

MATALA HOITOKYNNYS JA HAITTOJEN MINIMOINTI

Alkoholitutkimussäätiön entinen tutkimusjohtaja, valtiotieteen tohtori (sosiologi) Klaus Mäkelä ja nykyinen tutkimusjohtaja LKT Kari Poikolainen ovat kirjoittaneet Yhteiskuntapolitiikka-lehdessä 4/2001 artikkelin ”Näkökohtia huumausaineiden ongelmakäyttäjien hoitoa kehittäneen työryhmän muistioista”. STM:n asettama työryhmä oli työskennellyt vuoden päivät. Se kokoontui 19 kertaa ja sen toimeksiantona oli ollut tehdä kokonaisvaltainen kartoitus Suomen huumehoitolanteesta. Muistio valmistui toukokuussa 2001.

Alkoholitutkijat Mäkelä ja Poikolainen ovat sitä mieltä, että muistio oli hajanainen, sen tietopohja oli heikko ja se kattoi vain osia toimeksiannon osoittamista tehtävistä. Muistio keskittyi esittelemään hoitoja, joissa heroiniin käyttäjille annetaan lääkkeenä metadonia tai buprenorfiinia.

ENSIKERTALAISILLE HOITOJA, RANGAISTUKSIA VAI MALLIOPPIMISTA?

Työryhmän mielestä nuorten ensikertalaisten osalta huumeiden käyttöön ja siihen liittyvään huumausainerikokseen syyllistyneitä pitäisi ohjata rangaistuksen sijasta hoitoon.

Mäkelän ja Poikolaisen mielestä ei ole perusteita olettaa, että aloitteleva nuori tai edes keskimääräinen käyttäjä olisi hoidon tarpeessa, eikä ole näyttöä siitä, että hoito mitenkään vaikuttaisi kannabiksen ja ekstaasin varhaisvaiheen käyttöön. Alkoholitutkijoiden mielestä on hyviä perusteita sille, että valtio

ilmaisee paheksumistaan ja yrittää vaikuttaa nuorison mielialoihin sakottamalla kannabiksen ja ekstaasin käyttäjiä.

Omasta mielestäni on syytä huolestua eniten siitä, miksi alaikäisen nuorisomme keskuudessa päivittäinen tupakanpolto ja humalahakuinen alkoholin käyttäminen ovat kohta maailman huippuluokkaa. Asia ei todellakaan parane sillä, että alikäisiä kannabiksen käyttäjiä pakotetaan hoitoihin, taikka sillä, että poliisi sakottaa satunnaisia ekstaasin käyttäjiä.

Kaikki päihteet pitäisi asettaa samalle lähtöviivalle ja miettiä sitten yhdessä raittiuspoliittisia ja kohtuukäyttöön liittyviä peruskysymyksiä: missä tilanteessa ainetta otetaan, keiden kanssa, kuinka paljon, kuinka usein, kuinka pitkään ja mitä lajia – ja nimenomaan tässä järjestyksessä. Aivojen suojele kemialliselta ylikuormittumiselta ja virheellisiltä ajatustottumuksilta edellyttää avointa ja asiallista kansalaiskeskustelua mielialoihimme vaikuttavien aineiden käyttötavoista.

Päihteen lajikysymyksestä (valtion verotuloista) on tehty ensimmäisen luokan kysymys, jopa sakotettava taikka pakkohoidettava kysymys, ja samanaikaisesti Suomessa sallitaan alikäisten päivittäinen tupakanpolto ja luvatta tapahtuva humalahakuinen juominen. On todettava, että kulttuuriimme kuuluvat ja aikuisten vastuulla olevat raittiuskasvatus ja kohtuullisuuskasvatus eivät ole lainkaan kohdallaan vaan on eksyty suorastaan hakoteille.

Mitä vanhemmat edellä, sitä nuoriso perässä. Niin kauan

kuin suomalainen aikuisväestö ihailee taikka edes harrastaa humalahakuista ”perskännien” ottamista, niin kauan nuoriso harrastaa samanlaista käyttäytymistä samoilla taikka toisellailla päihteillä. Syyllistävä, syrjivä ja kriminalisoiva asenteemme huumeiden käyttäjiin näyttää olevan pitkälle alkoholisoituneen kansan valitsema ja tarvitsema hyvä vihollinen.

BUPRENORFIINI ON VÄÄRIN YMMÄRRETTY LÄÄKEAINE

”Muistio keskittyi esittelemään hoitoja, joissa heroiniin käyttäjille annetaan lääkkeenä metadonia taikka buprenorfiinia. Molemmat kuuluvat heroiniin kanssa samaan opioidien ryhmään. Vaarallinen huume siis korvataan hieman vähemmän vaarallisella.”

Alkoholitutkijoiden mielipide buprenorfiinin vain hieman vähemmästä vaarallisuudesta näyttää olevan vähättelevä luulo eikä mikään tieto. Buprenorfiinin rinnastaminen metadoniin vaarallisuuskysymyksessä on suoranaista virhe. Kahden tutkimusjohtajan suulla lausuttuna on syytä puhua jopa vakavamman luokan disinformaatiosta.

