

Korvaushoidon läpimurto Suomessa

PEKKA HAKKARAINEN – CHRISTOFFER TIGERSTEDT

Politiikan täyskäännös

1990-luvulle asti Suomen huume tilanne oli eurooppalaisessa mitassa varsin epädraamaattinen ja viranomaiset saattoivat olla rauhallisin mielin. Huume politiikan muodollisena tavoitteena oli huumeiden käytön ehkäisy ja huumeiden saataavuuden minimointi. Poliitiikan keskiössä oli huumerikollisuuden kontrolli. Tämän johdosta huumeongelmaisten terveyspalvelujen kehittäminen sai vähemmän huomiota (Kinnunen & Lehto 1997). Ajateltiin, että huumeongelmaisten hoitotarpeet voidaan tyydyttää parhaiten tarjoamalla heille apua yleisten sosiaali- ja terveyspalvelujen rajoissa. Erityistason hoitoa huumeiden käyttäjille tarjottiin alkoholiongelmallisille suunnatuissa päihdepalveluissa. Omia erityishoitopalveluja huumeiden käyttäjille ei katsottu tarpeelliseksi. Arveltiin, että näin välttyttäisiin huumeongelmaisten leimaamiselta ja siihen liittyviltä sekundäärisen poikkeavuuden ongelmilta (Nuorten ..., 1985).

1980-luvun jälkipuoliskolla Helsingin yliopistollinen keskussairaala (HYKS) ja jotkut järjestöt olivat aloitteellisia ja alkoivat kehittää erikoispalveluja ongelmakäyttäjille (Hakkarainen & Kuussaari 1996; Kinnunen & Lehto 1997). Tämä oli merkki huumeongelmaisten erityistarpeiden tunnistamisesta, sikäli kuin tarpeet koskivat psykososiaalisen hoidon tarjontaa. Sitä vastoin korvaava lääke- ja ylläpitohoito¹ oli edelleen käytännössä olematonta. Tervalammen kuntoutuskliniikalla Vihdissä annettiin vuosina 1992–1995 vähin äänin metadoni- ja buprenorfiinihoitoa, johon osallistui noin 20 potilasta. Vielä vuonna 1996 Suomessa oli kuitenkin virallisesti vain viisi henkilöä, jotka saivat pitkäaikaista metadoniin perustuvaa ylläpitohoitoa (Turpeinen 1996). Vuosiin yhtään uutta potilasta ei ollut hyväksytty hoi-

to-ohjelmaan, ja sekä yleinen mielipide että virallinen kanta olivat jyrkästi lääkkeellistä korvaushoitoa vastaan. Kun huumeriippuvaisten lääkkeitä mietittiin työryhmässä 1990-luvun alkupuolella, hoitokentän asiantuntemusta edustava Päihdehuollon valtakunnallinen yhteistyöryhmä esitti, että ”narkomaanien ylläpitohoitoa ei tule Suomessa aloittaa, koska se ei ole päihdeongelmien hoitoa”. Hoidon sijasta ”ylläpitohoito tavallaan tuomitsee potilaan elinikäiseen päihderiippuvuuteen”, lausunnossa todettiin. (Opioidiriippuvaisten ..., 1993.)

1990-luvun lopussa politiikan suunta muuttui. Vuonna 1997 sosiaali- ja terveysministeriö antoi määräyksen, jossa ensimmäistä kertaa hyväksyttiin korvaushoito osaksi Suomen virallisen huume politiikan välineistöä (STM:n määräys 1997: 28 opioidiriippuvaisten potilaiden vieroitushoidosta ja korvaushoidosta buprenorfiinia, metadonia ja levasetyyli metadolia sisältävillä lääkkeillä, 8.7.1997). Tämän jälkeen opioidiriippuvaisille

¹ *Termejä korvaushoito (tai korvaava lääkehoito) ja ylläpitohoito käytetään huumeriippuvuuden pitkäkestoisesta lääkehoidosta. Viimeksi mainittu yleistyi kielenkäyttöön 1960-luvulla metadonihoidon (methadone maintenance) leviämisen yhteydessä. Korvaushoito (substitution treatment) puolestaan vakiintui käyttöön 1990-luvulla, jolloin kiinnostus narkomaanien lääkkeitä kohtaan nousi kansainvälisestä, vähittäisestä irtottautumisesta lääkkeestä ja etenemisestä kohti päihdeettömyyttä, kun taas ylläpitohoitolla tavoitellaan ensisijaisesti haittojen vähentämistä ja potilaan elämän laadun parantamista ilman vastaavaa päihdeettömyyden tavoittelua. Vieroitushoidolla tarkoitetaan lyhytaikaista, asetuksen mukaan alle kuukauden mittaista hoitoa. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus 607/2000, 2. §.)*

tarkoitettujen korvaushoidon määräyksiä on muutettu kahdesti ministeriön vuosina 2000 ja 2002 antamilla asetuksilla (Asetus 607 opioidiriippuvaisten henkilöiden vieroitus-, korvaus- ja ylläpito-hoidosta erällä lääkkeillä, 21.6.2000 ja Asetus 289 opioidiriippuvaisten vieroitus-, korvaus- ja ylläpito-hoidosta erällä lääkkeillä, 15.4.2002). Uudet asetukset ovat tukeneet korvaushoitopalvelujen laajentamista. Asetukset sallivat opioidipohjaisen lääkityksen (pääasiassa metadonin ja buprenorfiinin) käytön vieroitushoidossa sekä korvaus- ja ylläpito-hoidossa. Samanaikaisesti kaksi työryhmää on laatinut ehdotuksia matalan kynnyksen ylläpito-hoidon järjestämisestä (Huumausaineiden ..., 2001; Opioidiriippuvaisten lääkkeellisiä ..., 2001).

Kun alkuun päästiin, kehitys kohti vapaampaa lääkekorvaushoitoa eteni nopeasti. Tuorein asetus vuodelta 2002 lisäsi hoidon tarjontaa valtuuttamalla aluesairaaloita, terveyskeskuksia, päihdehuollon yksiköjä ja vankeinhoitolaitoksen terveydenhuollon yksiköjä aloittamaan hoito, kun se aikaisemmin oli rajattu pelkästään yliopistollisiin keskussairaaloihin ja Järvenpään sosiaalisairaalaan. Potilaan hyväksymiskriteerit ovat kansainvälisessä ja pohjoismaisessa vertailussa väljät. Lisäksi ne ovat tulkinnallisesti epäselvät. Asetuksessa edellytetään ”opioidiriippuvuuden” lisäksi, että korvaushoitoa annetaan vain sellaiselle potilaalle, ”joka ei ole vieroittunut opioideista tieteellisesti perusteltuja ja yleisesti hyväksytyjä hoitokäytäntöjä ja menettelytapoja noudattamalla”. Ylläpito-hoidon antamisen edellytys on se, että ”opioidien käytöstä johtuvien haittojen vähentäminen on [potilaalle] erityisen tärkeää” (3. §). Poliitikan käänteen myötä buprenorfiinia tai metadonia korvaushoitona saavien potilaiden määrä ylsi vuonna 2004 noin 600–700 henkilöön (tarkasta lukumäärästä ei ole virallista tietoa).

Tässä artikkelissa meitä kiinnostaa se, mitkä tekijät johtivat tähän nopeaan käänteeseen. Nostamme esiin viisi eri seikkaa. Ensinnäkin muutoksen tärkeä edellytys oli huumeongelmien määrän merkittävä lisääntyminen 1990-luvun toisella puoliskolla. Tämä sai viranomaiset ja poliitikot arvioimaan uudelleen kansallista huume-strategiaa ja -politiikkaa. Toiseksi korvaushoito nousi julkiseen ja poliittiseen valokeilaan muutamien vakavien kiistojen kautta. Kiistojen päähenkilöitä olivat yksityislääkärit, jotka määräsivät heroiniä käyttäville potilailleen buprenorfiinia pitkäaikaisena lääkehoitona. Kolmanneksi korvaushoitoa

ryhtyi ajamaan vaikutusvaltainen joukko henkilöitä, jotka edustivat hallintoa, ammattikuntaa, järjestöjä, julkista sanaa ja kansalaisia. Neljänneksi kansainväliset vaikutteet korvaushoidon yleistymisestä opioidiaddiktion hoidossa puhuivat hoitomuodon puolesta myös Suomessa. Viidenneksi esitämme, että korvaushoidon hyväksyminen oli osa huumeongelmien medikaalista ja sosiaalista uudelleenkehystämisestä. Uudessa kehyksessä korostamme asiakkaan uutta roolia huumausainepoliitikassa sekä politiikan jakautumista yhtäältä kriminaalipoliitikaksi ja toisaalta sosiaali- ja terveyspolitiikaksi. Artikkelin päätteeksi nostamme keskusteluun joitakin mieltämme askarruttavia kysymyksiä.

