

NÄKÖKOHTIA HUUMAUSAINEIDEN ONGELMAKÄYTTÄJIEN HOITOA KEHITTÄNEEN TYÖRYHMÄN MUISTIOSTA

KLAUS MÄKELÄ – KARI POIKOLAINEN

Heroinin suonensisäisen käytön lisääntyessä Suomessa valmistaudutaan huumausaineiden käyttäjien laajamittaiseen ylläpitohoitoon. Tämän tu näyttävästi esille huumausaineiden ongelmakäyttäjien hoitoa kehittänyt työryhmä, joka jätti muistionsa tämän vuoden toukokuussa. Työryhmä työskenteli vuoden päivät, se kokoontui 19 kertaa ja sillä oli kaksi sihteerä. Työryhmän toimeksiantona oli tehdä kokonaisvaltainen kartoitus Suomen huumehoitotilanteesta. Valitettavasti muistio on hajanainen, sen tietopohja on heikko ja se kattaa vain osia toimeksiannon osoittamista tehtävistä.

HUUMEONGELMIEN RYHMITTELY

Muistion alussa on tiivis kuvaus eri huumausaineiden ominaisuuksista ja Suomen huume-tilanteesta. Kovien huumeiden käyttäjien määräksi arvioidaan 11 000–16 000, mutta amfetamiinien ja heroinin tai muiden opioidien käyttäjiä ei arvioida erikseen, vaikka hoidon tarpeet ovat erilaiset. Se kuitenkin todetaan, että Suomelle tunnusomaista on ”päihteiden sekakäytön ja amfetamiinin käytön suhteellisen suuri osuus” (s. 20). Sitä yllättävämpää on, että jatkossa amfetamiinin käyttäjien hoitoon ei puututa juuri lainkaan, ilmeisesti siksi että ”amfetamiiniriippuvaisten korvaushoito on vielä tutkimus- ja kehittämisvaiheessa” (s. 35). Jää puuttumaan selkeä kannanotto siihen, paljonko ja minkälaista hoitoa amfetamiinin käyttäjät tarvitsevat.

Pahimmiksi uhkiksi katsotaan heroininista johuvat myrkytyskuolemat ja suonensisäisen huumeiden käytön aiheuttamat HIV-tapaukset. Myrkytyskuolemien kasvun syynä ei pohdita vaihto-

ehtoa, jonka mukaan se osin johtuisi heroinin käyttötaidon puutteista. Pekka Hakkaraisen tutkimuksen mukaan Turun huume-kuolemien äkinousu johtui osittain siitä, että paikkakunnalla ei ollut vakiintunutta heroinin käyttökulttuuria eikä perimätietoa siitä, miten yliannostuksia tulee välttää ja miten aineen riskeihin tulee varautua. Monet olivat käyttäneet heroiniä vain lyhyen aikaa, ehkä muutamia käyttökertoja tai muutaman kuukauden (Hakkarainen 2001). HIV-tapauksista ei ole tietoa siitä, moniko liittyy amfetamiinien, moniko heroinin piikittämiseen ja moniko seksuaalisuhteisiin. Emme siis voi arvioida, miten monia tapauksia ylläpito-hoidot kenties voisivat ehkäistä.

On hyviä perusteita käsitellä heroinin käyttäjien hoitoa omana kohtanaan. Kummalliseksi asia muuttuu, kun kaikkia muita huumeita käsitellään nipussa otsikolla ”muihin huumausaineisiin liittyvät hoidot”. Saamme tietää, että ”amfetamiiniin, kannabikseen ja uudempiin synteettisiin huumausaineisiin liittyvät terveysongelmat ovat monenlaisia” (s. 34). Voiko asiaa enää ylimalkaisemmin sanoa? Epärealistisinta ja vaarallisinta tässä on se, että amfetamiinit ja psykedeeliset aineet heitetään samaan kaatoluokkaan.