Anteeksi, kun olen näin suora ja ankara. Olen nähnyt niin monen heroinistin kuolevan tässä maassa hoidon puutteeseen, että minun on oltava ankara niitä kohtaan, jotka puhuvat harhaanjohtavaa tietoa korvaushoitoihin liittyvistä asioista hyvän koulutuksen ja tärkeän viran antamasta auktoriteettiasemasta käsin varsinaista asiaa riittävästi taikka lainkaan tuntematta.

Buprenorfiinin 50-prosenttisesti tappava annos kilon kokoiselle hiirilauhalle on 8 000 mg ja se on tuhansia kertoja suurempi kuin käyttöannos. Tämä tarkoiti-

taa erittäin suurta turvallisuutta yliannosten suhteen. Heroiinin terapeuttinen turvallisuusmarginaali on erittäin kapea. Jo 3–5-kertainen käyttöannoksen ylittäminen on tappava.

On muitakin eroja kuin vaarallisuus, ja näistä ominaisuuksista alkoholitutkijat eivät puhu sanaakaan. On suorastaan vaarallista väittää heroinistien buprenorfiinihoitojen kohdalla, että siinä ”vaarallinen huume korvataan hieman vähemmän vaarallisella”.

Buprenorfiini ei ole heroinin taikka metadonin kaltainen puhdas agonisti vaan on kahteen suuntaan vaikuttava mixed-action-tyyppinen opioidi, ei siis puhdas agonisti eikä puhdas antagonist, vaan siltä väliltä, samanaikaisesti molempia. On hyvä tietää, että sydämen sykkeeseen vaikuttavien betasalpaajien kohdalla turvallisimmat lääkkeet ovat niitä, jotka salpausvaikutuksensa lisäksi omaavat vastakaisen ja pulssia lievästi kiihdyttävän vaikutuksen (intrinsic action), minkä seurauksena suurillakaan lääkeannoksilla pulssi ei pääse laskemaan liian alhaiseksi.

Buprenorfiinin kaksisuuntaisesta vaikutuksesta johtuen suuremmilla annoksilla vaikutus ei enää lisäännä suoraviivaisesti hengityksen pysähdykseen ja kuolemaan saakka, vaan annosvaikutuskäyrään syntyy turvallinen tasannekohta taikka teho rupeaa jopa laskemaan. Heroiinin ja metadonin vaikutuskäyrä on suoraviivainen ja niiltä puuttuu edellä mainittu ”kattovaikutus” taikka jopa kellonmuotoisen annosvaikutuskäyrä. Buprenorfiinin ”kattovaikutuksesta” johtuen annoksen nostaminen ei lisää lääkityksen tehoa 8:aa mg suuremmilla annoksilla,

vaan ainoastaan kestoaikea lisääntyy jopa 72 tuntiin saakka.

Buprenorfiini on pitempivaikeutteen kuin heroini, mistä on selvää etua korvaushoidossa. Heroiinia käytetään yleensä 4–5 kertaa päivässä, kun taas buprenorfiinia voidaan käyttää 1–3 kertaa päivässä. Monet pitävät kahdesti päivässä toteutettua annostelua optimaalisena. Joissakin valvotuissa hoitojärjestelyissä buprenorfiinia otetaan jopa 2–3 päivän välein. Itse pidän parhaana kahdesti päivässä tapahtuvaa annostelua ja hoidon loppuvaiheessa kerran päivässä taikka vieläkin harvemmin tapahtuvaa annostelua.

Buprenorfiini mahdollistaa 1–3 päivän mittaisen vapaehtoisten paastopäivien pitämisen, mikä osaltaan auttaa laskemaan toleranssia ja irrottautumaan lääkekeskeisestä ajattelutavasta ja elämäntavasta.

Buprenorfiini estää heroinin vaikutuksia. Jos aamulla on otanut buprenorfiinia, niin illalla saatu heroini ei vaikuta lainkaan taikka vaikuttaa vain lievästi. Tiedän tapauksia, joissa heroinin yliannostelusta johtuva hengityspysähdys on hoidettu menestyksellisesti suoneen annetulla buprenorfiinilla. Jos samaa yrittää metadonilla taikka heroinin, syyllistyy varmaan kuolemantuottamiseen.

Osoittaa vastuutonta opiofobiaa, että asiantuntijoina jopa oikeussaleissa esiintyvät ihmiset rinnastavat buprenorfiinin heroiniin ja metadoniin ja pitävät eroja vain vähäisinä, vaikka erot ovat sekä teoriassa että käytännössä merkittävän suuria.

MATALA HOITOKYNNYS JA HAITTOJEN MINIMOINTI

Hoitokynnyksellä tarkoitetaan

hoidon aloittamisen ja hoidossa pysymisen ehtoja.

