

MINISTERIÖN ASETUS JA OPIOIDIRIIPPUVAISTEN KORVAUSHOITO

PENTTI KARVONEN

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) antoi ensimmäisen normistonsa korvaushoidosta vuonna 1997 ja toisen vuonna 1998. Kolmas normisto julkaistiin 21.6.2000 asetuksena opioidiriippuvaisten henkilöiden vieroitus-, korvaus- ja ylläpito-hoidosta erällä lääkkeillä.

Aikaisemmin korvaushoidon sai aloittaa vain kolmessa yliopistollisessa keskussairaalassa. Nyt kaikki 19 keskussairaala ja Järvenpään sosiaalisairaala saavat aloittaa korvaushoidot.

Aikaisemmin lääkkeitä ei saanut viedä kotiin. Nyt hyvää hoitomyöntyvyyttä osoittaneelle potilaalle voidaan perustellusta syystä luovuttaa enintään viikon lääkkeet hoitopaikan ulkopuolella käytettäväksi. Sama määräaika on Ruotsissa kaksi ja Ranskassa neljä viikkoa.

STM:n määräys 1993:25 määritteli opiaattiriippuvaisten ylläpito-hoidon erityistason sairaanhoidoksi. Ylläpitohoito poistettiin vuosina 1997 ja 1998 normistosta täysraittiuustavoitteiden siivittämänä ja nyt se on hyväksytty uudelleen yhdeksi hoitomuodoksi.

MITEN HEROIINIRIIPPUVAISUUS SYNTYY?

Tuore tutkimustieto on osoittanut, että opiaattien pelko on enimmäkseen perusteetonta. Kun 12 000 potilaalle annettiin akuuttiin kiputilaan opioideja, vain neljästä tuli addikti. Kun kroonista kiputilaa poteville 38 potilaalle annettiin opioideja 4–7 vuoden ajan, vain kahdesta tuli addikti ja näillä molemmilla oli todettavissa aikaisempi väärinkäyttöhistoria. Näin kertoo USA:n hallituksen alainen arvostettu tutkimusinstituutti (NIDA 1999: 1).

Huumeriippuvuudessa ”keskeistä on näiden ihmisten kyvyttömyys tulla toimeen tunteidensa kanssa. Heille mikä tahansa tunne voi olla traumaattinen kokemus, joka on sietämätön, minkä vuoksi omaa tunnetilaa pyritään jatkuvasti manipuloimaan erilaisilla aineilla. Tässä mielessä kyse

on eräänlaisesta itsehoidosta. Toinen yleinen syy on elämän kokeminen merkityksettömäksi ja tyhjäksi, jolloin huumeiden avulla pyritään saamaan kokemuksia itsen merkityksellisyydestä” (Salakari 2000).

Riippuvuus on enemmän ihmisen kuin aineen ominaisuus.

MIHIN KORVAUSHOITOA TARVITAAN?

Pitkäkestoinen ja suuriannoksinen heroiinin käyttö saa aikaan eräänlaisen ”kemiallisen aivovaurion”, joka korjautuu erittäin hitaasti. Tämä korjautuminen voi viedä useita vuosia. Välittömien vieroitusoireiden jälkeen nämä potilaat ovat jopa vuosia lamaanustilassa, joka muistuttaa monella tavalla vaikeaa masennusta. Niin buprenorfiini kuin metadonikin korjaavat tämän kemiallisen aivovaurion ja sen aiheuttaman lamaannuksen, mikä on biologisena edellytyksenä kaikelle muulle hoidolle (Salakari 2000).

Addiktio on merkittäväällä tavalla myös aivosairaus eikä vain psykososiaalinen ohjelmointivirhe. Se on nähtävissä toimintakokeissa, mikroskooppitutkimuksissa (Swan 1997), välittäjäainepitoisuuksissa ja reseptoreissa (Leshner 1997).

”Monen opiaattiriippuvaisen endorfiinijärjestelmä ei kuitenkaan palaudu spontaanisti. Tälle joukolla on huumeriippuvuudesta irti pääsemisen perusehtona endorfiinihormonin korvauslääkehoito. Korvaus- tai ylläpito-hoidossa ei siis ole kysymys laittoman huumeen korvaamisesta laillisella huumeella, vaan endorfiinihormonin puutostilan korvaamisesta lääkeaineella” (Holopainen 2000).

