonontunut henkilökohtainen ja koulutuksellinen suoritustaso ja siihen liittyvä lisääntynyt työttömyys

**Nuorilla:** syrjäytyminen, rikollisuus, alkoholin ongelmakäyttö ja muiden huumeiden käyttö, huonot ja vähäiset ihmissuhteet sekä mahdollisesti psyykkisten ongelmien (depressio, ahdistuneisuus, psykoosi) paheneminen

Krooninen yskä ja muita hengityselimien sairauksia (esim. keuhkohtaumatauti)

Suun ja nielun karsinoomat ja mahdollisesti lisääntynyt keuhkosyöpäriski

Karies ja muut suun kuivuuteen liittyvät ongelmat

Mahdolliset vaikutukset naisten hedelmällisyyteen

Vastasyntyneiden pieni paino ja lasten kehityshäiriöitä (käyttäytyminen, ongelmanratkaisu ja keskittymiskyky)

maaleiksi (Winstock ym. 2010). Niinpä 2–4 viikon tauko kannabiksen käytössä parantaa diagnostiikan tarkkuutta ja auttaa välttämään tarpeetonta lääkehoitoa. Myös potilaan oma kokemus oireiden lieventymisestä ja subjektiivisen voinnin korjaantumisesta auttaa motivoitumaan abstinenssin jatkamiseen. Usein potilaan elinympäristössä on vaikeaa toteuttaa täyttä abstinenssia, minkä takia seurantajakso kontrolloidussa ympäristössä (osasto tai kuntoutusyksikkö) on suositeltavaa.

**Hengityselinten komplikaatioiden** suhteen kannabiksen poltolla on samanlainen annosvaikutussuhde kuin tupakanpoltolla. Nuorille suurkuluttajille cannabis aiheuttaa kroonisia tulehdusmuutoksia hengityselimissä ja kroonisen bronkiitin kliinisiä oireita (Taylor ym. 2002). Yhdistämällä toiminnalliset keuhkotutkimukset ja tietokonetomografia on osoitettu, että hengitystien ilmvirtauksen kannalta yksi ”jointti” vastaa 2,5–5:tä savuketta (Aldington ym. 2007). Yli 40-vuotiailla käyttäjillä on todettu kannabiksen ja tupakan synergistisiä haittavaikutuksia hengityselimiin. Toisaalta

pelkkä kannabiksen poltto ei näytä aiheuttavan keuhkohtaumatautia (Tan ym. 2009). Isossa uusiseelantilaisessa tutkimuksessa (Aldington ym. 2008) osoitettiin, että suurkuluttajilla cannabis on riippumaton keuhkosyövän riskitekijä (riskisuhde 5,7 iän, tupakoinnin ja keuhkosyövän sukuanamneesin suhteen tehdyn vakioinnin jälkeen). Kannabiksen käyttö voi myös olla iskeemisten sydänoireiden riskitekijä erityisesti sepelvaltimotautia sairastavilla (Mukamal ym. 2008).

## Kannabiksen ongelmakäyttäjän tutkiminen ja hoitoon motivoiminen

Millainen tahansa kannabiksen käyttö satunnaiskäyttö mukaan luettuna voi aiheuttaa ongelmia, mutta haitat kasvavat annosten ja käyttöjakson keston myötä. Diagnostiseen haastatteluun kuuluvat kannabiksen käyttöä koskevat kysymykset samoin kuin kysymykset alkoholista, tupakasta, muiden päihteiden käytöstä ja muista elämäntavoista. Jos haitat ovat lieviä, voidaan niihin pyrkiä vaikuttamaan perusterveydenhuollossa lyhytneuvonnan avulla (Haller ym. 2009). Lyhytneuvonta sisältää motivoivalla otteella tehdyn haastattelun kannabiksen käytöstä, lopettamishalun kartoituksen, lopettamiseen tähtäävän suullisen ja kirjallisen neuvonnan sekä lyhyen seurannan, jonka aikana tuetaan lopettamispyrkimyksiä.