Korkean hoitokynnyksen hoidoissa korvaushoidon matalin aloittamiskä voi olla esimerkiksi 25 vuotta (Norja). Päivittäisen opiaattiriippuvuuden kestovaatimus voi olla 10 vuotta (Suomi 1993) tai 7 vuotta (Ranska 1993) taikka useita vuosia (Norja). Korkean hoitokynnyksen hoidoissa virtsakokein todettavista repsahduksista rangaistaan erottamalla asiakas hoidosta. Hoidosta on voitu myös erottaa, jos hoidosta on jääty pois 3 päiväksi. Kolmeen huomautukseen ja erottamiseen johtavia rikkeitä ovat voineet olla hoidosta myöhästyminen, kielletyn aineen löytyminen virtsakokeista, virtsakokeen väärennysyritys, annetun lääkkeen salakuljetusyritys, väkivaltainen taikka uhkaileva käytös. Rankaisuihin perustuva normatiivinen kasvatusmalli rakkaudettomasti ja liian yksioikoisesti käytettynä ei taida tuoda pysyviä tuloksia missään yhteisössä. Jäähyrangaistus on jo parempi rankaisumalli verrattuna hoidosta lopulliseen erottamiseen. Se lienee tuttu ja turvallinen jo jääkiekkopeleistä.

Korkean hoitokynnyksen hoito ei keskity asiakaslähtöisiin elämänlaatua parantaviin tavoitteisiin, vaan tärkeintä ovat kontrolloivassa ja sanktioivassa hoidossa pysyminen sekä virtsakokeiden avulla todennettu kiellettyistä aineista luopuminen. Tupakka ja alkoholi eivät edes kuulu näihin kiellettyihin aineisiin, joista kannattaisi luopua. Voidaankin kysyä, hoidetaanko tässä enää ihmistä ollenkaan vaan ainoastaan kansallisia verolakeja.

Matalan hoitokynnyksen hoidoissa hoidon matalin aloittamiskä voi olla 16 vuotta (Australia). Päivittäisen opiaattiriip-

puvuuden minimikesto voidaan mitata vuosien sijasta kuukausissa. Asiakkaalle on suositeltu lääkkeettömiä hoitoja, mutta asiakas saa valita myös lääkkeellisen hoidon, jos hän on tosisaan edes itse yrittänyt irrottautua muutaman päivän ajan päivittäisestä heroiinikierteestä siinä kuitenkaan enää onnistumatta. Hoidon aikana tapahtuneista rikkeistä asiakasta ei ole erotettu hoidosta ja ajettu kadulle, vaan terapeuttisia keskusteluita ja muuta aktivoivaa hoitoa on pyritty tehostamaan. Ongelmien jatkuessakin narkomaani ohjataan tehokkaampaan hoitopaikkaan, kuten moniammatillisen hoitotiimin hoitoon, ja sieltä tarvittaessa jopa laitoshoitoon.

Haittojen minimointi (Harm Reduction) on huumeepoliittinen nimitys matalan hoitokynnyksen hoidoille. Se on myös lääkärin eettisten ohjeiden mukaista perushoitoa, josta monet lääkärit ovat asenteellisesti luopuneet itse sitä edes havaitsematta. Koska suurin osa sairauksia on kroonisia ja vain harva kokonaan parannettavissa, oireiden hoito on lääkärille ensisijaista eikä toisarvoista.

USA:ssa kiellettiin opiaattiriippuvaisten korvaushoito opiaateilla jo vuonna 1919. Harrison Tax Act (verolaki) tuli voimaan 1914 ja siihen lisättiin korvaushoidon kriminalisoiva säännös vuonna 1919. Korvaushoitoa antavia lääkäreitä pantiin vankiloihin USA:ssa jo 1920-luvulla, meillä paljon myöhemmin.

Englannissa kaikenlaiset korvaushoidot ovat aina olleet sallittuja. Tälläkin hetkellä Englannissa toimii noin 200 lääkärää, jotka antavat opiaattiriippuvaisille heroiinia hoidoksi. Näyttää siltä, että Kanadassa

käydään avointa keskustelua siitä, hoidetaanko narkomaaneja amerikkalaisen kulttuurin vai brittiläisen kulttuurin pelisäännöillä. Englantilaiset lääkärit perustivat 1990-luvun alussa järjestön nimeltä IHRA (International Harm Reduction Association), joka pitää kerran vuodessa konferensseja ympäri maailmaa. Vierailin huhtikuussa 2001 Intiassa New Delhissä IHRA:n konferenssissa. Konferenssissa kerrottiin, että ainut maa, joka koskaan ei ole lähettänyt edustajiaan IHRA:n konferensseihin, on Ruotsi. Yleisö kohahti.

Euroopassa toimii kaksi huumeetä tekevää kaupunkijärjestöä. Vähemmistönä on European Cities on Drug Policy (ECDP) ja enemmistönä European Cities Against Drugs (ECAD). Kummatkin ovat noin 10 vuoden ikäisiä. ECDP:n koordinaatiotoimisto sijaitsee Frankfurtissa ja ECAD:n pääkonttori Tukholmassa. ECDP kuuluu haittoja minimoivaan koulukuntaan ja ECAD tiukkaa kontrollia kannattavaan koulukuntaan, joka pyrkii täydellisesti huumeettomaan utopistiseen Eurooppaan ja kannattaa amerikkalaisten aloittamaa huumesotaa (Drug War).