Työryhmän mielestä ”erityisesti nuorten ja ensikertalaisten kohdalla on käytettävä aktiivisesti mahdollisuutta ohjata huumausaineiden käyttöön tai siihen liittyvään huumausainerikokseen syyllistyneitä rangaistuksen sijasta hoitoon” (s. 39). Saattaa olla hyviä perusteita sille, että valtio ilmaisee paheksumistaan ja yrittää vaikuttaa nuorison mielialoihin sakottamalla kannabiksen tai ekstaasin käyttäjiä. Sitä vastoin ei ole perusteita olettaa, että aloitteleva nuori tai edes keskimääräinen käyttäjä olisi hoidon tarpeessa. Ei myös-

kään ole näyttöä siitä, että hoito mitenkään vaikuttaisi varhaisvaiheen käyttöön.

HOIDON TAVOITTEET

On helppo hyväksyä, että ”strategian tulee varauksetta hyväksyä eriateisiin tavoitteisiin tähtäävä huumeusaineiden ongelmakäyttäjien hoito, hoidon yhteydessä tapahtuva muiden sairauksien ehkäisy ja muu haittojen vähentämistoiminta” (s. 28), mutta muistio pohtii hoidon tavoitteita epätarkasti. Muistio keskittyy esittelemään hoitoja, joissa heroiinin käyttäjille annetaan lääkkeenä metadonia tai buprenorfiinia. Molemmat kuuluvat heroiinin kanssa samaan opioidien ryhmään. Vaarallinen huume siis korvataan hieman vähemmän vaarallisella. Hoitoja kutsutaan korvaus- ja ylläpitohoidoiksi. Korvaushoidoksi hoitoa kutsutaan, jos narkomaanin uskotaan vielä pääsevän korvaavasta lääkkeestä eroon; ylläpitohoito on elinikäinen.

Muistion mukaan ”mitä varhaisemmassa vaiheessa hoito voidaan aloittaa, sen realistisempaa on asettaa eräksi hoidon tavoitteeksi huumeettomuus” (s. 28). Virke on tosi, jos sillä tarkoitetaan, että huumeita vähän ja lyhyen aikaa käyttäneen henkilön on helpompi lopettaa käyttö kuin pitkäaikaisen käyttäjän. Virke ei ole tosi, jos sillä tarkoitetaan, että käytön varhaisvaiheessa hoitojärjestelmän piiriin ohjautuneet potilaat muita useammin viettävät huumeettoman loppuelämän. Lyhyen käyttöuran potilailla on toki keskimäärin parempi ennuste kuin pitkän käyttöuran potilailla, mutta näitä kahta ryhmää ei voi verrata keskenään. Pitkän käyttöuran potilaat ovat nimittäin valikoituneet pitkäaikaiskäyttäjiksi siitä huolimatta, että heillä yleensä on ollut runsaasti hoitokontakteja jo uran alkuvaiheissa. Toisaalta narkomaanien keskinäiseen apuun perustuvan Narcotics Anonymous -järjestön huumeettomaan elämään ylittäneillä jäsenillä on usein takanaan erittäin rankka huumeura.

Tiedossamme ei ole yhtäkään tutkimusta, jonka mukaan huumeiden käyttäjän kokonaisen ennusteen parane, jos hänelle uran varhaisessa vaiheessa tarjotaan samansukuista huumetta lääkkehoidona, eikä työryhmä dokumentoi väitettään millään tavalla. Sitä vastoin on kyllä tutkimuksia, joissa päiheteettömyyteen ylittäneillä oli takanaan pitempiaikainen opioidien käyttö kuin niillä, jotka yhä jatkoivat käyttöönsä (Bacchus & al. 2000).

Selitys on varsin yksinkertainen: sekä alkoholitien että narkomaanien on sitä vaikeampi raitistua, mitä pidemmällä he ovat urallaan, mutta uran alkupäässä haitat eivät ole vielä kasvanneet niin lannistaviksi, että ne riittävät raitistumisen motiiviksi.