Joillekin potilaille hengitysteihin kohdistuvat haitat, kuten bronkiitti, yskä ja hengitysvaikeudet, saattavat olla kannabiksen polton selkein kliininen seuraamus. Myös psyykkisten oireiden ja unihäiriön taustan selvittelyssä on nykyään pidettävä mielessä myös kannabiksen mahdollinen rooli.

Kannabisiippuvuuden vaikeusasteen arvioinnissa voidaan käyttää yksinkertaista viiden kysymyksen arviointimittaria SDS (Severity of Dependence Scale), joka on käännetty suomeksi (Gossop ym. 1995, Holopainen 2003). Laajempia englanninkielisiä testejä ovat esimerkiksi Cannabis Abuse Screening Test (CAST) (Legleye ym. 2007) ja uusi Cannabis Use Problems Identification Test (CUPIT) (Copeland ym. 2009, Bashford ym. 2010).

Jotkut potilaat saattavat loukkaantua kannabikseen liittyvistä kysymyksistä tai välttää niihin vastaamista. Usein reaktio on kuitenkin neutraali tai myönteinen ja vastaukset ovat totuudenmukaisia. Positiivinen huumeeseulatus auttaa aiheen puheeksi ottamisessa. On muistettava, että yksittäisen käytön jälkeen huumeeseulatus säilyy positiivisena vain muutamia päiviä (Seppälä 2003). Sen sijaan pitkäaikaisen suuriannoksen käytön jälkeen virtsasta tehdyn määrityksen tulos saattaa pysyä positiivisena jopa kuusi viikkoa, mikä voi vaikeuttaa abstinenssin seuraamista.

Kun potilaan kanssa on päästy keskustelemaan kannabiksesta, on syytä tarkentaa ja laajentaa ongelmaan liittyvää informaatiota (TAULUKKO 3). Kannabiksen käyttäjä tarvitsee tyypillisesti ammattiapua mahdollisten riskien havaitsemisessa, ambivalenssin selvittelyssä ja voittamisessa sekä muutoshalukkuuden herättämisessä. Kannabiksen käyttöön liittyvien hyvien ja huonojen seuraamusten listaaminen auttaa ongelman luonteen havaitsemisessa ja käsittämässä. Jos potilas ei pysty näkemään syyssuhdetta kannabiksen käytön ja psyykkisten kokemuksiensa tai oireidensa välillä, hä-

**TAULUKKO 3.** Lyhytneuvonnan ja motivoivan haastattelun tueksi sopivia kysymyksiä ongelmien kar-toittamiseksi.

Kuinka monena päivänä viikossa tai kuukaudessa poltat?

Miten poltat (piipussa, bongissa, "jointtina"), tai käytätkö höyrystintä?

Miten suuri on arviosi käyttämästäsi kannabismäärästä (grammoina tai annoksina) päivässä tai viikossa?

Poltatko myös savukkeita?

Onko Sinulla yskää? Millainen ruokahalu Sinulla on? Onko se kannabiksenkäyttösi aikana muuttunut? Onko Sinulla ahdistusta? Onko Sinulla unihäiriöitä?

Onko kannabiksen poltollasi vaikutusta työnte-koosi, opiskeluusi tai muihin asioihin, joita Sinun täytyy tai Sinä haluat tehdä?

Oletko koskaan ajattelut vähentää tai lopettaa? Oletko koskaan vähentänyt tai lopettanut? Jos olet, mitä tapahtui?

Oletko kokenut vieroitusoireita, kuten ärtyisyyttä tai mielialan vaihtelua?

nelle kannattaa kokeeksi suositella käyttötou-koa ja sen aikana oman voinnin seuraamista päiväkirjan avulla. Myös luotetun ystävän tai sukulaisen antama palaute voi olla hyvin arvo-kasta.