Huumausainepoliittinen ahdinko 1990-luvulla

Pitkään suhteellisen vakaana pysyneiden huumeongelmien laajuus ja luonne muuttuivat merkittävästi 1990-luvulla. Kannabiskokeiluiden yleisyys kaksinkertaistui ja Euroopasta tunnettu nuorten uuteen juhlimiskulttuuriin liittyvä stimulanttien, kuten ekstaasin, amfetamiinien ja GHB:n, käyttö saavutti jalansijaa myös suomalaisten nuorten ja nuorten aikuisten keskuudessa (Hakkarainen & Metso 2003). Korvaushoitokysymyksen esiin nousun kannalta ratkaisevaa oli se, että hoidon potentiaalinen asiakaskunta laajeni heroiniin käytön yleistymisen myötä uusiin mittasuhteisiin. Tätä kehitystä edesauttoi se, että Neuvostoliiton hajoamisen jälkeen huumeiden tarjonta Suomen huumemarkkinoilla lisääntyi, samalla kun niiden hinnat laskivat merkittävästi. Poliisin tietojen mukaan Afganistanissa tuotetun valkoisen heroinin tarjonta alkoi lisääntyä Suomessa erityisesti vuoden 1998 lopulta lähtien (Hietaniemi 2001). Samoihin aikoihin havaittiin myös heroiniin käyttäjäkunnan selkeä kasvu. Vuoden 1999 rekisteritietojen perusteella arvioitiin, että meillä oli noin 11 000–14 000 amfetamiinien ja heroinin ongelmakäyttäjää, joista reilut 20 prosenttia käytti nimenomaan heroiniä (Partanen & al. 2001). Tuorein, vuoden 2002 rekisteritietoihin perustuva arvio päättyi lukuun 16 000–21 000. Kasvua todettiin tapahtuneen erityisesti opiaattien käyttäjien kohdalla, joiden osuudeksi arvioitiin nyt 25–30 prosenttia ja lukumääräksi 4 200–5 900. (P. Partanen & al. 2004.)

Muutosten seurauksena sosiaalisesti syrjäytyneiden moniongelmaisten huumeiden käyttäjien määrä kasvoi merkittävästi. Samanaikaisesti lisääntyivät huumeiden käytöstä johtuvat yhteiskunnalliset haitat, kuten huumeisiin liittyvä oheisrikollisuus, huume-ehdotin sairastavuus ja huumekuolemat. Näissä luvuissa näkyi erityisesti heroinin käytön yleistymisen. Esimerkiksi heroinin yliannostuksesta johtuneet kuolemantapaukset moninkertaistuivat, 9 tapauksesta vuonna 1996 aina 60 tapaukseen vuonna 2000 (Vuori 2001). Myös suomenlaiseseen käyttöön liittyvät tartuntataudit alkoivat levitä hälyttävästi. Suurta huolestuneisuutta herätti esimerkiksi hiv-epidemian puhkeaminen huumeiden käyttäjien keskuudessa kesällä 1998.

Kaiken kaikkiaan huumeongelman luonne Suomessa muuttui selvästi vakavammaksi. Suomalaisessa kulttuurissa verraten outona ja vieraina pidetystä ilmiöstä tuli julkisen ja yksityisen elämän vakiohuolenaihe, sosiaalinen fakta, jonka kanssa oli eletävä eteenpäin. Tämä pakotti viranomaiset, poliitikot ja muut yhteiskunnalliset toimijat arvioimaan huume politiikkaa ja sen toimintastrategioita aivan uudelta pohjalta (Hakkarainen & Tigerstedt 2002).

Huumausainepolitiikan uudelleen arvioinnin avaindokumentti on toimikuntatyönä laadittu Huumausainestrategia 1997, jonka linjaukset vahvistettiin valtioneuvoston periaatepäätöksin (1998 ja 2000). Strategiaassa avattiin aikaisempaa laajempi näkökulma niin huumausainepolitiikan tavoitteisiin kuin sen keinoihin. Huume kysymys määriteltiin siinä monikasvoisena, ei ainoastaan rikollisuuskysymyksenä, vaan myös merkittävänä sosiaalisena ja kansanterveydellisenä ongelmana. Tämän mukaisesti perinteisesti ensisijaisena pidetyn kriminaalipolitiikan rinnalle nostettiin terveyspoliittiset keinot ja ennaltaehkäisy sekä sosiaalinen tuki ja neuvonta, jotka tähtäsivät huumeiden käytön haittojen vähentämiseen. Strategian yleisen periaatekannanoton mukaan "[H]uumausainepolitiikan tavoitteena on huumausaineiden käytön ja levittämisen ehkäiseminen siten, että niiden käytöstä ja torjunnasta aiheutuvat taloudelliset, sosiaaliset ja yksilölliset haitat ja kustannukset jäävät mahdollisimman pieniksi" (s. 56). Tässä kehyksessä tarpeelliseksi nähtiin myös korvaushoito. Strategiaassa todetaan seuraavasti (s. 62):

"On varauduttava korvaavan lääkehoidon laajentami-

seen vaikeasti opiaattiriippuvaisille potilaille. Hoito on aina kytkettävä psykososiaaliseen kuntoutukseen ja sen tulee olla tiukasti valvottua sekä moniammatillisesti suunniteltua. Hoito on järjestettävä niin, ettei käytettäviä lääkkeitä voi missään olosuhteissa ajautua katu-kauppaan. Toimikunnalle on esitetty, että tällaista hoitoa tarvitsee 100–150 huumeriippuvaista. *Toimikunta ehdottaa, että korvaavaa lääkehoitoa on järjestettävä vastaamaan nykyistä tarvetta.* Vastuutahona on sosiaali- ja terveysministeriö, Terveydenhuollon oikeusturvakeskus sekä kunnalliset terveydenhuoltoviranomaiset."

Huumausainestrategia 1997:ssä esitetty uudistettu tilannearvio avasi ovet korvaushoidon tunnistamiselle osaksi suomalaisen huume politiikan keinovalikoimaa. Heroini ongelman laajeneminen 1990-luvun lopulla puolestaan kiirehti käytännön sovelluksiin. Vuonna 2001 kaksikin sosiaali- ja terveysministeriön asettamaa työryhmää esitti korvaushoidon huomattavaa laajentamista (noin 200 potilaasta 1 200:aan vuodessa), hoitoon pääsyn oleellista helpottamista ja matalan kynnyksen ylläpitohoidon järjestämistä (Huumausaineiden ongelmakäyttäjien ..., 2001; Opioidiriippuvaisten lääkkeitä ..., 2001).

Muutos suhtautumisessa korvaushoitoon ei kuitenkaan tapahtunut ilman vastarintaa ja kamppailua. Uuden huume tilanteen synnyttämä huumausainepoliittinen ahdinko loi painetta uudelleen arviointiin, mutta vastarinnan ylittämisen ja politiikan suunnanmuutos edellyttivät lisäksi toimijoita, jotka esittivät vaihtoehtoja ja ajoivat uudistuksia eteenpäin.

Kaksi hoitokiistaa

Yksityislääkärit olivat varoneet määräämästä korvaushoitoa 1980-luvun alun jälkeen, jolloin Suomessa käytiin niin kutsuttu Dolorex-oikeudenkäynti, jossa valvontaviranomaiset puuttuivat joidenkin lääkäreiden toimintaan heidän määrättyään vastaanotoillaan metadonia huumeita käyttävien potilaidensa hoitoon. Oikeudenkäynnissä luettiin syytteet törkeästä huumausainerikoksesta kahdelletoista yksityislääkärille. Tapaus vaikutti voimakkaasti maan lääkärikuntaan. 1980- ja 1990-luvulla lääkintäviranomaiset kiinnittivät toistuvasti huomiota siihen, että lääkärit arastelivat määrätä riittävän voimakkaita kipulääkkeitä edes huumeita käyttämättömille asiakkailleen, vaikka asiakkaan tarpeet olisivat sitä selkeästi edellyttäneet. 1990-luvulla julkisuuteen nousi kuitenkin kaksi suurta huomiota saavuttanutta ta-

pausta, jotka koskivat yksityisvastaanotolla heroisiin käyttäjille määrättyä korvaushoitolääkitystä. Tapaukset riitauttivat vallitsevan määräyskäytännön ja toivat samalla yleiseen tietoisuuteen uuden, Temgesic- ja sittemmin Subutex-kauppanimillä tunnetun lääkevalmisteen, buprenorfiinin.

Ensimmäinen tapaus (1990–1991)

Buprenorfiinin käyttö narkomaanien hoidossa nousi ensimmäisen kerran laajan julkisen huomion ja debatin kohteeksi syksyllä 1990, kun lääkintöhallitus päätti rajoittaa Helsingissä toimivan lääkärin oikeuksia määrätä keskushermostoon vaikuttavia lääkkeitä. Kyseinen lääkäri oli yksityisvastaanotollaan aloittanut huumeongelmaisten korvaushoidon, jossa lääkkeenä käytettiin Temgesiciä. Asiakkaat, joiden määrä kasvoi nopeasti, saivat mukaansa tarpeitaan vastaavan viikon lääkeannoksen. Heidän tuli itse säädellä lääkkeen käyttö niin, että se riitti koko viikoksi. Lääkärin mukaan terapiakeskustelut olivat osa hoitoa ja hoidon jatkuessa Temgesic-annosta vähitellen pienennettiin.