Kertaheitolla tapahtuva luopuminen opiaateista on monelle heroinistille täysin mahdoton tehtävä. Siitä tulee vain uusi epäonnistumisen kokemus, mikä on omiaan heikentämään entuudestaan heikkoa itsetuntoa ja vähentämään luottamusta hoidon mahdollisuuksiin. Sen sijaan kuu-

kausien, jopa vuosien aikana tapahtuvan asteittain alenevan korvaushoidon avulla luodaan edellytykset todella auttavalle hoidolle ja hyvälle yhteistyösuhteelle potilaiden kanssa sekä kokemusten onnistumisesta.

KORVAUSHOIDON LAJITYYPIT:
VIEROITUS-, KORVAUS- JA YLLÄPITOHOITO

Lyhytkestoisin hoitomuoto on määritelty vieroitushoidoksi, jonka kesto on määritelty enintään 3 kuukautta (1997), 12 kuukautta (1998) tai 1 kuukausi (2000). Edellä mainittua pitempiä hoitomuotoja on kutsuttu korvaushoidoksi tai ylläpito-hoidoksi. Olisi ollut selkeämpää käyttää korvaushoitoa yläkäsitteenä, joka olisi jaettu alakäsitteiksi lyhytkestoisen ja pitempikestoisen vieroitus- ja hoito sekä pitkäkestoisen ja elinikäisen ylläpitohoito.

Vuonna 1993 STM määritteli yli 10 vuotta narkanneiden parantumattomien heroïnisten ylläpito-hoidon erityistason sairaanhoidoksi. Voidaan kysyä, millä juridisella taikalla lääketieteellisellä perusteella jo sairauden alkuvaiheessa tarvittava lääkkeellinen vieroitus- ja hoito on menty määrittelemään keskussairaalaan aloitettavaksi erityistason sairaanhoidoksi. Tässä on tehty kohtalokas hallinnollinen virhe, josta moni kansalainen on jo maksanut hengellään.

STM:n asetuksessa *korvaushoidolla* tarkoitetaan opioidiriippuvaisen henkilön kuntouttavaa, päiheteettömyyteen tähtäävää hoitoa, jossa käytetään buprenorfiinia, metadonia tai levasetyylimetadolia sisältäviä lääkevalmisteita ja joka kestää yli kuukauden; *ylläpito-hoidolla* taas tarkoitetaan opioidiriippuvaisen henkilön kuntouttavaa hoitoa, jossa käytetään buprenorfiinia, metadonia tai levasetyylimetadolia sisältäviä lääkevalmisteita ja joka kestää yli kuukauden ja jonka painopisteenä on haittojen vähentäminen ja potilaan elämän laadun parantaminen.

Hoidettavaan potilaaseen kohdistetaan näin varsin erilaisia suoritusvaatimuksia sen mukaan, kuuluuko hän korvaushoitoryhmään vai ylläpito-hoitoryhmään. Pitääkö todellakin saada ensin HIV-infektio, jotta taudinkuvaan kuuluvasta kahdesta repsahduksesta ei seuraisi hoidosta erottamista? STM:n asetuksessa määritellyt korvaushoidon vaatimukset kuuluvat tiukan huume- ja lääkeliiketoiminnan poliittisen mukaisesti ja ylläpito-hoidon vaatimukset puolestaan haittoja minimoivan huume-

politiikan vaatimuksiin. Asiakasryhmien erilainen kohtelu ei tunnu oikeudenmukaiselta eikä edes päihdehuoltolain mukaiselta menettelyltä.

HOITOJEN PERÄTTÄISYYDESTÄ
HOITOJEN SAMANAIKAISUUTEEN

STM:n asetus määrää, että opioidiriippuvaisen henkilön korvaushoito saadaan aloittaa vain sellaisten potilaiden kohdalla, jotka eivät ole vieroittuneet opioideista yleisesti hyväksytyistä hoitokäytäntöistä ja menettelytapoista noudattamalla.