**Kannabikseen liittyvien ongelmien hoi-dossa** on tutkittu erityisesti psykososiaalisia ja käyttäytymismuutoksiin tähtääviä mene-telmiä (Huumeongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus 2006). Muutoshalukkuuden herättäminen ja lisääminen (motivoiva haas-tattelu, motivational enhancement therapy), kognitiivis-behavioraalinen terapia ja palkkiohoito (contingency management) näyttävät vähentävän kannabiksen käyttöä ja tukevan abstinenssin saavuttamista ja ylläpitämistä (Litt ym. 2008). Aikuisilla parhaat tulokset on antanut palkkiohoito eli rahakuponkien an-taminen käytöstä pidättäytymisen palkkioksi (Budney ym. 2006). Littin ym. (2008) mu-kaan tällä hoidolla aikaansaatu abstinenssia voidaan pidentää vahvistamalla selviytymistai-toja sekä tukemalla luottamusta omien hoito-tavoitteitten saavuttamiseen. Nuorilla kanna-biksen käyttäjillä perheenjäsenten mukanaolo voi lisätä hoidon tuloksellisuutta (Lepistö ym. 2006, Copeland ja Swift 2009). Yksi struktu-roitu, tunnin kestänyt motivoiva haastattelu vähensi McCambridgen ja Strangin (2004) tutkimuksessa nuorilla (16–20 v) potilailla käyttöpäiviä kolmasosaan ja kannabisabsti-nenssia havaittiin 17 %:lla vielä kolmen kuu-kauden kuluttua interventioista. Valtaosa näistä interventioista edellyttää terapeutin lisäkou-lutusta ja useita tapaamisia, mikä vaikeuttaa niiden käyttöä perusterveydenhuollossa. On kuitenkin muistettava, että samat kognitiivis-behavioraaliseen viitekehukseen kuuluvat keskustelutaidot auttavat muidenkin päihde-ongelmien (alkoholi, tupakka) hoidossa, joten niille olisi laajempaa käyttöä perustervey-denhuollossa.

Täydellinen pidättäytyminen kannabiksen käytöstä ei ole monille potilaille vaihtoehto, johon he olisivat heti valmiit sitoutumaan. Niinpä käytön vähentäminen voi alussa olla realistinen ja kannatettava tavoite. Haittojen vähentämiseen tähtäävä suhtautuminen, johon kuuluu pragmaattinen ja jopa huumeiden käy-

## YDINASIAIAT

- ▶ Kannabis on eniten käytetty laiton päihde maassamme.
- ▶ Sen käyttö voi aiheuttaa psyykkisiä, somaattisia ja psykososiaalisia ongelmia.
- ▶ Riippuvuus syntyy noin 10 %:lle käyttäjistä ja vieroitusoireet ovat verrattain lievät.
- ▶ Ongelman puheeksi ottaminen terveydenhuollossa on tärkeää.
- ▶ Perusterveydenhuollossa annetaan lyhytneuvonta ja yksinkertaiset vieroitushoidot sekä hoidetaan somaattiset oireet (esim. bronkiitti).
- ▶ Konsultointi- ja lähettämiskynnys erityisyksikköihin on syytä pitää matalana.