Hoidon tavoitteet on syytä muotoilla toisin päin: Ylläpitohoitoon on ryhdyttävä vasta, kun vuosikautia kestänyt opioidien suonensisäinen käyttö on siinä määrin lisännyt asianomaisen rikkollisuutta ja tartuntatautien riskiä, ettei haittojen säätelyyn ole muita keinoja. Ylläpitohoito on myös paikallaan pitkäaikaisen huumeiden käyttäjän liiallisten kärsimysten lieventämiseksi. Jos korvaavaan ja ylläpitohoitoon ryhdytään niin laajamittaisesti ja löysästi kuin työryhmä ehdottaa, vaarana on, että suhteellisen lyhytaikaisiakin käyttäjiä sidotaan elinikäisesti huumeisiin.

LÄÄKEHOIDON VAIKUTUKSET

Muistiossa lausutaan perin viisaasti, että hoidon lopputuloksena ei ”aina ole työkykyinen tai huumeista vapaa henkilö” (s. 28). Muotoilu on omiaan luomaan liian toiveikkaita hoito-odotuksia. Realistisempaa ja rehellisempää olisi ollut todeta, että lääkkehoidosta saaneista potilaista alle puolet lopettaa huumeiden käytön ja harva työllistyy. Heroinistin pitkäaikaisennuste ei ole toiveita herättävä. Vuosina 1962–1964 hoidettujen kalifornialaisten heroinistien kohtaloita seurattiin 33 vuoden ajan. Seurannan päättyessä haastateltiin miehistä 42 prosenttia, tavoittamatta jäi 9 prosenttia ja 49 prosenttia oli kuollut. Haastatelluista 41 prosenttia käytti edelleen heroiinia (Hser & al. 2001). Ennustetta arvioitaessa on kuitenkin lohdullista muistaa, että Kalifornian tutkittavat luultavasti olivat jo seurannan alkaessa uponneet syvemmälle huumeisiin kuin nykyhetken suomalaiset heroiinin käyttäjät keskimäärin.

Vaikka piintyneen heroinistin ennuste on huono, on myös paljon heroiinin satunnaiskäyttäjiä. Sitä paitsi myös pitkäaikaiset suurkäyttäjät pystyvät usein keskeyttämään käytön ja kestämaan vieroitusoireet omin neuvoin (Gossop & al. 1991; Bearn & al. 1999). Jos vain puhutaan lääkkehoidosta, käyttäjille, omaisille ja lääkäreille luodaan harhakuvaa siitä, että heroiinista ei mitenkään pääse eroon ilman lääkettä. Tästä uhkaa tulla itseään toteuttava ennuste. Isoin ongelma ei sitä paitsi ole aineesta irti pääseminen vaan irti pysy-

minen, ja siinä tärkeimpiä ovat elämäntapakysymykset, kuten työ, asunto ja sosiaaliset verkostot.

Ylläpito­hoidossa olevat vähentävät laittomien opioidien käyttöä, mutta kaikki eivät lopeta sitä. Kun laittomien huumeiden käyttö ei lopu, on selvää, etteivät muutkaan haitat lopu. Rikollisuutta, tartuntoja, alkoholismia ja yliannostuskuolemia esiintyy edelleen. Meta-analyysi 35 tutkimuksesta arvioi, että metadonihoidon ansiosta heroiinin ja muiden laittomien opioidien käyttöä vähentää potilaista 67 prosenttia, huumeisiin liittyvää rikollisuutta 85 prosenttia ja HIV-tartunnan vaaraa lisäävää käytöstä 61 prosenttia (Marsch 1998). Laskelmat antavat liian optimistisen kuvan hoidon tehosta, koska niihin ei otettu mukaan seurannasta hävinneitä eikä potilaita, joilla oli samanaikainen psykiatrinen häiriö. Nämä ovat isoja ryhmiä, ja molemmilla menee keskimääräistä huonommin. Toisinaan taas verrataan lääkehoidossa pysyneitä ja hoidon keskeyttäneitä, mutta hoidon keskeyttäneillä on jo alun pitäen enemmän ongelmia ja haittoja (Cacciola & al. 1998). Useiden tuoreiden tutkimusten mukaan yli puolet metadonilla tai buprenorfiinilla hoidetuista potilaista käyttää edelleen heroiinia tai vastaavaa laitonta ainetta (Schottenfeld & al. 1997; Fisher & al. 1999; Sees & al. 2000).