Suomi, Ruotsi ja Norja ovat olleet korkean hoitokynnyksen ja valtiojohtoisen ankaran kontrollipolitiikan maita: Pohjoismaisista kaupungeista ei ole yksikään vielä liittynyt ECDP:n piiriin. Sitten kyllä liitytään, kun se on jo myöhäistä. Näin on käynyt muillekin.

Tiukka huumekontrolli ylläpitää huumeongelmaa, jopa pahentaa sitä. Vuonna 1820 Kiinaan vietiin 750 tonnia oopiumia. Tuolloin oopiumin laittomasta käytöstä säädettiin kuolemanrangaistus, minkä seurauk-

sena seuraavien 20 vuoden kuluessa oopiumin maahantuonti nousi kolminkertaiseksi. Voimakkain mahdollinen rangaistus ei tuottanut toivottua tulosta, vaan suorastaan lisäsi sellaisen aineen kulutusta, joka poistaa sisäistä kipua ja antaa rohkeutta elää vaikeissakin olosuhteissa. Suomi on tekemässä samaa virhettä kuin Kiinassa tehtiin jo 180 vuotta sitten.

Tosin Suomessa ei ole voimassa kuolemanrangaistusta, vaan ihminen pannaan USA:n mallin mukaan vankilaan, jossa heroiinia ja HIV-virusta on enemmän saatavilla kuin vankilan ulkopuolella. Kanadassa tehdyissä rottakokeissa on myös todettu, että vapaasti tarjotun opiaattijuoman kulutus nousee vangituilla eli häkissä asuvilla rotilla jopa 20-kertaiseksi verrattuna puistomaisissa olosuhteissa asuviin rottiiin.

KORVAUSHOITO AUTTAA JO URAN ALKUVAIHEESSA

Mäkelä ja Poikolainen kirjoittavat:

”Tiedossamme ei ole yhtään tutkimusta, jonka mukaan huumeiden käyttäjän kokonaisennuste paranee, jos hänelle uran varhaisessa vaiheessa tarjotaan samansukuista huumetta lääkehoitona.”

Miten tällainen tutkimus voitaisiin tehdä? Voitaisiinko toimia siten, että heroiinin käyttäjät jaettaisiin arpomalla kahteen ryhmään, niihin, jotka saavat käyttöuran alkuvaiheessa korvaushoitoa, ja niihin, jotka eivät saa korvaushoitoa. Näiden ryhmien selviytymistä sitten seurattaisiin esim. 10 vuoden ajan. Tällaista koejärjestelyä on vaikea toteuttaa. Ensinnäkin heroinistit eivät suostuisi sellaiseen. Toisek-

si maailmasta ei taida enää löytä yhtään eettistä lautakuntaa, joka voisi hyväksyä suomalaisten alkoholitutkimusjohtajien kaipaaman tutkimusasetelman.

Viranomaisten kieltojen myötä syntyi tilanne, jossa epävirallista buprenorfiini-korvaushoitoa saavalta 100–200 hengen suuruiselta narkomaanijoukolta otettiin korvaushoito äkkiä pois. Seuraukset olivat varsin selkeästi nähtävissä. Heroinisteja kuoli, perheet hajosivat, menetettiin asunto ja työpaikka, alkoi heroini/amfetamiinikierre ja rikoskierre.

Ensimmäinen katastrofi tapahtui toukokuussa 1997, jolloin menetin reseptilupani. Näkemääni ja kokemaani ei vuonna 1997 uskottu. Kerroin asiasta julkisesti Yhteiskuntapolitiikka-lehdessä (2/1998). Ei syntynyt minkäänlaista keskustelua.

Toukokuussa 2001 tapahtui samanlainen katastrofi norminvalvontaviranomaisten lakisääteisen toiminnan tuloksena. Olin kuusi viikkoa tutkintavankueudessa. Ensimmäistä kertaa kuuteen vuoteen sain olla kunnollisella lomalla ja pitää huolta etupäässä itsestäni. Asiakkailani meni huonosti. Parissa viikossa 3 kuoli, 15 menetti perheensä, 15 menetti työpaikkansa ja 10 asuntonsa. Korvaushoidon äkillisen lopettamisen aiheuttaman tuhon laajuus ei ole edes tiedossani.

Viimeksi mainitun katastrofin jälkeen 21.6.2001 STM asetti uuden työryhmän kehittämään opioidiriippuvaisten lääkkeellisiä hoitoja. Viisijäseninen työryhmä kokoontui kuusi kertaa ja selväjätkäinen, edistyskellinen ja näyttöön perustuvaan lääketieteeseen perustuva muistio julkistettiin 3.10.2001. Se on luetavissa osoitteessa www.stm.fi.

ITSEÄÄN TOTEUTTAVA ENNUSTE

”Vaikka piintyneen heroinistin ennuste on huono, on myös paljon heroisiin satunnaiskäyttäjää. Sitä paitsi myös pitkäaikaiset suurkäyttäjät pystyvät usein keskeyttämään käytön ja kestämään vieroitusoireet omin neuvoin. Jos vain puhutaan lääkehoidosta, käyttäjille, omaisille ja lääkäreille luodaan harhakuva siitä, että heroininista ei mitenkään pääse eroon ilman lääkeapua. Tästä uhkaa tulla itseään toteuttava ennuste. Isoin ongelma ei sitä paitsi ole aineesta irti pääseminen vaan irti pysyminen, ja siinä tärkeimpiä ovat elämäntapaksymykset, kuten työ, asunto ja sosiaaliset verkostot.”