Suomessa yleisesti hyväksytyssä hoitomenetelmässä suoritetaan ensin opiaateista vieroittaminen sairaalalolosuhteissa ja tämän jälkeen potilas siirretään lääkkeettömään terapeutiseen yhteisöön taikka muuhun psykososiaaliseen kuntoutukseen, jos sellaista ylipäätään on riittävästi saatavilla. Sairaalassa vieroittaminen on osoittautunut kalliiksi, tehottomaksi ja depressiivistä ilmapii-riä lisääväksi (Wang 1999). HYKS:ssä 12 vuoden ajan harrastettu kahden viikon mittainen osastokatkaisuhoito kuuluu tähän hoitokategoriaan. Hoitotuloksia ei ole julkistettu.

Edellistä parempia hoitotuloksia on ruvettu saamaan siirtymällä perättäisistä hoidoista samanaikaisiin hoitoihin. Vuoden kestäväällä kolmoishoitoperiaatteella (three-in-one) on Kiinassa hoidettu ja kuntoutettu narkomaaneja yli 10 vuoden ajan ja hoitotulokset ovat olleet 80 prosentin luokkaa; aikaisempi perättäisiä hoitoja käyttänyt singaporelainen malli on päässyt noin 40 prosentin kuntoutustuloksiin (Wang 1999). Tulosten pysyvyydestä ei ole tietoja.

Suomessa pitäisi siirtyä potilasta syyllistämättömään kolmoishoitomalliin ja aloittaa korvaushoito päihdekierteen ja rikoskierteen katkaisevana (Turkia 1998) ensiapuhoitona eikä STM:n määräysten mukaisena vihoviimeisenä hoitona.

KORVAUSHOIDON ALOITTAMINEN

STM:n asetuksen mukaan korvaushoidon tarpeen arviointi voidaan suorittaa keskussairaalaan tai Järvenpään sosiaalisairaalaan. Miksi korvaushoito pitää aloittaa Suomessa sairaalalolosuhteissa 6–12 kuukauden odotuksen jälkeen, kun ulkomailla korvaushoito voidaan aloittaa avohoidossa 1–2 vuorokauden jonotusajalla?

Vankiloissa on erityisen paha huumeongelma ja

AIDS leviää. Miksei korvaushoitoja voida aloittaa siellä, missä niitä eniten tarvittaisiin?

HYKS:ssä on jonotettu ensiksi sosiaalinhoitajan haastatteluun, sitten lääkärin haastatteluun, sitten osastolla tapahtuvaan hoidon tarpeen arviointiin, ja vasta neljäntenä hoitotapahtumana asiakas voi päästä lopulliseen hoitopaikkaansa 6–12 kuukauden jonotusajan jälkeen.

Keväällä 1997 toimin parivaljakkona erikoissairaanhoidajan kanssa. Eräänä päivänä sain klo 12 puhelun, jossa puolisen vuotta heroiniä käyttänyt mieshenkilö halusi päästä hoitooni sen vuoksi, ettei hän ollut saanut omin avuin heroiniiputkea poikki useamman päivän kestäneistä lopetusyrityksistä huolimatta. Kello kaksi hän pääsi sairaanhoitajani haastatteluun, puolta tuntia myöhemmin lääkärin haastatteluun, sitten apteekkiin hakemaan lyhytkestoista buprenorfiinihoitoa. Samana iltana hän tuli iloisena takaisin kertoen jo soittaneensa entiselle työnantajalleen ja sopineensa töidensä aloittamisesta seuraavan viikonvaihteen jälkeisenä maanantaina. Kaikki tämä tapahtui kuudessa tunnissa eikä kuudessa kuukaudessa.

Olen vierailut Kööpenhaminassa ja sairaanhoitajani vieraili samaan aikaan San Franciscossa. Molemmissa paikoissa korvaushoitoon pääsi samana päivänä taikka seuraavana aamuna siitä, kun puhelimesta oli ilmoittanut halukkuutensa korvaushoidon aloittamiseen. Näissä paikoissa hoidon tarpeen arvioi potilas itse yhdessä häntä hoitavan lääkäriänsä kanssa.

Raittiin jakson jälkeisessä repsahduksessa pitäisi vieroitus hoito saada välittömästi käyntiin avohoidollisin toimenpitein ilman puolen vuoden mittaisia sairaalajonotusaikoja.