Ylläpito­hoidon etu on, että se vähentää kuolleisuutta ja ennen kaikkea yliannostuskuolemia (Grönbladh & al. 1990; Barnett 1999). Tarkkaa tietoa efektin suuruusluokasta ei tosin ole, sillä käytössä olleet tutkimusasetelmat ovat omiaan liioittelemaan lääkehoidon hyötyjä. Toistaiseksi käytännölliset ja osin tutkimuseettiset ongelmat ovat estäneet satunnaistetut tutkimukset, joissa olisi verrattu lääkehoitoon ja muuhun hoitoon arvoituja ryhmiä keskenään. Tärkeintä kuitenkin on, että laajamittaisiin ylläpito­hoitoihin liittyy yleisiä riskejä, joita työryhmän olisi pitänyt pohtia.

Hoidoksi tarkoitettua metadonia tai buprenorfiinia voidaan käyttää myös päihdyttämiseen. Lisäksi näitä aineita voidaan myydä edelleen salaa. Mitä löyempää on valvonta, sen isompi osa lääkaineista vuotaa laittomille markkinoille. Tanskassa metadonihoidon ehtoja ja valvontaa on viime vuosina tiukennettu muun muassa sen vuoksi, että metadoni oli ollut myötävaikuttava kuolinsyy 15–30 prosentissa yliannostuskuolemia (Skretting, ilmestyy).

Muistiossa (s. 21) todetaan aivan oikein, että Suomeen uhkaa syntyä ”syrjäytyneitä erityisryhmiä ja kokonaisia alakulttuureja, joiden elämään

liittyy keskeisesti huumausaineiden käyttö”. On syytä korostaa, että ylläpito­hoito ei ole tehokas keino torjua alakulttuurien syntyä. Esimerkiksi hollantilaiset kokemukset osoittavat, että metadonihoidossa olevat pitävät yllä kiinteitä yhteyksiä muihin huumeiden käyttäjiin ja jatkavat näkyvää parveiluun muun väestön harmiksi (Korf 1995; Partanen 1997).

LÄÄKEHOIDON KRITERIEN JA MENETTELYTAPOJEN VÄLJENTÄMINEN

Työryhmä ehdottaa ylläpito­hoidon kriteerien ja menettelytapojen pitkälle menevää väljentämistä, kuten ”matalan kynnyksen ylläpito­hoitoa, jonka tavoitteena on ensisijaisesti hoitoon sitoutuminen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa” (s. 33–34). Potilas siis halutaan mahdollisimman pian huumeriippuvuuden synnyttyä elinikäiseen ylläpito­hoitoon, muita vaihtoehtoja kokeilematta. Tässä voisi olla jotakin järkeä, jos metadoniläke tarjotaisiin tiukasti rajatuille osaryhmille, kuten HIV-positiivisille potilaille, mutta työryhmä ei selvästikään halua mitään tarkkoja rajoituksia.

Työryhmä katsoo, että uudella asetuksella on purettava keskitettyä lääkehoitoa ja ilmeisesti siirryttävä opioidihoidoissa ”tavanomaiseen reseptilääkekäytäntöön” (s. 34). Jos näin todella tehtäisiin, on täysin epärealistista hurskastelua edellyttää, ”että lääkehoidon lisäksi hoitoon sisältyy tarpeenmukainen psykososiaalinen kuntoutus” (s. 34).