Kuka on luonut tällaisen harhakuva, ettei heroininista mitenkään pääse eroon ilman lääkeapua? Suomessahan on vallinnut jo pitkään sellainen harhakuva, että heroininista pääsee eroon nimenomaan ilman lääkeapua ja että lääkehoito on ollut se viho viimeinen hoito, jossa toivonsa menettänyt heroinisti saa korvaushoitoa toivonsa menettäneeltä lääkäriltä.

Alkoholitutkijat ovat toisaalta valtavan oikeassa siinä, että medikalisaatio on vaarallinen ilmiö maassamme. Joka asiaan pitää antaa lääkettä. Jo lapsena sikotautia sairastaessani opin kahdelta veljeltäni riimityksen: ”Pentti on kipeänä ja vuoteessa makaa, ei saa nousta kuin aikojen takaa, otapas lääkettä ja rohtoa nauti, kohta on kaukana pipi ja tauti”. Me lääkärit olemme olleet satojen vuosien ajan ensimmäisenä tuputtamassa ja opettamassa, että joka asiaan löytyy jokin pilleri taikka muu lääke. Jos omainen kuolee ja hautajaisissa itkettää, niin pitää ottaa rauhoittavaa lääkettä. Järjetöntä. Jos toisella kansanosalla on töitä aivan liikaakin ja stressi

painaa päälle, niin pitää ottaa rauhoittavaa lääkettä. Jos työelämän vauhdista syrjäytyneellä ihmisellä on työttömyyttä ja ahdistusta, niin pitää ottaa rauhoittavaa lääkettä.

Heroinista voi päästä eroon ilman lääkeapua. Usein se on tervejärkinen ja suoriin tapa päästä ongelmastaan eroon, ainakin näennäisesti. Joidenkin kohdalla se tapahtuu turvallisen omais- ja ystäväporukan keskuudessa, joskus lääkkeettömissä laitoksissa taikka terapeutisissa yhteisöissä, joskus kesämökin yksinäisyydessä, joskus rakastumisen taikka uskoontulon seurauksena. Addiktio (sairaalloinen riippuvuus) ei näiden muutosten jälkeen kuitenkaan parane, sen kohde vain vaihtuu. Jos aineellisesta addiktiosta siirrytään aineettomaan addiktioon, niin paraneminen addiktiosta lienee näennäistä eikä todellista.

Romanien kanssa työskennellessäni olen huomannut, että yhteisöllinen huolenpito ja välittäminen toimivat tässä kansalaisryhmässä paljon paremmin kuin valkolaisten keskuudessa. Heidän tarvitsemansa buprenorfiinihoito on kestänyt vain muutaman viikon ajan, kun yhteisö on ollut auttamassa uuden elämän alkuun jatkuvalla läsnäolollaan ja konkreettisesti auttamalla. Heillä on ollut jopa koulutettuja tukihenkilöitä avustamassa paranemisprosessia. Paras koskaan kuulemani kuntoutussopimus tehtiin vastaanotollani 10.4.2000, kun vanhemman sukupolven edustaja (setä) piti puheen heroiniiriippuvaiselle sisarenpojalle. Kävi kateeksi, kun me enemmistösuomalaiset emme enää sellaiseen pysty. Osaamme vain tarjota lääkkeitä ja laitoshoidoja toinen toisensa jälkeen.

Näen varhaisvaiheessa (First Choice Treatment) aloitetun buprenorfiinihoidon hoitona, joka lopettaa heroini- ja rikoskierteen, normalisoi aivo-toimintaa ja vaimentaa liian voimakkaita tunteita.

Buprenorfiinihoito on kuin kävelykeppi, jonka avulla pääsee liikkeelle. Ei keppi paranna, vaan eletty elämä.

Asteittain vähenevä buprenorfiinihoito on kuin osamaksukauppa. Kertaheitolla suorittava epäonnistumistehtävä muuttuukin osatavoitteista koostuvaksi onnistumistehtäväksi. Lääkehoidon aikana on mahdollisuus korjata elämäntapakysymyksiä, saada asunto, käydä koulutuksessa, saada työpaikka ja uudet sosiaaliset verkostot. Kaiken tämän edistymisen jälkeen on sitten aika luopua myös korvaushoidosta taikka siirtyä käyttämään matala-annoksista buprenorfiinia vaikka koko loppuelämän ajan.

Kyse on yksinkertaisesti siitä, että vakavassa ja tappavassa taudissa hoitojen tulee olla päällekkäisiä eikä peräkkäisiä. Buprenorfiinihoidon ei tosiaankaan tule olla vihoviimeinen hoitomuoto, jota annetaan vasta muiden hoitomuotojen epäonnistuttua, vaan sen pitäisi olla ensiapuhoito jopa ennen muiden hoitotoimenpiteiden alkamista.