tön jatkumisen hyväksyvä asenne, saattaa olla lääkärille vierasta tai jopa vastenmielistä. Toisaalta näin toimimalla autetaan usein potilasta sitoutumaan hoitoon ja luottamaan lääkäriin, mikä luo pohjan pitkäkestoisen hoitomotivaation syntymiselle. Jos päivittäiskäyttäjä ei ole valmis luopumaan kannabiksesta kokonaan, voidaan toleranssia vähentää käyttötapaan liittyvillä suosituksilla. Potilas esimerkiksi pienentää asteittain kerta-annosta, siirtää päivän ensimmäisen huumeannoksen myöhempään ajankohtaan sekä miettii ja harjoittelee korvaavia ja palkitsevia toimintoja. Tieto terveysriskeistä, erityisesti hengitystieongelmista ja sairauksien (varsinkin astman) pahenemisesta voi jäädä itämään käyttäjän mielessä ja vahvistaa orastavaa muutoshalukkuutta. Tässä yhteydessä potilaat kuitenkin usein kertovat käyttäneensä menetelmiä, joiden he uskovat vähentävän keuhkokomplikaatioita. Näistäkin lääkärin olisi hyvä olla tietoinen. Esimerkiksi vesipiiput ja muut polttamiseen käytetyt välineet (“bongit”), joilla yritetään viilentää ja suodattaa savua, eivät lisää turvallisuutta. Ne saattavat päinvastoin lisätä keuhkoihin päätyvän tervan määrää, koska suodatuksella poistuu enemmän THC:tä kuin tervaa ja inhaloin-

ti lisääntyä riittävän vaikutuksen saamiseksi. Höyrystimen (vaporizer) käytöllä pyritään vapauttamaan THC:tä höyryyn savun välttämiseksi, mutta menetelmän eduista ei ole riittävästi tutkimustietoa.

## Vieroitushoito

Ainakin 85 % kannabiksen käytön keskeyttäjästä tai lopettajista kokee vieroitusoireita (TAULUKKO 4), jotka voimakkuudeltaan ovat verrattavissa tupakkavieroitusoireisiin. Eriytyisen voimakkaita ne ovat runsaasti tupakoi-villa ja psykiatrisista oheishäiriöistä kärsivillä (Budney ym. 2004). Vieroitusoireet ovat pahimmillaan 2–3 päivää lopettamisen jälkeen ja loppuvat suurimmalta osalta viikossa. Unihäiriöt ja levottomien unien näkeminen saattavat kuitenkin jatkua 2–3 viikon ajan. Vieroitusoireita lieventävää spesifistä lääkehoitoa ei vielä ole käytettävissä, mutta oraalista  $\Delta 9$ -THC:tä on tutkittu hoidoksi vieroitukseen ja kannabiksen himoon (Budney ym. 2007). Potilaan informoiminen jo etukäteen mahdollisista vieroitusoireista auttaa häntä epämukavien olotilojen kohtaamisessa. Vaikeisiin oireisiin voidaan tarvita lääkehoitoa (TAULUKKO 5). Abs-tinenssin seurannassa huumeeseulan avulla on otettava huomioon, että pitkäaikaisen ja suuriannoksisen käytön jälkeen huumeeseulatulos voi säilyä pitkään positiivisena.

**Retkahtamisen vaara** voi kasvaa unetomuuden, ärtyneisyyden ja kannabiksen himon takia. Näitä vieroitusoireita esiintyy harvemmin, jos käyttäjä on pystynyt vähentämään kulutustaan jo ennen varsinaista lopettamisyritystä. Kannabiksen ja tupakan laajasti esiintyvän yhteiskäytön takia on kiinnitettävä

TAULUKKO 4. Kannabisvieroitusoireet.

Jaksamattomuus  
Ärtyisyys  
Levottomuus, ahdistuneisuus  
Unettomuus  
Mielialan aaltoilu  
Vähentynyt ruokahalu  
Lihaskouristukset  
Päänsärky