Rajoittamistoimien kohteeksi joutunut lääkäri ei tyytynyt terveysviranomaisten päätökseen vaan vei asian julkisuuteen esittämällä näkemyksiään niin televisiossa kuin Helsingin Sanomissakin (Hakkarainen & Hoikkala 1992). Media antoi kuvan vastuuntuntoisesta, asiaan paneutuneesta lääkäristä, joka halusi testata uusia hoitomenetelmiä eikä arkaillut puolustaa asiakkaidensa oikeuksia. Hoidossa olleet potilaat tukivat lääkäriään kertomalla, kuinka heidän elämäntilanteensa oli hoidon seurauksena parantunut. Myös heidän vanhempansa tulivat julkisuuteen vaatiessa huumeongelmaisten lääkeshoidon edistämistä.

Lääkärin toiminta herätti myös voimakasta vastustusta. Huumeettoman yhteiskunnan tavoitetta korostanut huumeepoliisi vaati lääkemääräyskäytännön tiukkaa kontrollia. Poliisin mukaan yksityislääkärin hoitokokeilun kautta Temgesiciä oli levinnyt laittomille huumemarkkinoille. Myös klinikat ja hoitoyhteisöt, jotka hoitivat huumeiden käyttäjiä ilman korvaavaa lääkitystä, kyseenalaistivat lääkärin toiminnan. Temgesicin potentiaaliin huumeongelmaisten hoidossa ei tällä taholla juuri uskottu. Kansallisesti johtavan huumehoitoyksikön ylilääkärin argumentti, jonka mukaan narkomaanien lääkeshoito ainoastaan korvaa yhden huumeen toisella, oli ajalle hyvin kuvaava ajatustapa.

Yksityislääkärin huumeongelmallisille tarjoama

lääkeshoito näyttötyy vakavana uhkana Suomen hoitopolitiikkaa perinteisesti hallinneelle lääkeettömälle hoidolle. Kiistan seurauksena keskushallintoajan johtava lääkintöviranomaisen, lääkintöhallitus, antoi määräyksen, jolla kategorisesti kiellettiin Temgesicin käyttö huumeongelmaisten hoidossa. Terveysviranomaisten tavoitteena oli pitää narkomaanit loitolla buprenorfiinista ja rajoittaa Temgesicin käyttö lähinnä syöpätapauksiin tai muihin vakavaa fyysistä kipua aiheuttaviin sairauksiin. Tämä oli myös lääkkeen maahantuojan intressi. Haastattelussa maahantuojan edustaja totesi, että markkinoinnin kannalta oli toivottavaa, että Temgesiciä ei yhdistettäisi huumeiden käyttäjiin ja huumeriippuvuuden hoitoon (Hakkarainen & Hoikkala 1992).

Mielenkiintoinen piirre tapauksessa on se, että Temgesicin käytön huumeongelmaisten hoidossa vastaanotollaan aloittanut lääkäri oli informoinut lääkintöhallitusta kokeilustaan. Hän oli myös oma-aloitteisesti tiedottanut virastolle kasvavasta asiakasmäärästään tiedustellen ohjeita ja yhteistyötä tilanteen hallitsemiseksi. Lääkintöhallitus ei kuitenkaan osoittanut asiassa mitään mielenkiintoa, ennen kuin poliisi ryhtyi painostamaan sitä toimenpiteisiin. Lääkintöhallituksessakin oli luultavasti oltu tietoisia kasvavasta kansainvälisestä kiinnostuksesta buprenorfiinin korvaushoitopotentiaalia kohtaan, mutta valitut toimenpiteet viittaavat siihen, että virastossa katsottiin, ettei asia ole sen arvoinen, että siihen kannattaisi sijoittaa resursseja tai käydä kädenvääntöön poliisin kanssa. Vaikka yksityisvastaanoton tavoittamien heroisiin käyttäjien määrä yllättikin suuruudellaan, niin vakava panostaminen huumeriippuvaisten lääkeshoitoon ei tuohon aikaan saanut sijaa terveysviranomaisten agendalla. Kaksoikiistan seurauksena perustettua työryhmää (Narkomaanien ..., 1991; Opioidiriippuvaisten ..., 1993) totesi huumeriippuvuuden lääkeshoidon kehittämisen tärkeäksi, mutta käytännössä tilanne säilyi muuttumattomana.

Pentti Karvosen tapaus (1997–2003)

Toinen buprenorfiinikiista tuli julkisuuteen keuhkolla 1997. Sen juoni oli hyvin samanlainen kuin ensimmäisessäkin tapauksessa. Yksityislääkäri alkoi vastaanotollaan Helsingissä määrätä buprenorfiinia (ensin Temgesiciä, sitten Subutexia) huumeriippuvuuden hoitoon. Asiakkaiden lukumäärä kohosi nopeasti noin sataan heroisiin käyttäjiin, kunnes lääkintöviranomaiset puuttuivat

tilanteeseen rajoittamalla kyseisen henkilön lääkärinoikeuksia. Viranomaisten mukaan lääkäri ei ollut kyennyt riittävästi kontrolloimaan määräämänsä lääkkeen käyttöä. Tällä kertaa kiistaa ei käyty enää lääkkeellisen korvaushoidon arvosta sinänsä. Sen sijaan erimielisyys tiivistyi siihen, voitiinko huumeriippuvuuteen tarjota korvaushoitoa avohoidossa yksityisvastaanotoilla vai pitäisi-
kö sen toteuttaminen rajoittaa ainoastaan erikoistuneessa laitoshoidossa tapahtuvaksi.

Tapauksesta nousi poikkeuksellisen laaja ja vuosia kestänyt julkinen debatti. Lääkäri, jonka vastaanotolta tapaus käynnistyi, oli nimeltään Pentti Karvonen. Hän ei arkaillut osallistua julkiseen keskusteluun. Päinvastoin, hänen nimestään ja kasvoistaan tuli niin tunnettuja, että Suomessa tapauksesta on keinotekoista puhua ilman hänen nimeään. Pentti Karvonen kritisoi voimakkaasti terveysviranomaisia, lääkärikollegoitaan ja poliisia siitä, että he ymmärsivät buprenorfiinihoidon täysin väärin (esim. Karvonen 1998). Hänen mukaansa Suomessa yksinomaisena lääkeshoidon muotona tunnustettu metadonihoito oli osa sosiaalista kontrollia, joka nöyryytti potilaita pakottamalla heidät hakemaan lääkeannoksensa päivittäin klinikalta. Buprenorfiinia voitiin hänen mukaansa määrätä suurempina annoksina, ja myös vieroitusoireet olivat buprenorfiinia käytettäessä lievemmat kuin metadonin kohdalla. Oman toimintansa Karvonen näki lääkärin eettisten ohjeiden mukaisena: asiakkaan hyvinvointi käy yli viranomaismääräysten.

Karvonen kritisoi sitä, että buprenorfiinin määräämistä puoltavat lääketieteelliset argumentit eivät saaneet keskustelussa riittävästi painoarvoa. Hänen mukaansa poliisin ja terveysviranomaisten painostuksen alla suomalaiset lääkärit olivat luopuneet oikeudestaan määrittää oma käytäntönsä. Hän valitti oikeuksiensa rajoittamisesta korkeimpaan hallinto-oikeuteen ja yritti avata periaatekeskustelua Suomen Lääkärilehdessä ja eräillä muilla ammatillisilla tai tieteellisillä foorumeilla (esim. Yhteiskuntapolitiikka-lehdessä).

Karvonen vetosi taajaan argumentoinnissaan asiakaslähtöisyyteen ja asiakkaan oikeuteen valita hoitomuotonsa, mikä saavutti julkisuudessa huomattavaa vastakaikua. Modernissa yhteiskunnassa tämänkaltaisissa kiistatilanteissa, joissa toimijat jakaantuivat erilaisiin ammatillisiin leireihin tai koulukuntiin, asiakkaan tuli saada valita itselleen parhaiten sopiva vaihtoehto. Erilaisten koulukuntien tuli saada kehittyä vapaasti; menestys rat-

kaistaisiin terveystarkkinoilla, ei hallinnollisin päätöksin. Karvonen kritisoi sitä, että rajoitukset estivät koulukuntien välisen vapaan kilpailun, mikä tukahdutti erilaisten hoitomenetelmien kehittämisen. Painotus mukaili vapaan markkinatalouden vaatimusta.