TEKNIS-MEDIISIININEN HARKINTA

”Muistiossa ei lainkaan pohdita sitä, että monissa maissa korvaavan ja ylläpito- ja hoito-ohjelmilla on ollut oma kehitysdynamiikkansa, joka vain vähäisiltä osin perustuu teknis-mediisiiniseen harkintaan. Ensinnäkin hoidon indikaatioita lievennetään ajan mittaan. Alussa hoidon ehdoksi asetetaan vuosikausia kestänyt suonensisäinen käyttö, mutta ajan mittaan kriteerejä lievennetään.

Toiseksi suunta kulkee psykososiaalisten hoitojen tukemasta hoidosta pelkkään lääkehoitoon. Kolmanneksi suunta kulkee tarkoin valvotusta päivittäisestä annostelusta väljempään, harvempaan ja isompia kertamääriä jakavaan ja potilaan toivomuksia myötäilevään annostukseen. Neljänneksi suunta kulkee metadoni- ja buprenorfiinihoidosta heroinihoitoon. Kaikissa siirtymävaiheissa perustelut säilyvät samoina: Aikaisempi järjestelmä asettaa liian korkeita kynnyksiä eikä tavoita yhteiskunnasta eniten irrottautuneita 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 kehoittavat pohdiskelut eivät kuitenkaan ole medisiinisiä vaan yhteiskunta-poliittisia.”

Näkemykseni on vähemmän teknis-mediisininen. Suomi sairastaa huumeysteriaa.

Lehdistö oli vaatimassa vuonna 2001 nuoruudessaan LSD:tä kokeilleen ja siitä Ylioppilaslehden haastattelussa yhdellä sanalla kertoneen lääkärin ja johtavan viranomaisen erottamista. Lehdistön aloittamat julkiset hirttäjät loppuivat vasta, kun asianosainen esitti julkisesti nöyrän anteeksipyyntönsä Suomen Yleisradiossa. Kuulin anteeksipyyntönsä matkaradiostani asuessani vankisellissä. Miksi kahta lääkärinä yritetään samanaikaisesti nöyryyttää, edellistä vääränmerkkisestä päihdekokeilusta ja jälkimmäistä kollektiivisesti suoritettua korvaushoidosta. Suomeksi on moralisteja ja jyrkkiä fundamentalisteja, jotka yrittävät saada tämän kiltin kansan hallintaansa.

Useimmissa kansakunnissa

noudatetaan samaa kaavaa. Ensimmäisessä vaiheessa huumeongelma kielletään. Toisessa vaiheessa asiaa ruvetaan tutkimaan ja lopulta myönnetään, että ongelma on olemassa, mutta onneksi vähemmässä määrin kuin naapurissa. Kolmannessa vaiheessa ongelma halutaan edelleen kieltää ja painaa unohtuun. Palkataan lisää poliiseja ja perustetaan poliisien erikoisyksiköitä. Väärien aineiden liikkäytöstä kärsiviä ihmisiä ruvetaan rankaisemaan ja sulkemaan vankiloihin. Lehdistö on täynnä uutisia onnistuneista poliisiratsioista ja takavarikoista. Luullaan, että ongelma on tällä keinolla hoidettu. Menee vuosia, ennen kuin siirrytään neljänteen vaiheeseen. Tämä tapahtuu sen jälkeen, kun hallitsevan yläluokan perheiden lapset rupeavat sairastumaan samaan ongelmaan (Australiassa pääministerin lapsi oli heroinisti) tai kuolleita on riittävästi taikka AIDS on levinnyt huolestuttavasti. Aluksi hoito on suoraan taikka peitetyksi kontrolloitavaa ja rankaisevaa ja ongelma vain pahenee. Nuoret, uutta elämäntapaa opettelevat ja levittävät aktivistit eivät hakeudu kontrolloiviin hoitoihin samalla, kun alkulttuurissakin huonosti menestyneet tukkivat hoitopaikat. Lopulta siirrytään viidenteen vaiheeseen. Ruvetaan miettimään ongelman syytä. Syynä ei olekaan aine, niin kuin oli luultu ja ajateltu ja lehdistä luettu. Suomi näyttää rämpivän hitaasti kolmannesta vaiheesta neljänteen vaiheeseen.

Drug Induced Addiction, aiheuttama riippuvaisuus, on yksi maailman kohtalokkaimmista harhaopeista, uskomuksista, myyteistä, joita pidetään tiedotusvälineiden ja ”huu-

mesodan” avulla yllä. Aineet ovat yhteydessä vieläkin voimakkaammin addiktoiviin asioihin, kuten rahaan ja valtaan. Tiukka kontrollipolitiikka hyödyntää huumemafiaa aivan samalla tavalla kuin alkoholin kieltolaki hyödytti aikoinaan trokareita.