## TAULUKKO 5. Kannabisvieroitusoireiden hoito.

<b>Suosittelle</b>
kannabisannoksen asteittaista vähentämistä ennen lopettamista kokonaan ensimmäisen käyttökerran siirtämistä myöhemmän ajankohtaan päivässä sellaisten tilanteiden, toimintojen ja välineiden (piippujen yms.) käsittelyn välttämistä, joihin on aikaisemmin liittynyt kannabiksen käyttöä nikotiinikorvaushoitoa siinä tapauksessa, että potilas haluaa samanaikaisesti vieroittautua tupakasta
<b>Anna tietoa</b>
unihygieniasta kofeiinipitoisten juomien (kahvi, virvoitus- tai energijuomat) mahdollisista kannabisvieroitusoireista lisäävistä vaikutuksista
<b>Ehdota</b>
psykoedukatiivisia keskusteluja käyttäjälle ja perheenjäsenille riippuvuuden, vieroituksen ja retkahdusten ymmärtämiseksi
<b>Määrä tarvittaessa</b>
analgeteista lääkitystä lyhyeksi ajaksi unettomuuden hoitoon tarvittaessa melatoniinia erittäin vaikeaan ahdistukseen tai unettomuuteen lyhytaikainen bentsodiatsepiinilääkitys tarkan harkinnan perusteella

huomiota myös tupakasta johtuviin haittoihin ja riippuvuuteen. Hoidettaessa nikotiiniriippuvuutta bupropionilla on syytä aloittaa läikehoito vähintään viikkoa ennen molempien pähteiden käytön lopettamista mielialaongelmien välttämiseksi (Harvey ym. 2001).

### Kannabiksen käyttäjä perusterveydenhuollossa: milloin lähetän eteenpäin?

Nuoren oppimis- ja keskittymisvaikeudet voivat tulla ensimmäiseksi koulun terveydenhuollon tietoon. Epäily kannabiksen käytöstä, sen selvittely ja hoidon järjestäminen vaativat tietoa mm. käyttötavoista, vaikutuksista, paikallisesta hoitoketjusta ja lähettämistavoista. Yhteydenotto perheeseen kuuluu ongelman selvittelyyn. Lastensuojelulaki (417/2007, 25 §) velvoittaa ilmoittamaan viipymättä las-

tensuojeluviranomaisille, kun lapsen kehitystä vaarantavat olosuhteet tai lapsen oma käyttäytyminen edellyttävät lastensuojelun tarpeen selvittämistä. Sellaisia tilanteita ovat esimerkiksi lapsen toistuvat huumekekoilut ja alle 18-vuotiaiden nuorten säännöllinen kannabiksen käyttö. Myös lähete lasten- tai nuorisopsykiatrian poliklinikkaan on silloin laadittava.

Aikuispotilaiden mahdollinen kannabiksen käyttö kannattaa ottaa puheeksi, jos kliiniset oireet tai taustatiedot viittaavat siihen. Kannabiksen käyttöä on syytä käsitellä aikuispotilaan kanssa lyhytneuvonnan tapaan, vaikkei somaattisia tai psykososiaalisia haittoja olisi vielä havaittavissa. Potilaat, jotka ovat jääneet kiinni työpaikalla voivat olla hyvin halukkaita lopettamaan kannabiksen käytön työpaikkansa säilyttämiseksi. Näissä tapauksissa työterveyshuollolla on keskeinen asema. Jos työorganisaatiossa tehdään huumeetestejä, on siellä työterveyshuoltolain (21.12.2001/1383) perusteella oltava myös päihdeohjelma ja positiivinen testitulos on varmistettava laatuvalvonnan alaisessa laboratorioissa. Laki määrittää myös varhaisen puuttumisen ja hoitotoimenpiteiden linjaukset. Hoitoon kuuluvat vieroituksen järjestäminen, mahdollisten oireiden lieventäminen, motivaation ylläpitäminen ja retkahdusten ehkäiseminen. Ehkäisyssä yritetään lisätä potilaan ymmärrystä siitä, miten sosiaaliset tilanteet, tietyt mielentilat, kognitiot ja vieroitusoireet voivat lisätä retkahdusriskiä ja miten tähän olisi syytä varautua ja suhtautua. Huumeeseulat antavat potilaille mahdollisuuden osoittaa, että hänen kannabisabstinenssinsa jatkuu. Potilaan kanssa tehtävään kuntoutussopimukseen on joskus hyvä sisällyttää mahdollisuus pyytää pistokokeena virtsanäyte esimerkiksi 24 tunnin kuluessa. Vaikeimmissa tapauksissa on syytä harkita sairauslomaa ja konsultoida päihdelääketieteellistä tai päihdepsykiatrista yksikköä. Aikuiset monia päihteitä käyttävät ja oheissairauksia potevat on syytä lähettää erikoisyksikköihin (esim. A-klinikkaan tai päihdepsykiatrian yksikköön) paikallisesti tai alueellisesti sovitun konsultaatio- ja lähettämiskäytännön mukaisesti. Raskaana oleva aktiivikäyttäjä tai