KONTROLLOITU LÄÄKKEEN JAKAMINEN

Osa addikteista tarvitsee hoidon alkuvaiheessa kontrolloitua lääkkeiden jakamista lääkannosten pitämiseksi kohtuullisen pieninä, samalla kun potilasta autetaan eroon piikitystarpeistaan. Kyse on muutaman viikon mittaisesta hoitajaksesta, mutta vuosien mittaista hoitoa ei pitäisi rakentaa päivittäisten kontrolloitujen lääkannosteluiden varaan.

Potilaan on opittava hallitsemaan tunneimpulsejaan ja sanomaan itselleen ei. Tämä on keskeinen hoidon päämäärä. Asetuksen edellyttämä päivittäin tapahtuva, valvottu lääkannostelu on

ulkoista kontrollia, joka estää asiakkaan tarvitseman itsekontrollin syntymistä ja kehittymistä. Ylimoitettu kontrolli kääntyy nopeasti hoidon tavoitteita vastaan.

Asetuksen mukainen hoito on potilaiden kokemuksissa yleensä erittäin nöyryyttävää, mikä on usein johtanut hoitojen keskeyttämiin. Moni palaa heroiniin tai katukaupan lääkkeisiin saavuttaakseen kokemuksen (joka tosin on illusorinen), että tilanne on omassa vallassa ja hallinnassa. Määräykset hoidosta eivät muutenkaan ota riittävästi huomioon potilaiden persoonallisuuden ongelmia.

Opiaattiriippuvaisten mahdollisuus saada korvaushoitoa on tehty erittäin vaikeaksi, samalla kun nikotiiniriippuvainen saa apteekista ilman reseptiä nikotiinikorvaushoitoa alenevin annoksien 3–12 kuukauden käyttöä varten. Mistä tämä eriarvoisuus?

Lääkkeen katukauppa ei riitä perusteluksi, kun lääkityksen käytön päämääränä on heroinin käytön lopettaminen ja keskushermoston toiminnan normalisoiminen. Katukauppa syntyy nimenomaan lääkkeen saamisen tiukan kontrollin seurauksena.

Buprenorfiinin saamista apteekkilääkkeeksi on vastustettu myös kyseisen lääkeaineen suonensisäisen käytön takia. Kuitenkin moni buprenorfiinin piikittelijä onnistuu elämässään heroinistia ja amfetaministia paremmin ilman vakavia kriisejä ja näyttää pyrkivän ”luonnolliseen” haittojen vähentämiseen (Suresh Kumar 2000). Suomessa on saatu samanlaisia kokemuksia erilaisia piikittelijäryhmiä vertailtaessa.

KORVAUSHOIDON KESTO

Korvaushoidon kesto on äärimmäisen yksilöllinen asia ja on valitettavaa, että asetus edellyttää sairaaloiden ja erikoisklinikoiden tuotteistavan ja paketoivan hoitonsa määrähintaisiksi ja -pituisiksi hoitotapahtumiksi. Näin asiakas keskeiseksi tarkoitettusta hoidosta tulee organisaatio- ja menetelmäkeskeistä hoitoa.

Ranskalaisen A. Mucchiellin ja belgialaisen M. Reisingerin kirjoittaman hoito-oppaan mukaan ”on täysin epärealistista aloittaa vieroitus potilaalla, joka on ottanut heroiniä edes kerran edeltävien 6 kuukauden aikana tai joka käyttää mitä tahansa ainetta ruiskeena” (Opiaattiriippuvaisten tuki ry.).

Korvaushoidon lopettamiselle pitäisi määrätä laadulliset kriteerit hoitosuunnitelmassa etukäteen määritelyjen aikamäärien sijasta. Nämä voisivat olla seuraavat:

- Neurobiologinen aivovamma on riittävästi parantunut.
- Heroiinia ei ole käytetty puoleen vuoteen.
- Lääkeaineiden suonensisäinen injisointi on loppunut.

– Potilaan sosiaalinen viiteryhmä on vaihtunut raittiutta taikka kohtuullisuutta tavoittelevaksi ympäristöksi.

– Arkipäivälle on löytynyt rytmi, sisältö ja merkitys.

