

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 huumeusainoiden 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 psykoanalyttikoiden 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 elämäntapakysmykset, 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 väkivaltaisiaakin 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 tyyppilliset psyykkisen rakenteen vajeet, ovat käyttäjät kuitenkin persoonallisuudeltaan yhtä lailla yksilöllisiä ihmisiä kuin muutkin. Jos hoito on tiukasti säänneltyä ja rutiinimaisiin säännöksiin sidottua, eivät potilaiden yksilölliset erot tule otetuksi riittävästi huomioon. Yhtä nyrinkurista olisi vaatia esim. kaikille psykiatrisille potilaille jonkinlaisia kaavamaisia hoitoja.

Mäkelä ja Poikolainen ovat sitä mieltä, että narkomaanien ylläpitohoidoista päättäminen ei ole medisiininen vaan poliittinen päätös. Mielestäni huume-ongelmien hallinnan kannalta on ollut varsin onnetonta, että tästä ongelmasta on tullut nimenomaan politiikan aluetta, niin että on luotu aivan oma huume politiikka huumesotineen yms. ilmiöineen. Vaikka on ilmeistä, että maailmalla toteutetut huume poliittiset toi-

menpiteet ovat juuri niitä, jotka aiheuttavat suurimman osan siitä ahdingosta ja kärsimyksistä, joihin ihmiset ovat jo vuosikymmenten ajan joutuneet, niin siitä huolimatta samaa tuloksetonta politiikka vaaditaan edelleen jatkettavaksi. Mielestäni huumeongelma on nimenomaan terveydenhoidollinen ongelma, jonka hoitamisen painopisteiden tulisi olla yhtä lailla huumeiden ongelmakäytön taustalla olevien psyykkisten ongelmien ennalta-

ehkäisyssä ja hoidossa kuin tähän liittyvien monien sosiaalisten ongelmien hoidossa. Näiden potilaiden psyykkisten vaikeuksien todellisuuden huomioon ottaminen johtaa käsittääkseni väistämättä siihen, että päädytään ns. matalan kynnyksen hoitoihin, jotka ovat suhteellisen väljästi säännöksiin määriteltäviä ja antavat mahdollisuuden toteuttaa yksilöllistä hoitoa.

JUHANI SALAKARI

VASTINEELLE VASTINE

Kiitämme Jouko Lönnqvistiä, Sami Pirkolaa ja Jukka Heinosta saamastamme palautteesta. Sen johdosta haluamme esittää muutamia täsmennyksiä.

Odotimme, että työryhmä olisi toimeksiantonsa mukaisesti selvittänyt kaikkien keskeisten huumeaineiden ongelmakäyttäjryhmien hoidon tarpeen ja arvioinut lainsäädännön kehittämistarpeen kokonaisvaltaisesti. Vastoin odotuksiamme muistiossa käsiteltiin varsin vähän muuta kuin opioidiriippuvaisten korvaus- ja ylläpitohoitoa, vaikka muistiossa esitetään lisäresursseja myös amfetamiinin käyttäjien ja sekakäyttäjien hoitoa varten. Ei tietysti ole työryhmän vika, että myös jatkovalmistelu on koskenut vain opioidien käyttäjien lääkahoitoa. Toivottavasti kiireellisesti asetetaan työryhmä suunnittelemaan myös muiden huumeiden käyttäjien hoidon tehostamista.

Ylläpitohoidon väljentämistä koskevan tekstikohdan avainlause muistiossa on seuraava: ”Tähän toimintaan tulisi sisällyttää myös niin sanotun matalan kynnyksen ylläpitohoito, jonka tavoitteena on ensisijaisesti hoitoon sitoutuminen *mahdollisimman varhaisessa vaiheessa* opioidiriippuvuuden kehityttyä.” Muistiossa lukee, että opioidiriippuvaisten lääkkeellisten hoitojen osalta tulisi ”purkaa keskitettyä hoitoa säädellysti” (s. 34). Varaunna *tarvittaessa* ei tuossa lauseessa ole. On rohkaisevaa kuulla, että työryhmä on tarkoittanut eräät lääkahoitoa koskevat kannanottonsa vähemmän väljiksi kuin sanatarkan lukutavan perusteella voisi arvella.

Kirjoituksemme viimeinen osa ja maininta 1 000 lääkehoidosta koskee työryhmän muistion luovuttamisen jälkeisiä jatkovalmisteluja ja hallituspuolueiden eduskuntaryhmien sopi-

musta ensi vuoden hyvinvointipanostuksista. Mutta myös muistiossa esitetään samanlaisia lukuja. Sivulla 33 todetaan: ”Työryhmän alustavan arvion mukaan koko maassa ja erityisesti Helsingissä ja pääkaupunkiseudulla on merkittävä puute opioidiriippuvaisten lääkkeellisten hoitojen tarjonnassa. Tällä hetkellä näiden hoitojen tarpeessa on arviolta 1 200–1 500 henkilöä.” Edelleen työryhmän ehdotuksissa sivulla 42 sanotaan: ”Perustelluksi tavoitteeksi voimavarojen lisäämisessä voidaan asettaa tarpeenmukaisen hoidon järjestäminen tuhannelle opioidiriippuvalle vuodesa.” Tämän voi helposti ymmärtää ehdotukseksi tuhannesta lääkehoidosta. Toivomme, että syntynyt keskustelu on omiaan jouduttamaan amfetamiinien käyttäjiä koskevien ehdotusten toteutumista ja huumehoitojen kokonaisvaltaista kehittämistä.

KLAUS MÄKELÄ
KARI POIKOLAINEN