**TAULUKKO 6.** Kannabiksen käyttö ja erityispalveluihin lähettämisen aiheet.

**Kaikki lapset (lastenpsykiatria)**

Nuoret, jotka käyttävät useammin kuin satunnaisesti tai joilla on koulu- tai psyykkisiä ongelmia (nuorisopsykiatria)

Raskaana olevat ja säännöllisesti käyttävät naiset, jotka suunnittelevat raskautta (naistentaudit ja synnytykset / päihdehuollon erityispalvelut / päihdepsykiatria)

Aikuiset potilaat, joilla on psyykkisiä ongelmia tai psykiatrinen oheissairaus, johon ei ole riittävää asiantuntemusta perusterveydenhuollossa (päihdehuollon erityispalvelut / päihdepsykiatria)

Päihteiden sekakäyttäjät (päihdehuollon erityispalvelut)

Vaativaa ajokyvyn arviointia tarvitsevat (päihdehuollon erityispalvelut)

raskauden takia käytön lopettanut potilas tarvitsee äitiyspoliklinikan ja päihdelääketieteen yksikön koordinoitua seurantaa (TAULUKKO 6). Lastensuojelunäkökulma on aina huomioitava

perheellisten aikuisten kannabisriippuvuutta hoidettaessa.

## Lopuksi

Länsimaissa cannabis on eniten käytetty laiton päihde. Kannabista (marihuana, hasis) salakuljetetaan Suomeen, mutta *Cannabis sativa* -hampun viljely kotioiloissa on kasvamassa. Lääkärin vastaanotolla aineen käyttö usein salataan mm. sen laittomuuden takia ja kannabiksen aiheuttamat haitat voivat herkästi jäädä havaitsematta. Ongelman laajuuden takia olisi kehitettävä perusterveydenhuollon valmiuksia havaita kannabiksen käyttöön liittyviä ongelmia ja hoitaa niitä. Myös päihdesairauksiin erikoistuneiden yksiköiden asiantuntemukseen olisi panostettava, koska toistaiseksi perusterveydenhuollon konsultaatiokynnys on syytä pitää matalana ja komplisoituneiden tapausten asiantuntevaan diagnostiikkaan ja hoitoon on oltava valmiudet. ■

**ULRICH TACKE, LKT, dosentti**  
Itä-Suomen yliopisto  
ja KYS, päihdepsykiatria  
PL 1777, 70211 KUOPIO

**KAIJA SEPPÄ, professori, ylilääkäri**  
Tampereen yliopisto  
ja TAYS, psykiatrian tulosyksikkö

**ADAM R. WINSTOCK, MD**  
South London and Maudsley  
NHS Trust  
London, UK

### SIDONNAISUUDET

Ulrich Tacke: Ei sidonnaisuuksia

Kaia Seppä: Hallituksen jäsenyys (A-klinikkasäätiö). Kongressimatka (Lundbeck). Kirjoituspalkkioita oppikirjoista (Kustannus Oy Duodecim)

Adam R. Winstock: Ei sidonnaisuuksia

## Summary

### Assessment and treatment of cannabis use disorders in primary health care

In Finland every fourth young adult (25 to 34 years of age) has experience with the use of cannabis and in younger people (15 to 24 years) about 10% have used it during the previous year. The majority (about 90%) neither becomes addicted nor develops significant psychiatric symptoms, but in some individuals regular cannabis-use can cause a variety of problems (health, emotional, behavioural, social, legal). If problems have not yet developed or are still minor, patient's cannabis-use may be addressed by brief intervention in a primary care setting. Also, treatment of uncomplicated cannabis withdrawal as well as of minor symptoms from smoking (bronchitis, sleep disturbances), can be treated in community health centres. Children and adolescents, pregnant individuals or those with psychiatric symptoms should be treated by services with expertise in addiction medicine.