– Potilas on oppinut hallitsemaan omia tunteitaan siten, ettei turvautuda olotilojen säätelyssä päihteisiin tai muihin haitallisiin keinoihin. Tämän päämäärän saavuttamiseksi tarvitaan riittävän pitkään toteutettua psykososiaalista kuntoutusta.

Ei voida etukäteen ennustaa, kuinka nopeasti korvaushoidossa oleva potilas löytää uuden kaveripiirin, pystyy rakentamaan arkipäivästään mielekkään kokonaisuuden ja oppii hallitsemaan tunteitaan ilman päihteitä. Korvaushoidon pituus on Ranskassa yleensä sama taikka vähän vähemmän kuin päihdehistorian pituus. Tämä tarkoittaa varsin usein jopa 6–16 vuoden korvaushoitojaksoja (Carpentier 1998).

Ei ole vaikeaa havaita, että suomalaiset hoitopaikat lopettelevat hoitojaan, ennen kuin ne kunolla ovat edes päässeet alkamaan.

Hoidon epäonnistumisen tavalliset syyt ovat potilaan taikka lääkärin pitämä liika kiire ja annoksen vähentämisen kaavamaisuus. Jos lääkkeitä vähennettäessä tulee pysyvästi esille ns. mielialahäiriö, niin annosta pitää nostaa aikaisemmalle tasolle ja vasta tilanteen rauhoittuttua jatkaa uudelleen annoksen vähentämistä.

Liian nopeasta vieroittumisesta johtuva mielialahäiriö sisältää

- yleistä pahaa oloa,
- ärtyneisyyttä, jopa raivokohtauksia,
- ahdistuneisuutta, jopa paniikkikohtauksia,
- depressiota, jopa täydellistä lamaantumista.

Aikataulu on todella yksilöllinen, koska korvaushoitolääkityksestä luopuminen vaatii potilaalta kykyä sietää myös häiritseviä tunteita ja tuntemuksia, toisin sanoen ominaisuuksia, jotka ovat huumeiden ongelmakäyttäjillä puutteellisesti kehittyneitä.

Opiaattiriippuvaisten vanhempia edustava kansalaisjärjestö on haastatellut kahtatoista virallisessa hoidossa ollutta narkomaania (Opiaattiriippuvaisten tuki ry.). Tässä poimintoja potilaiden kokemuksista:

”Aloittamani koulutuksen piti jälleen jatkua syksyllä, mutta elämäni ja tulevaisuuden suunnitelmani romahtivat: STM antoi määräyksensä, jonka mukaan yksityislääkärit eivät enää saaneet määrätä narkomanian hoitoon Temgesiciä.”

”Avoimempi hoitohomma olisi parempi. Annoksen voisi jakaa tasaisemmin päivää kohti, jolloin lääke toimisi paremmin. Olen puhunut siitä lääkärin kanssa useasti, mutta ilman toivottua tulosta. Koko annos kerralla otettuna vaikutus tahtoo jäädä kuuteen tuntiin, ja illat ovat hankaloita. Illaksi on ollut pakko hankkia Subutexia pimeästi.”

”Esimerkiksi lääkkeen oton jälkeen hoitaja on kysynyt, onko lääke sulanut. Sanoin, että on sulanut, katso vaikka. Hoitaja tutki tikulla kovakouraisesti ja repi suuni enemmän kuin auki. Suustani löytyi pieni pala, jota en itse edes huomannut syljen seasta. Hoitaja kävi kimppuuni, ilomielin.”

”Ne tulee vessaan katsomaan viereen, että se virtsa ei tuu pullosta vaan oikeasta paikasta. Ja kun se on päivittäistä, se on todella alentavaa.”

”Syksyllä aloitin jo iltalukiassa opiskelut, mutta en voinut jatkaa, ja siihen on kyllä syynä koko tämä systeemi ja jatkuva piina, jatkuuko hoito vai ei ja minkälaisena.”

”Itsenäisyyspäivän tienoilla alkoi mennä huonommin. Syynä oli masennus, jota on jo jatkunut pitempään, koska hoitoni on määrä loppua tammikuun alkupuolella. Olin itsenäisyyspäivän alla niin alamaissa, etten päässyt sängystä ylös ja olin ilmoittamatta pois hoidosta päivän liian pitkään, koska olin mennyt luvanvaraisia päiviä laskiessani välillä sekaisin. Masennusta ja sen syytä ei otettu huomioon, mutta potkut tuli. Ei otettu huomioon sitäkään, että rikkeitä ja luvattomia poissaoloja ei aikaisemmin ollut.”