Tapauksessa hän myös toimi kuten yrittäjä, jonka oikeuksia oli loukattu. Julkisen esiintymisen lisäksi Karvonen koetti kiertää hänelle määrättyjä rajoitteita monin eri tavoin. Hän pyrki luomaan yhteistoimintaverkoston toisten lääkärin kanssa ja haki lupaa klinikan perustamiselle Viroon. Skandaali syntyi siitä, kun hän jäi kiinni tullitarkastuksessa yrittäessään itse tuoda Thaimaasta hankkimaansa buprenorfiinia maahan. Erilaisista toimita tunnetuin lienee kuitenkin niin kutsuttu ilmasilta Ranskaan. Hän lähetti potilaitaan Ranskaan, jossa paikallinen lääkäri kirjoitti heille lääkemääräyksen. Suomessa buprenorfiini varastoitettiin Karvosen toimistoon, josta myös potilaat, jotka itse eivät pystyneet matkustamaan, saattoivat saada tarvitsemansa lääkityksen. Tämän toiminnan keskeytti kuitenkin poliisi, joka epäili hänen perustaneen maahan oman apteekin.

Jotkut Karvosen asiakkaat tukivat häntä selostamalla julkisuudessa buprenorfiinihoidon myönteisiä vaikutuksia. He ilmaisivat myös vastustavansa vahvasti laitoshoidoa omalla kohdallaan. Julkista tukea tuli myös potilaiden vanhemmilta. Helsingin Sanomissa neljä äitiä esimerkiksi kehui buprenorfiinilääkityksen vaikutuksia ja syytti viranomaisia huumeongelmaisten ja heidän perheidensä tarpeiden ja mielipiteiden vähättelystä. Yleisesti ottaen Karvosen asiakkaat ja heidän perheensä saivat julkisuudessa runsaasti huomiota osakseen.

Tapauksen seuraukset

Molemmilla kiistatapauksilla oli vaikutusta suomalaisen hoitopolitiikan muutokseen. Ensimmäinen tapaus nosti ongelman suuren yleisön tietoisuuteen, toinen tapaus kiirehti ryhtymään konkreettisiin toimiin asian järjestämisessä. Tapauksen saama julkinen huomio nosti korvaushoidon politiikan agendalle. Molemmat tapaukset vaikuttivat myös vahvasti siihen, että buprenorfiini hyväksyttiin vähitellen hoitokäytännössä vaihtoehtoksi metadonin rinnalle. Virallista hoitopolitiikkaa muotoiltiin näin kahden lääkärin määrätietoisena, jopa itsepäisen, toiminnan tuloksena.

Mitenkään vähättelemättä yksityislääkäreiden pioneeritoiminnan merkitystä (Salaspuro 2002;

Asetelma 1. Teemojen ja toimijoiden vaihtelua 1990-luvun kahdessa korvaushoitoa koskevassa kiistassa		
	Tapaus 1 (1990–1991)	Tapaus 2 (1997–2003)
Lääkäreitten kollegiaalisuuden aste	matala; ammattikunta hajanainen	korkea; ammattikunta yhtenäisempi
Terveysviranomaisten rooli	rajoittava	myötämielinen ja tukeva
Poliisin rooli	hallitseva, tiukasti valvontaa korostava	myötämielisempi hoitoa kohtaan
Korvaushoidon lieveilmiöt	keskeinen kysymys	marginaalinen kysymys
Asiakslähtöisyys ja käyttäjien oikeus hoitoon	pieni kysymys, hävisi kiistan edetessä	iso kysymys
Viittauksia (näyttöön perustuvaan) tietoon, tutkimukseen ja ulkomaisiin kokemuksiin	vähän	runsaasti
”Huumeongelman” yleismäärittelmä	kansainvälinen uhka	kansallinen/paikallinen & kansainvälinen uhka
Hallintokäytäntö	keskitetty ohjaus	hajautettu ohjaus

Soikkeli 2002; Virtanen 2002; Wuori 2002) on todettava, että tämänkaltaisen politiikan suunnanmuutos toteutuu vain harvoin yksittäisten yksilöiden toiminnan kautta. Rajoitusten ja hallinnollisten paineiden alla ensimmäisen kiistatapausten lääkäri vetäytyi huumeongelmaisten korvaushoidosta ja siihen liittyvästä keskustelusta ja keskittyi nuorten ongelmiin toisilla foorumeilla. Jälkimmäisessä tapauksessa lääkäri menetti lopulta kaikki lääkärinoikeutensa ja tuomittiin korkeimman oikeuden päätöksellä kahdeksi ja puoleksi vuodeksi vankeuteen. Agendalle noustuaan korvaushoidon järjestäminen eteni kuitenkin muita teitä ja muiden toimijoiden saatteessa.

Kiistakapuloiden ja päätoimijoiden vaihtelut

Asetelmaan 1 olemme tiivistäneet muutamia ratkaisevia eroja kahden edellä kuvatun kiistan välillä. Erot koskevat yhtäältä kiistoihin osallistuneiden sosiaalisten voimien suhteita ja toisaalta kiistojen pääaiheita ja yleisempää yhteiskunnallista kontekstia. Muutokset näissä taustatekijöissä siivittivät politiikkaa kohti ratkaisevaa käännettä.

Edellisessä tapauksessa kenttää hallitsi kaksi vahvaa osapuolta. Toinen oli huumeupoliisi ja toinen terveydenhuoltoa edustava lääkäritoimi. Poliisi oli hätkähdyttävän aktiivinen. Se saattoi tukeutua kaksi vuosikymmentä kestäneeseen huumeupoliittiseen perinteeseen, jolla oli syvät rikos-

oikeudelliset ja kontrollipoliittiset juuret. Myös terveysviranomaiset tukeutuivat lopulta tähän poliisille tyypilliseen kontrollipoliittiseen retoriikkaan. Haastajana oli yksittäinen lääkäri, joka halusi kokeilla uutta lääkettä huumeriippuvaisten asiakkaidensa hoitoon. Hän sai tukea asiakkailtaan ja heidän vanhemmiltaan, muttei onnistunut innostamaan ammattikuntaansa laajemmin mukaan kamppailuun. Keskustelua käytiin kehyksessä, jota hallitsivat kontrolli ja ehdottoman päihitteettömyyden vaatimus kuntoutuksessa.

Jälkimmäisessä tapauksessa huumeupoliittinen kehys oli jo ehtinyt muuttua monilta osin. Huumeiden käytön kasvu ja haittojen lisääntyminen olivat tulleet ilmeisiksi ja ajatukset riskien hallinnasta ja huumeriippuvuudesta sairautena olivat valtaamassa alaa. Tuolloin avattiin ensimmäinen terveysneuvontapiste, joka vaihtoi käytettyjä pistosvälineitä puhtaisiin. Samana vuonna Huumeusainestrategia 1997 julisti periaatteellisen tukenensa korvaushoidolle. Myös päivälehien pääkirjoituksissa kannatettiin muutoksen tuulia. Niiden mukaan suomalaista huumeongelmaa ei enää voinut luonnehtia pelkäksi ulkoiseksi uhaksi. Pikemmin ongelma oli nyt keskellä meitä, ja se edellytti korjaavia toimenpiteitä tässä ja nyt. Asetelman muututtua näin poliisia arvosteltiin hedelmättömistä arvovaltakiiostoista ja sitä painostettiin tekemään yhteistyötä sosiaali- ja terveysammattilaisten kanssa (Hakkarainen & Törrönen 2002, 546–547). Viime vuosien aikana poliisin toiminta onkin muuttunut hoitomyönteisemmäksi. Tä-

mä ilmenee muun muassa poliisin omassa huumausaineiden vastaisessa strategiassa, jonka mukaan ”huumausaineen käyttäjälle annetaan aina hoitoonohjausta ja tarvittaessa toimitetaan henkilö sosiaali- tai terveydenhoitohenkilöstön hoitoon” (Poliisin ..., 2002). Merkille pantavaa on myös se, että sisäasiainministeriön koordinoimassa sisäisen turvallisuuden ohjelmassa vaaditaan korvaushoitopalvelujen jatkuvuuden turvaamista (Arjen turvaa, 2004.)

Vaikka Karvosen toiminta luonnollisestikin herätti lääkäreiden keskuudessa hämmennystä ja arvostelua, oli lääketieteellisen kentän yhtenäisyyden lujittuminen korvaushoitokysymyksessä silmiinpistävä. Suomen Lääkärilehti julkaisi vuosina 1997–2001 toistakymmentä korvaushoitoa käsitellyttä artikkelia ja puheenvuoroa. Näissä teksteissä suhtauduttiin korvaushoitoon joko myönteisesti tai erittäin myönteisesti. Kirjoituksissa oli aktiivinen ja vaatimuksia täynnä oleva sävy. Lääkärit ja Lääkäriliitto halusivat raivata pois ennen kaikkea terveysviranomaisten liian tiukoiksi koettuja sääntöjä. Myös poliisia ja vanhempainyhdistyksiä arvosteltiin. Niiden katsottiin toimineen hoidon järjestämisen jarruna ja tukeneen ”ajattelua, että huumeidenkäyttö on pelkästään juridis-moraalinen kysymys, johon lääkärien ei kuulu-kaan puuttua” (Mäkelä 1998).