## KIRJALLISUUTTA

- Aldington S, Williams M, Nowitz M, ym. Effects of cannabis on pulmonary structure, function and symptoms. *Thorax* 2007;62:1058–63.
- Aldington S, Harwood M, Cox B, ym. Cannabis use and risk of lung cancer: a case control study. *Eur Respir J* 2008;31:280–6.
- Bashford J, Flett R, Copeland J. The Cannabis Use Problems Identification Test (CUPIT): development, reliability, concurrent and predictive validity among adolescents and adults. *Addiction* 2010;105:615–25.
- Budney AJ, Hughes JR, Moore BA, Vandrey R. Review of the validity and significance of cannabis withdrawal syndrome. *Am J Psychiatry* 2004;161:1967–77.
- Budney AJ, Moore BA, Rocha HL, Higgins ST. Clinical trial of abstinence-based vouchers and cognitive-behavioral therapy for cannabis dependence. *J Consult Clin Psychol* 2006;74:307–16.
- Budney AJ, Vandrey RG, Hughes JR, Moore BA, Bahrenburg B. Oral delta-9-tetrahydrocannabinol suppresses cannabis withdrawal symptoms. *Drug Alcohol Depend* 2007;86:22–9.
- Caspi A, Moffitt TE, Cannon M, ym. Moderation of the effect of adolescent-onset cannabis use on adult psychosis by a functional polymorphism in the catechol-O-methyltransferase gene: longitudinal evidence of a gene x environment interaction. *Biol Psychiatry* 2005;57:1117–27.
- Cooper ZD, Haney M. Cannabis reinforcement and dependence: role of the cannabinoid CB1 receptor. *Addiction Biology* 2008;13:188–95.
- Copeland J, Frewen A, Elkins K. Management of cannabis use disorder and related issues. A clinician's guide. Sydney: National Cannabis Prevention and Information Centre, University of New South Wales 2009. <http://ncpic.org.au/>.
- Copeland J, Swift W. Cannabis use disorder: epidemiology and management. *Int Rev Psychiatry* 2009;21:96–103.
- Crippa JA, Zuardi AW, Martin-Santos R, ym. Cannabis and anxiety: a critical review of the evidence. *Hum Psychopharmacol* 2009;24:515–23.
- Gossop M, Darke S, Griffiths P, ym. The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction* 1995;90:607–14.
- Hall W, Degenhardt L. Adverse health effects of non-medical cannabis use. *Lancet* 2009;374:1383–91.
- Haller DM, Meynard A, Lefebvre D, Tylee A, Narring F, Broers B. Brief intervention addressing excessive cannabis use in young people consulting their GP: a pilot study. *Br J Gen Pract* 2009;59:166–72.
- Harvey M, Ward AS, Comer SD, Hart CL, Foltin RW, Fischman MW. Bupropion SR worsens mood during marijuana withdrawal in humans. *Psychopharmacology* 2001;155:171–9.
- Henry JA, Oldfield WLG, Kon OM. Comparing cannabis with tobacco. *BMJ* 2003;326:942–3.
- Holopainen A. Sekakäyttö. Kirjassa: Salaspuro M, Kiiianmaa K, Seppä K, toim. Päihdeläketiede. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2003, s. 446–52.
- Huumeongelmainen hoito [verkkoversio]. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Päihdeläketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2006 [päivitetty 23.1.2006].
- Iversen L. The science of marijuana. Oxford: Oxford University Press 2008.
- Latt N, Conigrave K, Saunders JB, Marshall J, Nutt D, toim. *Addiction medicine*. Oxford University Press 2009.
- Legleye S, Karila L, Beck F, ym. Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. *J Subst Use* 2007;12:233–42.