Korvaus- ja ylläpito­hoidoissa ”käytettyjä lääkkeitä annostellaan siten, että mahdollisesti samanaikaisesti käytetty laiton huumausaine ei enää tuo päihdyttävää lisävaikutusta” (s. 19). Noinko helppoa annostelu on? Miksi sitten ylläpito­hoidossa olevilla metadoniannoksen suurentaminen lisää heroiinin himoa (Curran & al. 1999). Entä miksi metadonihoidon seuranta­ tutkimuksissa merkittävä osa potilaista käyttää myös heroiinia tai keskeyttää hoidon heroiinin vuoksi? Miksi kansainvälisessä kirjallisuudessa kiistellään kii­vaasti siitä, mikä on oikea annostelu ja kuka siitä päättää, lääkäri vai potilas? Ja miksi Ranskan ruiskunvaihto-ohjelmiin osallistuvista vastaajista 58 prosenttia oli käyttänyt buprenorfiinia suonensisäisesti haastattelua edeltäneiden 30 päivän aikana (Valenciano & al. 2001). Vastaavasti Suomessa Kurvin huume­poliklinikan vuoden 2000 alkupuoliskon asiakkaista huomattava osa oli käyttänyt buprenorfiinia päihteenä ja suonensisäisesti

ti (Suojasalmi 2000). Toinen ranskalainen tutkimus esittää loppuarvionaan, että buprenorfiinin laajamittainen käyttö ylläpitolääkkeenä sisältää vakavia suonensisäisen väärinkäytön vaaroja. Tutkijat suosittelevat, että buprenorfiinin käyttöä harkitsevat maat soveltaisivat tiukempaa valvontaa kuin Ranska, jossa reseptioikeus on kaikilla lääkäreillä (Obadia & al. 2001). Tuoreessa englantilaisessa tutkimuksessa taas käy ilmi, miten löysästi yksityislääkärit kirjoittavat metadonireseptejä julkisen terveydenhuollon lääkäreihin verrattuna (Strang & Sheridan 2001).

YLLÄPITOHOIDOT YHTEISKUNTAPOLIITTISENA KYSYMYKSENÄ

Muistio luo mielikuvaa, että ylläpitohoidosta päättäminen on puhtaasti medisiininen ja hoitotekninen ratkaisu. Sosiaalisten ongelmien medicalisoimisen vaaroista on puhuttu niin vuolaasti, että varoittajien uhkaa käydä kuin Aisopoksen sudenhuutajalle. Tälläkin uhalla on sanottava selvästi, että narkomaanien ylläpitohoidon periaatteista päättäminen ei ole medisiininen vaan poliittinen päätös. Kyse on toisaalta huumehaittojen yhteiskuntapoliittisesta säätelystä ja toisaalta kärsimysten oikeudenmukaisesta jakamisesta (vrt. Christie & Frantzsen 2000).

Muistio ei sanallakaan viittaa siihen mahdollisuuteen, että liian innokas ylläpitohoidon tarjoaminen on omiaan tuottamaan uusia heroiinin käyttäjiä. Käytön aloittaminen ei toki perustu tarkkaan hyötykalkyylisiin, mutta niissä ryhmissä, joista käyttäjät rekrytoituvat, on kyllä perimätietoa aikaisempien käyttäjien kohtaloista. Jos kaikki käyttäjät hyvin nopeasti pääsevät ylläpitohoitoon, kynnys käytön alkamiseen laskee.

Korvaavan ja ylläpitohoidon aloittamiskriteerit eivät saa perustua yksittäisen lääkärin potilaskohdattaiseen harkintaan vaan sosiaali- ja terveysministeriön sitoviin ja tarkat ja kaavamaiset ehdot määriteltäviin ohjeisiin. Yhtenäisen käytännön turvaamiseksi on myös välttämätöntä, että ylläpitohoitoja annetaan vain tarkoin seulotuissa ja valvotuissa erikoisyksiköissä. Jos lääkehoidon anto-oikeuksia levitetään liian laajalle, uhkia on monenlaisia:

1. Hoidon aloituskriteereihin tulee kirjavuutta eri lääkäreiden ideologisten asenne-erojen vuoksi.

2. Huumepotilaat käyttäytyvät usein uhkaavasti. Korvaavan lääkkeen kirjoittaminen on houkutteleva tapa päästä heistä eroon.