SIDOTAANKO LYHYTAIKAISIA
KÄYTTÄJIÄ ELINIKÄISESTI HUUMEISIIN

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

Alkoholitutkijat näyttävät potevan opiofobiaa. Alkoholi on yleisin laillinen huume Suomessa ja sen aiheuttamat vauriot kansallemme ovat yli kymmenkertaiset verrattuna laittomiin huumeisiin. Alkoholin kieltolaki loppui vuonna 1932, keskiolut vapautui vuonna 1969, EU on vaatimassa rajojemme avautumista siten, että vuonna 2004 suomalaiset voisivat tuoda toisesta EU-maasta 10 litraa väkeviä alkoholijuomia ja lähes 100 litraa viinejä ja yli 100 litraa olutta.

Kansantervestieteilijä Tomi Lintonen on vastikään julkaissut väitöskirjan ”Neljätoistavuotiaiden suomalaisten juomatavat vuodesta 1977 vuoteen 1999”. Väitöskirja osoittaa, että kaksi

kolmasosaa juo aika ajoin olutta tai siideriä. Joka kymmenes poika ja joka kuudes tyttö tulee myös humalaan. Humalan hankkii neljä kertaa useampi 14-vuotias kuin 20 vuotta sitten. Lintosen mukaan ei ole olemassa minkäänlaista tieteellistä näyttöä, että valistuksella voitaisiin vaikuttaa nuorten alkoholin käyttöön. Keskeinen rooli on perheillä. Parasta olisi, jos nuoret maistelisivat alkoholia omien aikuistensa seurassa.

Avoin ja rehellinen huume keskustelu on mahdollista Suomessa vasta sitten, kun kaikki ”huumeet” asetetaan samalle viivalle, alkoholi ja tupakka mukaan luettuna.

LOPPUSANAT

Kun valmistuin lääkärin ammattiin vuonna 1968, homoseksualismi oli rikos, Myöhemmin se oli sairaus ja nyt se on seksuaalista poikkeavuutta, josta ei voi rangaista ja jota ei voi vastentahtoisesti edes hoitaa. Kyseessä on vähemmistö, jota varren Suomessa säädettiin syyskuussa 2001 parisuhdelaki. Suhdautumisemme toisenlaiseen vähemmistöön, narkomaaneihin, on jäsentymätöntä, sekasortoista ja paikoitellen suorastaan vainoharhaista, koska narkomaniaa pidetään samanaikaisesti rikollisuutena, sairautena ja vähemmistökulttuurina.

YK:n pääsihteerille Kofi Annanille lähetettiin YK:n huume ongelmia käsitelleen yleiskokouksen alla vuonna 1998 vetoamus, jonka olivat allekirjoittaneet eri puolilta maailmaa tulevat parlamentaarikot, oikeustieteen, lääketieteen ja taloustieteen tutkijat sekä huumekeyksymyksen asiantuntijat. Vetoamuksessa ehdotettiin, että YK

muuttaisi kriminalisointiin ja repressioon pohjautuvaa huumeainestrategiaansa. Keskeinen sanoma oli, että sota huumeita vastaan ei ole onnistunut vähentämään huumeongelmia, vaan on päinvastoin pahentanut niitä kaikkialla maailmassa. YK:n koordinoima kriminalisointiin ja rangaistuksiin perustuva politiikka oli vetoamuksen mukaan osoittautunut epäonnistuneeksi.

Mäkelä ja Poikolainen haluavat kieltää opiaattiriippuvaisilta korvaushoidon, jos se aloitetaan liian aikaisin tai jos siihen ei liity riittävän tasokasta psykososiaalista kuntoutusta. Tämä vaatimus on teoreettisesti viisas mutta käytännössä melkoisessa määrin epärealistinen, kun psykiatrinen avohoito on kärsinyt viime vuosina melkoista resurssipulaa. On huomattava, että jo pelkällä lääkeshoidolla on saatu aikaan merkittävää elämänlaadun parantumista useimpien, joskaan ei kaikkien asiakkaiden kohdalla.

Vuonna 1866 valtio otti viinapolitiikan huolenaiheekseen ja kielsi talonpojilta väkiviinan polttamisen. Kieltolaki oli Suomessa voimassa vuosina 1919–1932. Keskiolut tuli kauppoihin vuonna 1969. Vuonna 2004 toisesta EU-maasta saa tuoda 10 litraa väkeviä juomia ja lähes sata litraa viinejä ja tämän lisäksi vielä yli sata litraa olutta. Tätä taustaa vasten on vaikea ymmärtää Suomessa vallitsevaa, huumeiden käyttäjiin kohdistuvaa kriminalisoivaa huume politiikkaa ja liian tiukkaa korvaushoitopolitiikkaa.

Mäkelä ja Poikolainen näyttävät olevan huolissaan siitä, että maassamme harjoitettava hoitopolitiikka on muuttumassa korkean valtiollisen kontrollin mää-

rittelemästä hoidosta vapaamielisempään suuntaan kohti haittojen minimointiin tähtäävää huumepolitiikkaa ja hoitopolitiikkaa. Kuulumme Eurooppaan ja tällainen suunnanmuutos on todellakin tapahtumassa.