Samanaikaisesti Päihdelääkäreiden yhdistyksen toiminnan yksi painopiste on ollut opiaattiriippuvaisten huumeiden ongelmakäyttäjien lääkkeellisen korvaus- ja ylläpito-hoidon edistäminen. Toiminta onkin ollut erittäin tehokasta. Yhdistys oli muun muassa keskeisesti vaikuttamassa siihen, että hoitomuodon kehittämisen tarve nostettiin esiin Huumausainestrategia 1997:ssä (Tammi 2003). Vakuuttava näyttö lääkärikunnan toiminnan järjestäytymisestä oli lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Akatemian marraskuussa 1999 huumeriippuvuuden hoidosta järjestämä konsensuskokous, joka liitti opiaattiriippuvuuden lääkehoidon osaksi suomalaista koululääketiedettä. Näin terveysviranomaiset, jotka vielä vuosikymmen sitten olivat terävä piikki korvaushoidon lihassa, ja lääkkeellisten hoitojen puolesta puhuneet lääkärit löysivät toinen toisensa.

Ensimmäisessä kiistatapauksessa heränneet epäilyt siitä, että lääkettä kulkeutui hoidon kautta laittomille huumemarkkinoille, olivat pääperuste toiminnan keskeyttämiseen. Toisessa tapauksessa tällä kysymyksellä on ollut selvästi vähäisempi merkitys. Vaikka rikosuutisoinnissa tähän ongelmaan

on toistuvasti viitattu, siihen on suomalaisen huumeepoliitiikan uudelleenmäärittelyssä kiinnitetty vakavampaa huomiota vain joissakin yksittäisissä puheenvuoroissa (esim. Mäkelä & Poikolainen 2001; Partanen & al. 2004). Näin siittäkin huolimatta, että buprenorfiinista on tullut jopa heroiniin yleisemmin käytetty aine suomalaisten opiaattien käyttäjien keskuudessa (Partanen 2003).

Edelleen on todettava, että korvaushoidon nopeaa leviämistä ovat siivittäneet kansainväliset trendit (ks. Solberg & al. 2002; Jaffe & O’Keeffe 2003; Buprenorphine ..., 2004). Suomalaiset lääkärit ja lääkintäviranomaiset ovat käyttäneet auktoriteettinaan kansainvälistä biolääketieteellistä tutkimusta (ks. esim. Konsensuskokous, 1999; Hermanson 2001; Opioidiriippuvaisten lääkkeellisiä ..., 2001). Tässä tutkimuserinteessä huumeaddiktio määritellään aivosairaudeksi, jonka käsittelyssä lääkehoito on avainasemassa. On korostettu, että tunnetut tiedeyhteisöt ovat tukeneet opiaattien käyttäjien lääkkeellistä hoitoa. Esi-merkkejä on otettu erityisesti USA:sta (National Institute on Drug Abusen suositukset, National Institute of Healthin konsensuskokous 1998, ks. Effective ..., 1998). Myös ruotsalaiseen laajaan kartoitukseen näyttöön perustuvasta hoidosta (Behandling ..., 2001) on viitattu taajaan (esim. Salaspuro 2002 & 2003 a & b).

Korvaushoitoa edistävät kansainväliset trendit olivat jälkimmäisen kiistatapauksen aikaan selvästi vahvistuneet. Vaikka buprenorfiinin tehosta oli olemassa näyttöä jo 1990-luvun alussa, tutkimustulokset saivat tunnustetun aseman arvovaltaisilla asiantuntijafoorumeilla vasta vuosikymmenen lopulla (esim. Jaffe & O’Keeffe 2003). Jälkimmäisen kiistatapauksen yhteydessä käydyssä keskustelussa voitiin vedota myös muuttuneisiin eurooppalaisiin käytäntöihin. Euroopassa korvaushoito laajeni erityisesti 1990-luvun puolivälin jälkeen. Euroopan huume seurantakeskuksen EMCDDA:n tietojen mukaan korvaushoitopotilaiden määrä unionin alueella kolminkertaistui vuosien 1993 ja 1997 välillä, ja kasvutrendi on jatkunut vahvana sen jälkeen (Solberg & al. 2002).

Korvaushoito ja huume poliittinen kaksoisstrategia

Ilmiönä korvaushoidon esiinmarssi on aikansa lapsi. Korvaushoidon omaksuminen on yhteydessä huume ongelmien radikaaliin uudelleenke-

hystämiseen, joka on jättänyt jälkensä myös valtionhallinnon huume politiikan työnjaollisiin järjestelyihin.

Yhteiskunnallista huume kysymystä hallitsi 1990-luvulle asti kriminaalipoliittinen näkökulma. Sen mukaan huumeiden käyttäjä oli ennen kaikkea rikollinen ja huumeet tuli kitkeä pois yhteiskunnasta. Niissä oloissa hoitojärjestelmällä ei ollut mahdollisuuksia kehittyä. Kun ongelmat alkoivat 1990-luvun alussa kasaantua, uudet jäsenystävät haastoivat rikollisuusnäkökulman. Vuosien 1994–1996 hepatiitti A- ja B-epidemioiden yhteydessä alettiin kantaa enemmän huolta huumeiden vaikutuksista sekä väestön terveydelle (*kansanterveysnäkökulma*) että huumeiden käyttäjälle riippuvuussairaudesta kärsivänä yksilönä (*potilasnäkökulma*). Uudessa ajattelutavassa huumeiden käyttäjiin suhtaudutaan myös kasvavassa määrin täysivaltaisina kansalaisina (*ihmisoikeusnäkökulma*). (Ks. Hurme 2002.)

Potilas- ja ihmisoikeusnäkökulmat kohtaavat asiakaslähtöisyydessä, josta tuli avainsana 1990-luvun sosiaalityössä ja terveydenhuollossa.² Näin tapahtui myös huumeiden ongelmakäyttäjien osalta. Huumausainestrategia 1997:n ja sitä seuranneiden valtioneuvoston periaatepäätösten myötä huumausaineiden käyttäjien hoito alettiin nähdä entistä selvemmin osana huumausainepoliittikkaa käytön ehkäisyn ja valvonnan rinnalla. Konsensuskokouksen lausumassa vuodelta 1999 todettiin, että ”[j]okaisella huumeongelmallisella on asuinkunnasta riippumatta oikeus päästä moniammatillisen, huumeongelmien hoitoon perehtyneen työryhmän tutkittavaksi”; hoidosta päätettäessä ”potilaalla itsellään tulee olla hyvin merkittävä rooli” (Konsensuskokous, 1999). Tämän nojalla esitettiin, että ongelmakäyttäjille piti tarjota joustavia mahdollisuuksia solmia erilaisia hoitosuhteita. Lääkehoidon puolestapuhujien suussa asiakaslähtöisyys sai tätä paljon suuremman painoarvon (esim. Salakari 1998). Kuten on todettu, Karvosen toiminnassa se oli keskeinen argumentti.

1990-luvun alussa valtionhallinto (lääkintöhallitus, sosiaali- ja terveysministeriö, sisäasiainministeriö) seisoi yhtenä miehenä korvaushoitoa vastustavan kannan takana. 2000-luvulle tultaessa

valtionhallinnon toimintatapa oli alkanut muuttua siten, ettei viranomaisten tai ministeriöiden välttämättä tarvinnut muodostaa yhtenäistä kantaa yksittäisiin kysymyksiin: ”Kun sosiaali- ja terveysviranomaiset ja sisäministeriö keskustelevat huume ongelmista, ne kohtaavat kuin kahden eri osapuolen delegaattiot” ja hallituksen esitykset eduskunnalle voivat hyvinkin olla yksittäisen ministeriön esityksiä (Tigerstedt 2000, 465). Korvaushoidon nopean läpimenon yhtenä edellytyksenä oli se, että kysymyksen valmistelu tapahtui yhdessä, asialle vihkiytyneessä ministeriössä eli sosiaali- ja terveysministeriössä. Sisäasiainministeriöllä ei ollut osaa eikä arpaa siinä prosessissa.

Valtionhallinnon muuttunut toimintatapa heijastuu kansallisen huume strategian nykyiseen kahtiajakautumiseen, ristiriitaiseen huume politiikkaan (Hakkarainen & Tigerstedt 2002; Virtanen 2002; Tammi 2002; Törrönen 2004). Jako merkitsee sitä, että poliisi huolehtii rikosoikeudellisesta kentästä laajenevin valtuuksin, samalla kun se vaimentaa entistä rooliaan äänekkäimpänä, näkyvimpänä ja suvereenina huume politiittisena toimijana. Toisaalta sosiaali- ja terveyssektorin ammattilaiset mobilisoituvat, ryhtyvät tärkeiksi huume politiittisiksi toimijoiksi ja osallistuvat aktiivisesti uuden hoito- ja ehkäisykentän luomiseen.