3. On vaarana, että yksittäiset lääkärit taloudellisen edun vuoksi kirjoittavat korvaavia lääkkeitä löysin perustein.

4. Vain tarkka valvonta ja huolellinen rekisteröinti estävät asiakkaita lisäämästä annostusta hakeamalla reseptejä usealta lääkäriltä.

5. Mitä väljempää ovat hoito- ja annostelukriteerit, sen suurempi osa lääkkeistä vuotaa laittomille markkinoille.

Muistiossa ei lainkaan pohdita sitä, että monissa maissa korvaavan ja ylläpitohoidon ohjelmilla on ollut oma kehitysdynamiikkansa, joka vain vähäisiltä osin perustuu teknis-medisiiniseen harkintaan. Ensinnäkin hoidon indikaatioita lievennetään ajan mittaan. Alussa hoidon ehdoksi asetetaan vuosikausia kestänyt suonensisäinen käyttö, mutta ajan mittaan kriteerejä lievennetään. Toiseksi suunta kulkee psykososiaalisen hoidon tukemasta hoidosta pelkkään lääkehoitoon. Kolmanneksi suunta kulkee tarkoin valvotusta, päivittäisestä ja lääkärin määräämästä annostelusta väljempään, harvempaan ja isompia kertamääriä jakavaan ja potilaan toivomuksia myötäilevään annostukseen. Neljänneksi suunta kulkee metadoni- ja buprenorfiinihoidosta heroiinihoitoon. Kaikissa siirtymävaiheissa perustelut säilyvät samoina: Aikaisempi järjestelmä asettaa liian korkeita kynnyksiä eikä tavoita yhteiskunnasta eniten irtautuneita käyttäjiä, ja hoitokriteerien väljentäminen on tarpeen rikollisuuden vähentämiseksi.

Sinänsä on mahdollista, että huumeiden käytön yleistyessä ei ole muuta keinoa säädellä huumerikollisuuden kasvua ja lievittää narkomaanien kärsimyksiä kuin lisätä ja löysentää ylläpitohoitoa. Tätä koskevat pohdiskelut eivät kuitenkaan ole medisiinisiä vaan yhteiskuntapoliittisia.

LÄÄKEHOIDON MITTASUHTEET JA KUSTANNUKSET

Hallituspuolueiden eduskuntaryhmien sopimus ensi vuoden budjetin uusista hyvinvointipanosuksista sisältää 45 miljoonan markan määrärahan, jonka turvin tiettävästi on tarkoitus käynnistää 1 000 lääkehoitoa vuonna 2002. Hoitopolitiikkaa aiotaan siis muuttaa äkisti ja rajusti, vaikka ainoa oikea tapa olisi kerätä kokemuksia askel askelelta.

1 000 hoitoa ei ehkä tunnu kohtuuttomalta, kun esimerkiksi Norjassa oli vuoden 2000 lopussa lääkehoidossa 1 100 opiaattien käyttäjää. Nor-

jassa heroiinin käyttö on kuitenkin paljon vanhempaa perua kuin Suomessa, eikä meillä mitenkään ole tuhatta heroinistia, jotka täyttäisivät Norjan lääkehoidon kriteerit. Norjassa edellytetään, että potilas on täyttänyt 25 vuotta, että hänellä on pitkä päihdeura, joka on monien vuosien ajan ollut pääasiallisesti opioidien käyttöä, ja että hän on riittävässä määrin ollut päihdeettömyyteen tähtäävässä hoidossa. Lisäksi edellytetään, että potilaalle tehdään kokonaisvaltainen psykososiaalinen kuntoutussuunnitelma (Skretting, ilmestyy).