- Lepistö J, von der Pahlen B, Marttunen M. Nuoren päihdehäiriöiden hoito. *Suom Lääkäril* 2006;61:2331–8.
- Litt MD, Kadden RM, Kabela-Cormier, Petry NM. Coping skills training and contingency management treatments for marijuana dependence: exploring mechanisms of behavior change. *Addiction* 2008;103:638–48.
- McCambridge J, Strang J. The efficacy of single-session motivational interviewing in reducing drug consumption and perceptions of drug-related risk and harm among young people: results from a multi-site cluster randomised trial. *Addiction* 2004;99:39–52.
- Moore THM, Zammit S, Lingford-Hughes A, ym. Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet* 2007;370:319–28.
- Mukamal JJ, Maclure M, Muller JE, Mittleman MA. An exploratory prospective study of marijuana use and mortality following acute myocardial infarction. *Am Heart J* 2008;155:465–70.
- Potter DJ, Clark P, Brown MB. Potency of Δ9-THC and other cannabinoids in cannabis in England in 2005: implications for psychoactivity and pharmacology. *J Forens Sci* 2008;53:90–4.
- Scherrer JF, Grant JD, Duncan AE, ym. Subjective effects to cannabis are associated with use, abuse and dependence after adjusting for genetic and environmental influences. *Drug Alcohol Depend* 2009;105:76–82.
- Seppälä T. Huumeiden analytiikka. Kirjassa: Salaspuro M, Kiiianmaa K, Seppä K, toim. Päihdeläketiede. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2003, s. 495–9.
- Solowij N, Stephens RS, Roffman RA, ym. Cognitive functioning of long-term heavy cannabis users seeking treatment. *JAMA* 2002;287:1123–31.
- Stakes. Päihdehuollon huumeasiakkaat 2006. Helsinki: Stakes 2007 [päivitetty 6.9.2007]. [www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Paihteet/Paihdehuollonhuumeasiakkaatlueliasa.htm](http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Paihteet/Paihdehuollonhuumeasiakkaatlueliasa.htm).
- Sugranyes G, Flamarique I, Parellada E, ym. Cannabis use and age of diagnosis of schizophrenia. *Eur Psychiatry* 2009;24:282–6.
- Tacke U, Seppä K. Tutkimustieto kyseenalaistaa asenteet kannabikseen. *Duodecim* 2010;126:121–2.
- Tan WC, Lo C, Jong A, ym. Marijuana and chronic obstructive lung disease: a population-based study. *CMAJ* 2009;180:814–20.
- Taylor DR, Fergusson DM, Milne BJ, ym. A longitudinal study of the effects of tobacco and cannabis exposure on lung function in young adults. *Addiction* 2002;97:1055–61.
- THL ja EMCDDA. Huumetilanne Suomessa 2010. Raportti 40/2010. [www.stakes.fi/FI/Tilastot/Aiheittain/Paihteet/reitox.htm](http://www.stakes.fi/FI/Tilastot/Aiheittain/Paihteet/reitox.htm) <<http://www.stakes.fi/FI/Tilastot/Aiheittain/Paihteet/reitox.htm>> (siteerattu 22.2.2011).
- Winstock AR, Ford C, Witton J. Assessment and management of cannabis use disorders in primary care. *BMJ* 2010;340:c1571. doi:10.1136/bmj.c1571
- Yücel M, Solowij N, Respondek C, ym. Regional brain abnormalities associated with long-term heavy cannabis use. *Arch Gen Psychiatry* 2008;65:694–701.
- Zammit S, Moore TH, Lingford-Hughes A, ym. Effects of cannabis use on outcomes of psychotic disorders: systematic review. *Br J Psychiatry* 2008;193:357–63.