Miten huume politiikka jakautui kahtia? Kun Huumausainestrategia 1997 muotoiltiin, asianosaiset ministeriöt istuivat saman pöydän ääressä tekemässä suurta, yhtenäisen huumausainepoliittikan kompromissia. Kompromissin turvin strategiassa ehdotettiin rikosoikeudellisen kontrollipoliittikan rinnalle monia pragmaattisia sosiaali- ja terveyspoliittisia toimenpiteitä huume tilanteen parantamiseksi. Kompromissin hinta taas oli se, että siinä asetettiin tavoitteeksi sekä huumeiden täyskieltoon tähtäävä rajoittava politiikka että sellaisten pragmaattisten toimenpiteiden kehittäminen, jotka vähentävät huumeiden käytöstä ja torjunnasta aiheutuvia sosiaalisia, terveydellisiä ja taloudellisia haittoja. Jälkeenpäin voi kysyä, oliko sittemmin jakautunut huume politiikka idullaan jo tässä ristiriitaisessa kompromississa.

Huume politiikan kaksijakoisuudesta saamme lisävalaistusta vuosina 2000–2002 sosiaali- ja terveysministerinä toimineelta Osmo Soininvaaralta. Kirjassaan ”Ministerikytyti” hän huomauttaa, että 1990-luvun lopussa Paavo Lipposen ensimmäinen hallitus (1995–1999) teki kompromissin ”kieltolinjan ja haittojen ehkäisylinjan välillä”:

²Laajemmin ottaen asiakasnäkökulman vahvistumisen voi liittää kulutusyhteiskunnan muovautumiseen: painopiste siirtyy tuottajista kuluttajiin ja kulutuksen käsite laajenee uusille alueille mukaan lukien sosiaali- ja terveyspalvelut (Keat & al. 1994; Sulkunen & al. 1997).

”Nyt edetään molempia raiteita pitkin. Huume-
poliisi sai lisää valtuuksia huumerikollisten jäljit-
tämiseen, ja hoitolinja alkoi jakaa puhtaita neu-
loja ja ruiskuja hepatiitin ja AIDSin torjumiseksi
samalla kun hoitopaikkoja huumeriippuvaisille
pyrittiin lisäämään.” Tulevana ministerinä Soinin-
vaara osallistui aktiivisesti Duodecim-seuran ja
Suomen Akatemian järjestämään konsensusko-
koukseen. Muun muassa sen innoittamana
Soininvaara päätti keskittyä ministerikaudellaan
kahteen asiaan. Toinen oli neulojen ja ruiskujen
vaihtomahdollisuuksien lisääminen. Ministerin
toinen silmäterä oli korvaushoito: ”Kun tulin mi-
nisteriksi [huhtikuussa 2000], ilmoitin ensim-
mäisen viikon aikana, että konsensuskokouksen
suositukset pannaan toimeen ja korvaushoitoihin
aletaan suhtautua aiempaa myönteisemmin”
(Soininvaara 2002).

Korvaushoidon laajeneminen viidestä potilaas-
ta 600–700 potilaaseen muutamassa vuodessa pe-
rustuu osittain tähän huumeainepolitiikan kak-
soisstrategiaan. Kiitos tämän työnjaon erityisesti
lääkäreistä on tullut tämän politiikan aktiivinen ja
itsenäinen toimija.

Avoimia kysymyksiä

Korvaushoitopolitiikan läpimurron tarkastelu
avaa runsaasti kysymyksiä jatkokeskustelulle ja
kommentoinnille.

1) *Mitä voimme oppia?* Voi kuulostaa jälki-
viisastelulta, mutta haluamme kysyä, olisiko toi-
senlaisella viranomaistoiminnalla voitu ehkäistä
huumeongelmien myöhempää kasvua? Todennä-
köisesti olisi. Vaikka heroisiin tarjonnan oleelli-
sella lisääntymisellä epäilemättä oli keskeinen vai-
kutuksen vuosikymmenen lopun tilanteeseen, asian
käsittely ja hallinta olisi ollut helpompaa, jos meil-
lä olisi jo silloin ollut toiminnassa edes alkeellinen
korvaushoidon järjestelmä. Nyt tätä järjestelmää
on jouduttu rakentamaan ikään kuin myrskyn
keskellä, millä oletettavasti on ollut myös vaiku-
tuksensa moniin ongelmiin niin pelin sääntöjen
sopimisessa kuin hoitoon pääsyn sujuvuudessa-
kin. 1990-luvun alussa yksityislääkärin vastaan-
otolle pyrkinyt potilasjoukko kieli siitä, että meil-
lä pitkään hyvin vähäisenä pysytellyt heroion-
gelma oli saanut jonkinlaisen kasvualustan aina-
kin pääkaupunkiseudulla. Tämä yllätti viran-
omaiset (Hakkarainen & Hoikkala 1992), mutta
ei tuolloin johtanut käytännössä minkäänlaisiin

uudistuksiin. Jatkossa huumeongelmien yhteis-
kunnallisen säätelyn ja hallinnan kannalta olisi
varmasti eduksi, jos muutoksiin opittaisiin varau-
tumaan hyvissä ajoin, jo niin kutsuttuja heikkoja
signaaleja tulkiten.

2) *Mikä on palvelujärjestelmän kokonaistilanne?*
Muutosvauhti on ollut nopea, muutamassa vuo-
dessa kourallisesta 600–700 potilaaseen. Kan-
sainvälisesti luku ei päätä huimaa, mutta ottaen
huomioon suomalaisen päihdehuollon perinteen
kyse on periaatteellisesti isosta muutoksesta.
1930-luvusta lähtien sosiaaliviranomaiset ja so-
siaalityö ovat esittäneet pääroolia alkoholistihuol-
lossamme. Alkoholiongelmia on pidetty pikem-
min sosiaalisia ratkaisuja vaativina pulmina kuin
lääkintää edellyttävänä sairautena (Bruun 1971;
Takala & Lehto 1989). Myös huumeongelmia on
viime vuosiin asti käsitelty ensisijaisesti sosiaali-
huollon piirissä (Kaukonen 2002; Murto 2002).
Keskeinen tavoite 1990-luvulle asti oli abstinensi-
si, kuntoutuminen huumeettomaksi. Tavoite oli
sopuoinnussa sen kanssa, että huumeiden käyttö
ja siitä aiheutuvat ongelmat miellettiin eritoten
kriminaalipoliittiseksi kysymykseksi. Tuohon ajat-
telutapaan hoito ylipäänsä, mutta erityisesti kor-
vaava lääke- ja ylläpitohoito sopivat huonosti.

Nyt huumehoito on kokenut uuden käänteen.
Korvaus- ja ylläpito-hoidon imu on ollut niin vah-
va, että lääkkeettömässä hoidoissa on koettu
asiakaspulaa ja lääkkeellisissä lääkäripulaa. Tämä
herättää kysymyksen, mikä on erilaisten lääkkeet-
tömien ja lääkkeellisten hoitopalvelujen optimaal-
linen suhde. Minkä verran panostetaan palvelui-
hin, joiden avulla pyritään kokonaan irti aineista,
minkä verran palveluihin, joilla saadaan käyttäjät
kiinnittymään hoitoon, ja minkä verran palvelui-
hin, joilla pyritään lähinnä vain haittojen mini-
moimiseksi vetämään henkilö pois katukäytöstä ja
laittomilta markkinoilta? Onko tämä pelkästään
palvelumarkkinoilla määräytyvä asia, vai ovatko
huumeiden käyttäjien erilaiset tarpeet ja toiveet
sekä olemassa olevat ammatilliset ja taloudelliset
resurssit sovittavissa yhteen suunnitelmallisem-
malla tavalla? Nämä ovat poliittisia kysymyksiä,
jotka vaativat kannanottoa. Ratkaisun pohjaksi
tarvitaan muutakin tietoa kuin se, onko jonkin
menetelmän tehosta saatu vahvistusta niin sano-
tulla näyttöön perustuvalla menetelmällä, mitä
nykytilanteessa on käytetty pääargumenttina.
Hyödyllistä olisi saada kattavaa tietoa myös
asiakasmääristä ja niiden muutoksista eri palve-
luissa. Nykyisin esimerkiksi lääkkeellisten hoito-

jen asiakkaiden lukumäärästä on ainoastaan arviovaraista tietoa.