Suomessa opioidien käyttäjiä arvioidaan olleen 1 500–3 200 vuonna 1997, 1 800–2 700 vuonna 1998 ja 2 500–3 300 vuonna 1999; näissä luvuissa on mukana myös satunnaiskäyttäjiä (Partanen & al., ilmestyy). Määrä on kasvussa. On vaikea sanoa, moniko vuoden 1999 käyttäjistä on aloittanut käytön jo vuonna 1997 tai 1998. Tätä varten pitäisi tietää, kuinka moni vuoden 1997 käyttäjistä on pudonnut kohderyhmästä vuoteen 1999 mennessä kuoleman tai käytön lopettamisen takia. Muiden maiden kokemusten perusteella on uskottavaa, että kohderyhmän vaihtuvuus on varsin suurta. Kovin moni vuoden 1999 käyttäjistä ei siis olisi pitkäaikainen suonensisäinen käyttäjä.

On pidettävä mielessä se mahdollisuus, että opioidien suonensisäinen käyttö on kasvanut räjähdysmäisesti vuosina 2000 ja 2001. Uusista rekryteistä ketään ei kuitenkaan voi luonnehtia opioidien pitkäaikaiskäyttäjäksi.

KIRJALLISUUS

Bacchus, L. & Strang, J. & Watson, P.: Pathways to abstinence: Two-year follow-up data on 60 abstinent former opiate addicts who had been turned away from treatment. *European Addiction Research* 6 (2000): 3, 141–147

Barnett, P. G.: The cost-effectiveness of methadone maintenance as a health care intervention. *Addiction* 94 (1999): 4, 479–488

Bearn, J. & Gossop, M. & Strang, J.: Rapid opiate detoxification treatments. *Drug and Alcohol Review* 18 (1999): 1, 75–81

Cacciola, John S. & Alterman, Arthur I. & Rutherford, Megan J. & McKay, James R. & McLellan, A. Thomas: The early course of change in methadone maintenance. *Addiction* 93 (1998): 1, 41–49

Christie, Nils, & Frantzsen, Evy: To land. To kulturer. *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift* 17 (2000): 4, 294–299

Curran, H. V. & Bolton, J. & Wanigaratne, S. &

On tärkeä pitää mielessä, että ylläpitohoidot ovat periaatteessa elinikäisiä. Jos vuonna 2002 aloitetaan 1 000 hoitoa, ilman lisäpanostusta ei vuonna 2003 uusien hoitojen aloittamiseen enää olekaan varaa, ellei sitten hoito ole toivottua tehottomampaa, niin että riittävä määrä ensimmäisen vuoden potilaista on kuollut tai muuten pudonnut hoidosta.

Läakehoidon kustannukset riippuvat olennaisesti siitä, miten tarkkaan lääkkeiden annostelua valvotaan ja miten paljon ponnistellaan psykososiaalisen hoidon hyväksi. Jos kustannuspaineiden takia ajan mittaan ja tapausmäärien kasvaessa hölennetään annostelun valvontaa ja vähennetään psykososiaalista hoitoa, koko järjestelmä riistyytyy käsistä. Siksi on tähdellistä, että etukäteen hyvin tarkoin täsmennetään hoitokriteerit, menettelytavat ja kustannukset.

A-klinikkasäätiö on käynnistänyt kokeiluyksikön, jossa on tarkoitus toteuttaa 4 huumeettoomuuteen tähtäävää korvaushoitoa 4 miljoonan vuosikustannuksin. Resurssit riittävät annostelun huolelliseen valvontaan ja kohtuulliseen psykososiaaliseen tukitoimintaan. Lääkitys olisi riittävä kannustus siihen, että potilaat hakeutuvat hoitoon. Potilaiden motivaatio on kuitenkin vaarassa, jos 960 muuta saa metadoninsa tai buprenorfiininsa ilman ”turhia” keskusteluja ja valvontaa.

Suomessa ei ole tavallista, että näin tärkeässä ja riskialttiissa asiassa käytetään näin paljon rahaa näin kelvottoman valmistelun varassa.