Tiukasta valtiollisesta ja hoi-

dollisesta kontrollista luopumisesta ei pidä nähdä avuttomuutena ja periksi antamisena, vaan perustavaa laatua olevana hoidollisen näkökulman muutoksena. Päihdepolitiikassa ja lääkepolitiikassa olisi syytä palata juurille ja miettiä, kuuluvatko nämä

asiat yhteisöllisen kulttuurin ja keskustelevan sosiaalisen kontrollin piiriin vai valtiollisen lakisääteisen ja kriminalisoivan valvonnan piiriin.

PENTTI KARVONEN

HUUMAUSAINEIDEN ONGELMAKÄYTTÄJIEN HOIDON IHMISKESKEISESTÄ NÄKÖKULMASTA

Tohtorit Klaus Mäkelä ja Kari Poikolainen kirjoittivat Yhteiskuntapolitiikka-lehden numerossa 4/2001 artikkelin ”Näkökohtia huumeaineiden ongelmakäyttäjien hoitoa kehittäneen työryhmän muistiosta”. He näyttävät olevan suhteellisen tiukasti potilaita kontrolloivien menettelytapojen kannalla, erityisesti suhtautumisessa ylläpitohoitoon, mutta myös suhtautumisessa korvaushoitoon ja vieroitushoitoon.

He toteavat mm.: ”Korvaavan ja ylläpito-hoidon aloittamiskriteerit eivät saa perustua yksittäisen lääkärin potilaskohtaiseen harkintaan vaan sosiaali- ja terveysministeriön sitoviin ja tarkat ja kaavamaiset ehdot määritteleviin ohjeisiin”. Mäkelä ja Poikolainen ovat kiinnittäneet huomiota moniin huumeiden ongelmakäyttäjien hoidossa ilmenneisiin piirteisiin, kuten erilaisten huumeiden oheiskäyttöön, retkahduksiin ja lääkkeiden ottamiseen injektioina vastoin ohjeita. Heidän näkökulmansa näyttää olevan ennen muuta sellainen, jossa näiden potilaiden oireet (esim. huumeiden käyttö, suonensisäinen huumeiden ja lääkkeiden käyttö jne.) nähdään seurauksina välittömistä ympä-

ristötekijöistä, joihin myös aineet ja niiden käyttövälineet kuuluvat. Tämän näkökulman mukaan huumeongelmaa tarkasteltaessa ja sitä hoidettaessa on tietenkin erilaisten kontrollimenetelmien käyttö avainasemassa.

Huumeiden käyttäjien hoidoissa saamiene kokemusten, samoin kuin lukuisten muiden psykoanalytikoiden kokemusten, mukaan huumeiden käyttö on ennen muuta seuraus tunteiden hallinnan vaikeuksista, ja siihen liittyy myös eräitä muita elämän hallinnan vaikeuksia. Nämä psyykkiset vaikeudet liittyvät tietynlaisiin psyykkisen rakenteen puutteisiin, joiden korjaaminen hoidon avulla on erittäin vaikea ja aikaa vievä prosessi. Monenlaiset tukitoimetkin voivat korvata näitä puuttuvien psyyken rakenteiden tehtäviä, joista potilas on yhtä lailla riippuvainen kuin huumeistakin. Mäkelä ja Poikolainen kirjoittavat: ”Isoin ongelma ei sitä paitsi ole aineesta irti pääseminen vaan irti pysyminen, ja siinä tärkeimpiä ovat elämäntapakysymykset, kuten työ, asunto ja sosiaaliset verkostot”. Olen samaa mieltä siinä, että suurin vaikeus ei ole itse aineesta vieroittamisessa. Mutta suurin vaikeus on näh-

däkseni kuitenkin siinä, kuinka voidaan vastata siihen emotionaaliseen tarpeeseen, joka on huumeiden käytön taustalla. Juuri tähän puoleen ei hoidoissa ole yleensä kyetty vastaamaan riittävän hyvin pitäydyttyessä yksioikoisessa kontrollimenettelyssä, ja juuri siksi hoidot epäonnistuvat niin usein, ja joskus nähdään myös pettyneiden ja turhautuneiden potilaiden hoitojen keskeyttämisiä ja väkivaltaisia reaktioita. Kun otamme huomioon psyykkiset tekijät aineiden käytön taustalla ja muistamme, miten pitkäaikaisesta prosessista mielen rakentumisessa on kyse, ei suinkaan ole ihme, että oireet jatkuvat usein pitkäänkin hoidon aikana. Tiukkojen sanktioiden käyttö johtaa pääasiallisesti joko hoitojen epäonnistumisiin tai teeskentelyyn potilasjoukosta vain pienen osan hyötyessä hoidosta merkittävästi.

Vaikka huumeiden ongelmakäytön taustalla ovatkin eräät tyypilliset psyykkisen rakenteen vajeet, ovat käyttäjät kuitenkin persoonallisuudeltaan yhtä lailla yksilöllisiä ihmisiä kuin muutkin. Jos hoito on tiukasti säänneltyä ja rutiinomaisiin säännöksiin sidottua, eivät potilaiden yksilölliset erot tule otetuksi riittävästi huomioon. Yhtä nyrinkurista olisi vaatia esim. kaikille psykiatrisille potilaille jonkinlaisia kaavamaisia hoitoja.