”Periaatteessa pitäisi olla, että kun on terve ja tolpiin, hoito lopetetaan vasta sitten.”

Suomessa on vallalla voimakkaasti rajoittava, val-

vontaa ja rankaisuja korostava huume politiikka, joka pyrkii huume vapaa seen yhteiskuntaan. Tämä perusajatus näyttää siirtyneen olennaiseksi osaksi Suomessa harjoitettua hoitopolitiikkaa.

Vallitsevasta käytännöstä poikkeavia menetelmiä käyttäneet lääkärit ovat herkästi joutuneet niin kollegojen kuin valvontaviranomaisten tuomitsemiksi, usein jopa niin ettei ole pyritty tarkastelemaan hoitomenetelmiä niiden päämääristä käsin (Salakari 2000). Lääkärin vala ja eettiset ohjeet velvoittavat lääkäriä käyttämään hoitomenetelmiä, jotka ovat kliinisesti hyödyllisiä ja tieteellisesti tehokkaita. Suomessa käytössä olevat yleisesti hyväksytyt vahtimiseen, valvontaan ja rankaisuihin perustuvat hoitomenetelmät eivät täytä näitä kriteereitä.

Voidaan jopa sanoa, että Suomessa saavat rauhassa toimia vain Tukholman koulukunnan (ECAD) mukaisesti ajattelevat lääkärit, kun taas Frankfurtin koulukunnan (ECDP) mukaisesti ajattelevat ja toimivat lääkärit saattavat joutua suuriin vaikeuksiin maassamme harjoitettavan huume politiikan vuoksi.

Eri puolilta maailmaa olevat parlamentaarikot sekä oikeustieteen, lääketieteen, taloustieteen tutkijat ja asiantuntijat ovat lähettäneet YK:n pääsihteerille vetoomuksen (Public Letter to Kofi Annan, 1998), jossa sanotaan mm. seuraavaa: ”Uskomme, että globaali huumesota aiheuttaa nyt enemmän ongelmia kuin huumeiden väärinkäyttö sinänsä. – Monissa osissa maailmaa huumesopolitiikka estää kansanterveystyötä hidastamasta HIV:n, hepatiitin ja muiden tarttuvien tautien leviämistä. Ihmisoikeuksia loukataan, syyllistytään ympäristön saastuttamiseen ja vankeilat ovat ääriään myöten täynnä satoja tuhansia huume lain rikkojia. Vähäiset varat, jotka pitäisi käyttää terveydenhuollon kehittämiseen, koulutukseen ja talouden parantamiseen, tuhlataan entistä kalliimpiin kieltoihin. Realistiset odotukset vähentää huumeisiin liittyvää rikollisuutta, sairautta ja kuolemaa hylätään suosimalla retorisia ehdotuksia huume vapaitten yhteiskuntien luomiseksi.”

STM:N ASETUS PITÄÄ HOITOKYNNYSTÄ
LIIAN KORKEALLA

Matalan hoitokynnyksen hoitopaikoilla tarkoitetaan sekä nopeaa hoitoon pääsemistä (hoitotulokynnys) että myös hoitosuhteen jatkumisen

ehtoja. Suomessa saa jonottaa korvaushoitoihin 6–12 kuukautta ja sitten saa potkut kahden repahduksen perusteella, kun addiktio taipumus ja jonotusaikana lisää kroonistunut tauti eivät suostukaan paranemaan kertaheittolla.

Helsingin huume strategiatyöryhmän ehdotuksessa kerrotaan, että korvaushoitotoimintaa tulee arvioida uudelleen siten, että korvaushoidon rinnalla on syytä harkita tarjottavaksi erälle erityisryhmille ns. matalan kynnyksen korvaushoitoa (ylläpitohoitoa), johon ei sisälly jonkin määräjän kuluessa tapahtuvaa vieroitustavoitetta. Ensimmäisessä kyseeseen tulevat HIV-infektioituneet narkomaanit, jotka eivät kykene osallistumaan metadonikorvaushoitoon, mutta myös mahdollisesti muut valtakunnallisella tasolla määriteltävät potilasryhmät (Huume strategia 2000). Onko tosiaankin niin, että ensin täytyy saada HIV-infektio, jotta saisi parantua omaan tahtiinsa eikä jonkin määräjän kuluessa?