Smyth, C.: Additional methadone increases craving for heroin: A double-blind, placebo-controlled study of chronic opiate users receiving methadone substitution treatment. *Addiction* 94 (1999): 5, 665–674

Fischer, G. & Gombas, W. & Eder, H. & Jagsch, R. & Peterzell, A. & Stuhlinger, G. & Pezawas, L. & Aschauer, H. N. & Kasper, S.: Buprenorphine versus methadone maintenance for the treatment of opioid dependence. *Addiction* 94 (1999): 9, 1337–1347

Gossop, M. & Battersby, M. & Strang, J.: Self-detoxification by opiate addicts: A preliminary investigation. *British Journal of Psychiatry* 159 (1991), 208–212

Grönbladh, L. & Öhlund, L. S. & Gunne, L. M.: Mortality in heroin addiction: impact of methadone treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 82 (1990): 3, 223–227

Hakkarainen, Pekka: Turun huumekuolemat monen tekijän summa. Teoksessa: Hein, R. & Virtanen, A. (toim.): *Alkoholi ja huumeet 2000. Tilastoraportti*

4/2001. Helsinki: Stakes, 2001

Hser, Yih-Ing & Hoffman, Valerie & Grella, Christine E. & Anglin, Douglas D.: A 33-year follow-up of narcotics addicts. *Archives of General Psychiatry* 58 (2001): 5, 503–508

Huumausaineiden ongelmakäyttäjien hoitoa kehitäneen työryhmän muistio. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2001

Korf, Dirk J.: Dutch treat: Formal control and illicit drug use in the Netherlands. Amsterdam: Thesis Publishers, 1995

Marsch, L. A.: The efficacy of methadone maintenance interventions in reducing illicit opiate use, HIV risk behavior and criminality: a meta-analysis. *Addiction* 93 (1998): 4, 515–532

Obadia, Yolande & Perrin, Vincent & Feroni, Isabelle & Vlahov, Dovid & Moatti, Jean-Paul: Injecting misuse of buprenorphine among French drug users. *Addiction* 96 (2001): 4, 267–272

Partanen, Juha: Kauppias, pappi ja nöyrä insinööri: Havainnot Rotterdamin huumenäyttämöiltä. *Alkoholipolitiikka* 62 (1997): 3, 186–200

Partanen, Päivi & Hakkarainen, Pekka & Holmström, Pekka & Kinnunen, Aarne & Lammi, Risto & Leinikki, Pauli & Partanen, Airi & Seppälä, Timo & Simpura, Jussi & Virtanen, Ari: Amfetamiinien ja opiattien käytön yleisyys Suomessa 1999. Ilmestyy

Schottenfeld, R. S. & Pakes, J. R. & Oliveto, A. &

Ziedonis, D. & Kosten, T. R.: Buprenorphine vs methadone maintenance treatment for concurrent opioid dependence and cocaine abuse. *Archives of General Psychiatry* 54 (1997): 8, 713–720

Sees, K. L. & Delucchi, K. L. & Masson, C. & Rosen, A. & Clark, H. W. & Robillard, H. & Banyis, P. & Hall, S. M.: Methadone maintenance vs 180-day psychosocially enriched detoxification for treatment of opioid dependence: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association* 283 (2000): 10, 1303–1310

Skretting, Astrid: Behandling och skadereduktion som delar av narkotikapolitiken. I: Skretting, Astrid & Kouvonen, Petra (red.): Narkotikasituationen i Norden. Helsinki: NAD, ilmestyy

Strang, John & Sheridan, Jane: Methadone prescribing to opiate addicts by private doctors: Comparison with NHS practice in south east England. *Addiction* 96 (2001): 4, 567–576

Suojasalmi, Jussi: Buprenorfiiniriippuvaiset asiakkaat Kurvin huumeopoliiklinikalla. Luennot & posterit, 25–28. VII valtakunnalliset päihdepäivät Helsingissä 12.–13.9.2000

Valenciano, Marta & Emmanuelli, Julien & Lert, France: Unsafe injecting practices among attendees of syringe exchange programmes in France. *Addiction* 96 (2001): 4, 597–606.