3) *Miksi buprenorfiinin väärinkäytöstä vaietaan?* Mikä merkitys on annettava sille, että buprenorfiinin käytöstä on muodostunut meille vakava päihdeongelma (Partanen 2003; Partanen & al. 2004). Viittaaminen itsehoitoon, kun kaikki halukkaat eivät pääse riittävän nopeasti hoitojärjestelmän piiriin, ei ole vakuuttava argumentti. Kadulta hankitun buprenorfiinin käyttö tapahtuu pistämällä, likaisia ruiskuja käyttämällä muiden lääkeaineiden ja huumeiden ohessa. Tällaista käyttöä on vaikea pitää hoidollisena. Tiedetään myös, että on käyttäjiä, jotka ovat aloittaneet opiaattien käytön nimenomaan buprenorfiinilla ja kehittäneet riippuvuuden siitä. Mitä ilmeisimmin buprenorfiini on sekä tehokas lääke opiaattiriippuvaisten hoidossa että suosittu huume suomalaisten käyttäjien keskuudessa. Eritoten terveysviranomaiset ovat osoittaneet hämmästyttävän vähän mielenkiintoa buprenorfiinin väärinkäyttöongelmaa kohtaan. Tilanteen tekee jännittäväksi se, että korkein oikeus (KKO) päätti joulukuussa 2004 luokitella buprenorfiinivalmiste Subutexin erittäin vaaralliseksi huumausaineeksi. Miten tämä tulee vaikuttamaan yhtäältä hoitoon ja toisaalta valvontaan, jää nähtäväksi.

KIRJALLISUUS

- ARJEN TURVAA. Sisäisen turvallisuuden ohjelma. Valituneuvoston yleisistunto 23.09.2004. Sisäasiainministeriö 29/2004
- BAAS, ARI & SEPPÄNEN-LEIMAN, TUULA: Kadulta korvaushoitoon. Buprenorfiinihoidon kehittämissuunnitelman (1.1.1998–30.6.2000) loppuraportti. A-kliinikkasäätiön raporttisarja nro 38. Helsinki 2002
- BEHANDLING AV ALKOHOL- OCH NARKOTIKAPROBLEM. En evidensbaserad kunskapsammanställning. SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering, rapport nr 156. Stockholm 2001
- BRUN, KETIL: Finland: The non-medical approach. In: Kiloh, L. G. & Bell, D. S. (eds.): Proceedings of the 29th International congress on alcoholism & drug dependence. Chatswood, Butterworths, Australia, 1971
- BUPRENORPHINE IN THE NORDIC COUNTRIES. Thematic block with contributions by Pia Rosenqvist; Henrik Thiesen & Morten Hesse; Airi Partanen & Jukka Mäki; Astrid Skretting & Catherine Dammen; Anders Romelsjö. Nordic Studies on Alcohol and Drugs 21 (2004): English Supplement, 149–170
- EFFECTIVE MEDICAL TREATMENT OF OPIATE ADDICTION. JAMA 280 (1998): 22, 1936–1943

4) *Mitä pitää tutkia?* Korvaus- ja ylläpitoehdoista on käyty runsaasti keskustelua tieteellisillä ja ammatillisilla foorumeilla (Mäkelä & Poikolainen 2001; Salaspuro 2002 & 2003 a & b; Knuutila & al. 2003 a & b; Matela & al. 2003 ja 2004; Forssén & Tainio 2003). Silti varsinaista tutkimustietoa suomalaisesta käytännöstä on hyvin vähän (ks. kuitenkin Baas & Seppänen-Leiman 2002; Partanen 2003; Forssén 2004; Halmeaho & Nuorvala 2004), eikä päihdepalvelujärjestelmän systemaattiseen tutkimiseen ja kehittämiseen ole juuri panostettu. Kansainvälisen tutkimuskirjallisuuden rinnalle olisi tärkeää saada tietoa myös siitä, miten korvaus- ja ylläpitohoito on toiminut Suomessa. Tuulikki Forssénin (2004) lissensiaattitutkimus kertoo siitä, kuinka vaikea prosessi ylläpitoehdoista uuden hoitomuodon aloittaminen käytännössä on ja kuinka paljon jatkuvat rajanvedot vaativat niin asiakkailta kuin henkilökunnaltakin. Tarkempaa tietoa kaivataan myös seuraavista asioista: Miten ja mistä asiakkaat rekrytoituvat korvaus- ja ylläpitohoitoon, ja millaiseksi heidän elämänsä muotoutuu? Millaista psykososiaalista kuntoutusta korvaushoidon asiakkaat saavat? Mistä kadulla kaupattava buprenorfiini tulee, ketkä sitä käyttävät ja missä sosiaalisessa yhteisössä he sitä tekevät?

- FORSSÉN, TUULIKKI: Kun ylläpitohoito päiväkeskukseen tuli: Kriiseistä eriytyneeseen huumeuskuntoutukseen. Tiimi 5/2004, 13–14
- FORSSÉN, TUULIKKI & TAINIO, HANNELE: Mistä rahat korvaus- ja ylläpitohoitoihin? Tiimi 5/2003, 27
- HAKKARAINEN, PEKKA & HOIKKALA, TOMMI: Temgesic: lätlurade läkare, narrande narkomaner. Nordisk Alkoholitidskrift 9 (1992): 5, 261–274
- HAKKARAINEN, PEKKA & KUUSSAARI, KRISTIINA: Erikoistunut huumehoito: Palvelurakenne ja huumehoitojärjestelmä. Alkoholipolitiikka 61 (1996): 1, 30–39
- HAKKARAINEN, PEKKA & TIGERSTEDT, CHRISTOFFER: Ristiriitojen huumeolitiikka – huumeongelman normalisaatio Suomessa. S. 250–269. Teoksessa: Heikkilä, Matti & Kautto, Mikko (toim.): Suomalaisten hyvinvointi 2002. Helsinki: Stakes, 2002
- HAKKARAINEN, PEKKA & TÖRRÖNEN, JUUKA: Huumeet ja hyvinvointivaltion kehyksen muutos lehtiin pääkirjoituksissa. Yhteiskuntapolitiikka 67 (2002): 6, 539–551
- HAKKARAINEN, PEKKA & METSO, LEENA: Huumeiden käytön uusin sukupolvi Yhteiskuntapolitiikka 68 (2003): 3, 244–256
- HALMEAHO, MATTI & NUORVALA, YRJÖ: ”Onni-projektin” arviointia. Arviointi opioidiriippuvaisten