Matala hoitokynnys toteutuisi siten, että hoidon tarpeen arvioinnin suorittaisivat potilas ja häntä hoitava lääkäri yhdessä ja että apteekkilaitos rupeaisi suorittamaan tehtävänsä annostelemalla Subutex-tabletteja lääkärin antaman ohjeen mukaisesti.

KORVAUSHOIDON JA LÄÄKÄRINTYÖN
BYROKRAATTINEN VALVONTA

WHO:n erään kokousraportin mukaan maailmassa on meneillään hoitosuositus epidemia. Hoitosuositukset eivät ole ehdottomia vaatimuksia ja standardeja (Vainiomäki 2000).

Tästä poiketen STM on antanut hoitosuosituksensa asetuksena. Asetuksen alussa pyydetään noudattamaan päihdehuoltolain (41/1986) ja potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa lain (785/1992) säädöksiä, samalla kun asetuksen sisältö itse asiassa mitätöi edellä mainittujen lakien hoidollisia määräyksiä.

STM:n huume vieroituksesta nykyään vastaava ylilääkäri on kirjoittanut Suomen Lääkärilehteen, että ”hyväksyttävän lääkärintyön linjaus perustuu tulevaisuudessa yhä enemmän valvontaviranomaisten yksittäisiin ratkaisuihin. Oikeusturvakeskukseen päätökset ja korkeimman hallinto-oikeuden valitusratkaisut toimivat ennakkotapauksina, joista selviää moitittavan lääkärintyön tunnusmerkit” (Rimpelä & al. 1992).

STM:n asetuksen mukaan korvaushoitoa voi

daan antaa sellaisessa yksikössä, jolla hoidon aloittaneen toimintayksikön käytettävissä olevien tietojen mukaan on siihen riittävät edellytykset. Hoitoa jatkavassa toimintayksikössä tulee olla toiminnasta vastaava, erikseen nimetty lääkäri, josta tulee ilmoittaa hoidon aloittaneelle toimintayksikölle ja Terveydenhuollon oikeusturvakeskukselle.

”Lääkärit on peloteltu surkeiksi vastuuntuntomiksi pikkuvirkamiehiksi, jotka on pakotettu toimimaan lääkärinvalaansa vastaan” (Alihanka 2000).

Näin heroiniaddiktiosta on tullut ylihallinnoitu, etähoidettu ja kriminalisoitu sairaus.

On laskettu, että jokainen heroiniiriippuvaisen hoitoon uhrattu dollari tuo yhteiskunnalle takaisin 4–7 dollaria vähentyneinä rikoksina ja oikeuslaitoskuluina. Terveydenhoitokulut huomioon ottaen säästö on yli 12-kertainen (NIDA 1999: 2).

SUOMALAINEN KORVAUSHOITO
USEIMMITEN PARIISISTA TAI KADULTA

Suomalainen korvaushoito on toiminut yli kolmen vuoden ajan enimmäkseen Pariisiin suuntautuvan ulkomaanmatkailun varassa. Nyt STM:n alaisena toimiva Lääkelaitos on antanut ajaksi 1.9.2000–31.12.2001 määräyksen (3/2000), jonka mukaan ulkomailta korvaushoitoon tuodun buprenorfiinin suurin sallittu 14 vuorokauden käyttöä vastaava maahantuontimäärä on 224 mg buprenorfiinia eli 16 mg/vrk.

KIRJALLISUUS

Alihanka, Jukka: Huumehoito on Turussa ajautunut umpikujaan. Turun Sanomat 14.5.2000

Carpentier, Jean: Henkilökohtainen tiedonanto 1998

Holopainen, A. & al.: Narkomaaneille tarjottava lisää korvauslääkehoitoa. Helsingin Sanomat 3.6.2000

Huumestrategia 2000: Helsingin huumestrategia-työryhmän ehdotus 7.4.2000. Helsingin huumestrategian 1997 tarkistaminen ja ajantasaisaminen

Leshner, A. L.: Addiction Is a Brain Disease, and It Matters. Science 278 (1997), 45–46

NIDA 1999: 1, National Institute of Drug Abuse, Infobox, Pain Medications 1999. www.nida.nih.gov/Infobox/PainMed.html

NIDA 1999: 2, National Institute of Drug Abuse,

Näin Subutex on vihdoinkin saatu apteekkiin, tosin ulkomaiseen.

Kun buprenorfiiniansa on 8 mg/vrk, Pariisista hankitun lääkityksen kustannukset ovat noin 5 000 mk/kk. Kenen talous tätä vuodesta toiseen kestä? Helsingiläisestä apteekista hankittuna buprenorfiinihoidon lääkekustannukset olisivat vain 900 mk/kk. Moni asiakkaani on jo kuollut, kun perheen rahat eivät ole riittäneet ulkomailta saatavaan korvaushoitolääkkeeseen.

STM:n asetus määrää, että korvaus- ja ylläpitohoito tulee hoidon pitkäkestoisuuden vuoksi pyrkiä siirtämään mahdollisimman lähelle potilaan asuinpaikkaa. Helsingin ja Pariisin välinen etäisyys on maanteitse 2 310 km ja lentoteitse 1 912 km. Aika pitkä apteekkimatka huonokuntoisen potilaan yksin tehtäväksi.

Peruspalveluministeri Osmo Soininvaara on kritisoinut yhteiskunnan nuivaa suhtautumista huumeaineiden käyttäjiin. Kun apua ei anneta, huumebisnes pyörii takuuvarmasti ja lumipallo kasvaa. ”Korvaushoitoon kuitenkin kehitetään yhdistelmä-lääkettä, jonka väärinkäyttö on lähes mahdotonta. Kun tällainen lääke tulee markkinoille, voitaisiin harkita korvaushoidon kynnyksen hyvinkin radikaalia alentamista” (Sariola 2000).

STM:n antama asetus pitää kirjoittaa vielä monta kertaa uudelleen, ennen kuin se toteuttaa seuraavat päihdehuoltolain asettamat velvoitteet: ”Palvelut tulee järjestää ensisijaisesti avoimuuden toimenpitein siten, että ne ovat helposti tavoitettavia, joustavia ja monipuolisia.”

Principles of Drug Addiction Treatment, A Research-Based Guide, Frequently Asked Questions 11. Is Drug Addiction Treatment Worth its Cost? www.nida.nih.gov/PODAT/PODAT6.html

Opiattiiriippuvuuden tuki ry.: Lausunto STM:n asetustuonnoksesta ja 12 narkomaanin haastattelu on luettavissa Internetistä

Rimpelä, M. & Hermanson, T. & Marttila, A.: Lääkintöhallituksesta oikeusturvakeskukseen, ammattiharjoittamisen valvonnan sisältö pysyy ennallaan. Suomen Lääkärilehti 47 (1992): 34, 3239

Salakari, Juhani/Onnela, Tapio: Miksi Jeppe piikitää? Psykoanalyttikko Juhani Salakarin haastattelu. Viridis, Vihreä verkkolehti, Kesä 2000

Sariola, Suvi: Peruspalveluministerin haastattelu. Suomen Lääkärilehti 55 (2000): 23, 2510–2512

Suresh Kumar, M. & al.: Rapid assessment and response to injecting drug use in Madras, South India. *International Journal of Drug Policy* 11 (2000): 1–2, 83–98

Swan, Neil: Is Morphine-Induced Shrinking of Neurons a Clue to Drug Dependence? *NIDA Notes* 1997: 12, 1–2

Turkia, Mika: Yksityislääkäri ja heroinistit. Tapaus-

tutkimus lääkkeellisen avohoidon vaikutuksista rikollisuuteen. Aiheita 51/1998. Stakes 1998

Vainiomäki, Paula: Hoitosuosituksia – sopivasti vai epidemiaksi asti. *Kunnallislääkäri* 2000: 5, 28–29

Wang, Wen: Illegal Drug Abuse and the Community Camp Strategy in China. *Journal of Drug Education* 29 (1999): 2, 97–114.