- lääkkeellisestä ja psykososiaalisesta hoidosta Nur-
mijärven terveyskeskuksessa. (Moniste.) Helsinki:
Stakes, 2004
- HERMANSON, TERHI: Mitä mahdollisuuksia opioidi-
riippuvaisten hoidossa? Suomen Lääkärilehti 56
(2001): 46, 4763–4766
- HIETANIEMI, TUUJA: Organisoitun rikollisuuden tila ja
torjunnan haasteet. Haaste 1 (2001): 3–4, 28–29
- HURME, TOIVO: Harmin paikka? Haittojen vähentä-
misen käsitteellinen ongelmallisuus huume-
politiikassa. Yhteiskuntapolitiikka 67 (2002): 5, 415–
422
- HUUMAUSAINOIDEN ONGELMAKÄYTTÄJIEN HOITOA KE-
HITTÄNEEN TYÖRYHMÄN MUISTIO. Työryhmämu-
istioita 8. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö,
2001
- HUUMAUSAINESTRATEGIA 1997. Huumeainepoliitti-
sen toimikunnan mietintö. Komiteamietintö
1997:10. Helsinki 1997
- JAFFE, JEROME H. & O'KEEFFE, CHARLES: From mor-
phine clinics to buprenorphine: regulating opioid
agonist treatment of addiction in the United States.
Drug and Alcohol Dependence 70 (2003): S3–S11
- KARVONEN, PENTTI: Heroinistien Benedictus-kol-
moishoito. Yhteiskuntapolitiikka 63 (1998): 2,
163–179
- KAUKONEN, OLAVI: Päihdepalvelupolitiikka ja hyvin-
vointivaltion muutos. S. 137–166. Teoksessa: Kau-
konen, Olavi & Hakkarainen, Pekka (toim.): Huu-
meiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa. Helsinki:
Gaudeamus, 2002
- KEAT, R. & WHITELEY, N. & ABERCROMBIE, N. (eds.):
The authority of the consumer. London: Rout-
ledge, 1994
- KINNUNEN, AARNE & LEHTO, JUHANI: Finland: Drug
treatment at the margins. P. 48–60. In: Hunt, G. &
Klingemann, H. (eds.): Drug treatment systems in
an international perspective. Thousands Oaks:
Sage, 1997
- KNUUTILA, VESA & SAARNIO, PEKKA & SIEKKINEN, KA-
RI: Huumeriippuvuuden lääkehoidosta ei saisi teh-
dä ainoaa vaihtoehtoa. Tiimi 2/2003, 12–13.
2003a
- KNUUTILA, VESA & SAARNIO, PEKKA & SIEKKINEN, KA-
RI: Satunnaistettu hoitotutkimusko totuuden tae?
Tiimi 5/2003, 24. 2003b
- KONSENSUSKOKOUS. Huumeriippuvuuden hoito Suo-
messä. Konsensuslausuma 3.11.1999. Vammala:
Suomalainen Lääkäriseura Duodecim & Suomen
Akademia, 1999.
- MATELA, KARI & HURSTI, TUULA & VÄYRYNEN, SAN-
NA: Kriittikki ulotettava meta-analyysiinkin. Ti-
mi 5/2003, 25–27
- MATELA, KARI & HURSTI, TUULA & VÄYRYNEN, SAN-
NA: Tieteessä ei ole oikopolkuja – eikä käytännön
päihdetyössä. Tiimi 2/2004, 21–23
- MURTO, LASSE: Päihdehuollon suomalainen malli kan-
sainvälistyvässä ympäristössä. S. 167–192. Teok-
sessa: Kaukonen, Olavi & Hakkarainen, Pekka
(toim.): Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa.
Helsinki: Gaudeamus, 2002
- MÄKELÄ, KLAUS & POIKOLAINEN, KARI: Näkökohtia
huumeainoiden ongelmakäyttäjien hoitoa kehittä-
neen työryhmän muistioista. Yhteiskuntapolitiik-
ka 66 (2001): 4, 360–365
- MÄKELÄ, RAUNO: A-klinikkasäätiö erottuu avoimu-
dellaan huumekeskustelussa. Suomen Lääkärilehti
53 (1998): 35, 4114–4116
- NARKOMAANIEN HOIDON JÄRJESTÄMINEN HELSINGISSÄ.
Helsingin kaupunki, työryhmäraportti. Helsinki
1991
- NUORTEN HUUMETYÖRYHMÄN MUISTIO. Työryhmä-
muistioita 26. Helsinki: Sosiaali- ja terveysminis-
teriö, 1985
- OPIOIDIRIIPPUVAISTEN LÄÄKKEELLISIÄ HOITOJA KEHIT-
TÄNEEN TYÖRYHMÄN MUISTIO. Työryhmämuistioi-
ta 21. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2001
- OPIOIDIRIIPPUVAISTEN NARKOMAANIEN LÄÄKEHOITO-
TYÖRYHMÄN MUISTIO. Aiheita 13/1993. Helsinki:
Stakes, 1993
- PARTANEN, AIRI: Huumehoidon tietojärjestelmä 2000–
2002: Buprenorfiini yleistynyt ongelmapäihteenä.
Tiimi 6/2003, 7–10
- PARTANEN, AIRI & HOLMSTRÖM, PEKKA & HOLOPAI-
NEN, ANTTI & PERÄLÄ, RIikka: Buprenorfiinin pistä-
minen yleistynyt huumeiden sekakäytössä. Suo-
men Lääkärilehti 59 (2004): 39, 3605–3611
- PARTANEN, P. & HAKKARAINEN, P. & HOLMSTRÖM, P.
& KINNUNEN, A. & LAMMI, R. & LEINIKKI, P. &
PARTANEN, A. & SEPPÄLÄ, T. & SIMPURA, J. & VIR-
TANEN, A.: Amfetamiinien ja opiaattien käytön
yleisyys Suomessa 1999. Suomen Lääkärilehti 56
(2001): 43, 4417–4420
- PARTANEN, PÄIVI & HAKKARAINEN, PEKKA & HOLM-
STRÖM, PEKKA & KINNUNEN, AARNE & LEINIKKI,
PAULI & PARTANEN, AIRI & SEPPÄLÄ, TIMO &
VÄLKKI, JOUNI & VIRTANEN, ARI: Amfetamiinien
ja opiaattien ongelmakäytön yleisyys Suomessa
2002. Yhteiskuntapolitiikka 69 (2004): 3, 278–
286
- POLIISSIN HUUMAUSAINOIDEN VASTAINEN STRATEGIA
VUOSILLE 2003–2006 (2002). www.intermin.fi
- SALAKARI, JUHANI: Heroiini-riippuvaisten hoito bupre-
norfiinilla. Suomen Lääkärilehti 53 (1998): 1–2,
89–91
- SALASPURO, MIKKO: Pentti Karvosen opiaattiriippu-
vuuden hoitomalli tieteellisen näytön valossa. Yhteis-
kuntapolitiikka 67 (2002): 5, 453–462
- SALASPURO, MIKKO: Tiedon oikeellisuus ja sovelletta-
vuus huumeriippuvuuden hoidossa – vaiettu to-
tuus? Tiimi 3/2003, 27–28. 2003a
- SALASPURO, MIKKO: Tieteen objektiivisuus ja kriitti-
syys sekä opiaattiriippuvuuden hoito. Tiimi 6/
2003, 15–18. 2003b
- SOIKKELI, MARKKU: Mitä hovi oikeus ajatteli? Yhteis-
kuntapolitiikka 67 (2002): 5, 483–485
- SOININVAARA, OSMO: Ministerikyty. Helsinki: WSOY,
2002
- SOLBERG, ULRIK & BURKHART, GREGOR & NILSON,
MARGARETA: An overview of opiate substitution
treatment in the European Union and Norway. In-
ternational Journal of Drug Policy 13 (2002),
477–484
- SULKUNEN, P. & HOLMWOOD, J. & RADNER, H. &

- SCHULZE, G. (eds.): *Constructing the new consumer society*. Houndsmills/London: Macmillan Press, 1997
- TAKALA, JUKKA-PEKKA & LEHTO, JUHANI: Suomen alkoholihoitoon kehitys ja ei-mediisiininen malli. S. 105–125. *Sosiaalipolitiikka* 1988. Sosiaalipolitiittisen yhdistyksen julkaisu. Vammala 1989
- TAMMI, TUUKKA: Onko Suomen huume-politiikka muuttunut? S. 252–271. Teoksessa: Kaukonen, Olavi & Hakkarainen, Pekka (toim.): *Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa*. Helsinki: Gaudeamus, 2002
- TAMMI, TUUKKA: Huume-kuri vai haittamalti? Haittojen vähentämisen käsite ja huume-politiikan vastakkainasettelut vuoden 1997 huume-sainepoliittisessa toimikunnassa. *Yhteiskuntapolitiikka* 68 (2003): 5, 465–477
- TIGERSTEDT, CHRISTOFFER: Suurta alkoholikysymystä ei enää ole. (Klaus Mäkelä haastateltavana.) *Yhteiskuntapolitiikka* 65 (2000): 5, 464–468
- TURPEINEN, PIRKKO: Värderingar och attityder kring metadonbehandlingen i Finland. *Nordisk alkoholtidskrift* 13 (1996): 5–6, 272–274
- TÖRRÖNEN, JUKKA (toim.): *Valvontaa ja vastuuta. Päih-teet ja julkisen tilan moraalisisäätely*. Helsinki: Gaudeamus, 2004
- VIRTANEN, MATTI: Huume-politiikan hauras kompromissi. *Yhteiskuntapolitiikka* 67 (2002): 6, 511–512
- VUORI, ERKKI: Huume-sainekäyttäjien määrä kasvanut nopeasti. *Lakimies-uutiset* 10/2001, 8–10
- WUORI, MATTI: Huumerintaman sota-päiväkirjasta. *Yhteiskuntapolitiikka* 67 (2002): 5, 486–489.

ENGLISH SUMMARY

Pekka Hakkarainen & Christoffer Tigerstedt: The breakthrough of Finnish substitution treatment (Korvaushoidon läpimurto Suomessa)

Official Finnish records indicate that in 1996, no more than five drug addicts in the country received medically assisted treatment. By 2004, that figure had swollen to 600–700 persons.

This article retraces the path to this crucial change. Five explanatory factors are discussed. First, in the latter part of the 1990s, Finland saw a significant increase in drug-related harms. In response, government authorities and politicians began to revise the national drug strategy. Second, substitution and maintenance treatment was brought under the spotlight through some serious public controversies. At the centre of these disputes were two private doctors who had prescribed buprenorphine for their heroin using patients. Third, a number of opinion leaders representing public administration, professional groups, non-governmental organisations and the media, together with ordinary citizens, stood up for substitution treatment. Fourth, international trends in substitution treatment, as well as

a growing body of scientific research, facilitated the advocacy of such treatment in Finland. Fifth, the practical implementation of substitution treatment has emerged as an important part of a recent socio-medical reframing of the drug issue in Finland. In this new frame two aspects are given particular attention: (a) The drug user has been redefined in terms of private and public health, and civil rights, engendering a more liberal attitude towards substitution treatment. (b) National drug policy is characterised by a bifurcate move: social and health policy initiatives, on the one hand, and criminal policy, on the other, are running on separate tracks, making it possible both to increase control powers and to expand treatment services.

Finally, the rapid development of substitution treatment has left several questions unresolved. For example, there has been conspicuously little debate on the widely known problem of buprenorphine abuse.

KEY WORDS

Substitution treatment, drug policy, buprenorphine, history, Finland