

## VASTINEITA KLAUS MÄKELÄLLE JA KARI POIKOLAISELLE

Klaus Mäkelän ja Kari Poikolaisen näkökohdat huumausaineiden ongelmakäyttäjien hoitoa kehittäneen työryhmän muistiosta, jotka julkaisimme YP:n numerossa 4/2001, ovat poikineet tukun vastineita.

Ensimmäinen puheenvuoro on työryhmän edustajilla, jotka ovat puheenjohtaja *Jouko Lönnqvist* sekä sihteerit *Sami Pirkola* ja *Jukka Heinonen*. Seuraavat puheenvuorot ovat itsehoitokouluttaja *Pentti Karvonen* ja psykoanalyttikko *Juhani Salakarinen*.

Ja lopuksi Klaus Mäkelä ja Kari Poikolainen vastaavat työryhmän jäsenille.

### TYÖRYHMÄN KOMMENTTEJA

Klaus Mäkelä ja Kari Poikolainen arvioivat Yhteiskuntapolitiikka-lehden viime numerossa (4/2001) otsikolla ”Näkökohtia huumausaineiden ongelmakäyttäjien hoitoa kehittäneen työryhmän muistiosta” sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistiot, joka valmistui kesän alussa. Kirjoittajien näkemys on kriittinen. Heidän mielestään muistio on ”hajanainen”, sen ”tietopohja on heikko”, sen kannanottoihin sisältyy ”täysin epärealistista hurskastelua”, siinä esitetään ”epärealistisia ja vaarallisia” ylimalkaisuuksia ja muistio ”kattaa vain osia toimeksiannon mukaisista tehtävistä”. Mäkelä ja Poikolainen päätyvätkin artikkelissaan selvään loppulemaan: ”Suomessa ei ole tavallista, että näin tärkeässä ja riskialttiissa asiassa käytetään näin paljon rahaa näin kelvottoman valmistelun varassa.”

Huumausaineiden ongelmakäyttäjien hoidon kehittämiseen liittyy monia vaikeita pulmia, ja toivottavaa olisi, että aiheesta käytäisiin laajaa keskustelua. Tuon keskustelun virittäjänä Mäkelän ja Poikolaisen teksti

saattaa olla arvokas. Haluamme kuitenkin kommentoida heidän muistion asiasisältöä koskevia arvioitaan, joihin mielestämme sisältyy olennaisia väärintulkintoja. Muistion laatimiseen osallistuneina meidän on vaikea löytää sen tekstistä perusteita kirjoittajien kritiikille.

Immettelimme ensinnäkin, mihin saamiinsa tehtäviin työryhmä jättää vastaamatta? Toimeksiantona oli tehdä hoidon tarvetta, rahoitusjärjestelmien ja lainsäädännön kehittämistä sekä toimijoiden välistä yhteistyötä koskevia ehdotuksia. Kaikista näistä kohdista myös tehdään ehdotuksia. Ehdotuksissa ei ole mitään ennenkuulumatonta, vaan ne ovat linjassa esim. vuonna 1999 pidetyn Hanasaaren konsensuskokouksen johtopäätösten kanssa. Kirjoittajien näkemys muistiosta, joka ”tuo näyttävästi esille” valmistautumisen ”huumausaineiden käyttäjien laajamittaiseen ylläpitoon” on perin yksipuolinen. Muistion ensisijaisena viestinä ei ole korvaus- tai ylläpitohoitojen lisääminen, vaan hoitovastuun korostaminen.

Mäkelän ja Poikolaisen keskeisin arvostelu kohdistuu siihen, että heidän mielestään

muistion ehdotukset tekevät opioidiriippuvaisten ylläpitohoitoon pääsemisen niin helpoksi ja laajentavat hoidon määrää siihen mittaansa, että seuraukset ovat tuhoisia. Huoltaan kirjoittajat perustelevat buprenorfiinin ja metadonin laajamittaisen käytön aiheuttamilla ongelmilla mm. Ranskassa ja Englannissa. Rohkenemme väittää, että työryhmällä oli käytössään laajalti korvaus- ja ylläpitohoitoon ongelmia käsittelevää tutkimusta. Koska kysymyksessä on ministeriön työryhmämuistio eikä tieteellinen tutkimusraportti, tutkimusviitteitä ei nootitettu muistio-tekstiin. Korvaus- ja ylläpitohoitojen sisältöihin paneutuu Mikko Salaspuron johdolla toimiva opioidiriippuvaisten lääkkeellistä hoitoa selvittävä työryhmä, jonka muistio valmistuu loka-kuun alkupäivinä.

Mäkelän ja Poikolaisen esittämän kritiikin ja muistion tekstin välillä on ristiriitaisuuksia. Tarkastellaanpa esim. heidän seuraavaa tulkintaansa (kursivoivat vastineen kirjoittajat):

”Työryhmä ehdottaa ylläpitohoitoon kriteerien ja menettelytapojen pitkälle menevää väljentämistä, kuten matalan kynnyksen ylläpito-

hoitoa, jonka tavoitteena on ensisijaisesti hoitoon sitoutuminen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa' (s. 33–34). *Potilas siis halutaan mahdollisimman pian huumeriippuvuuden synnyttävää elinikäiseen ylläpitohoitoon, muita vaihtoehtoja kokeilematta.* Tässä voisi olla jotakin järkeä, jos metadoniläke tarjottaisiin tiukasti rajatuille erityisryhmille, kuten HIV-positiivisille potilaille, mutta työryhmä ei selvästikään halua mitään tarkkoja rajauksia.”

Se tekstikohta, jota Mäkelä ja Poikolainen kritisoivat, kuuluu muistiossa seuraavasti:

”Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen mahdollistama ylläpitohoito vaikeimmin riippuvaisille ja vaikeasti kroonistuneille opiaattien käyttäjille on aloitettu. Tähän toimintaan tulisi sisällyttää myös niin sanottu matalan kynnyksen ylläpitohoito, jonka tavoitteena on ensisijaisesti hoitoon sitoutuminen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa opioidiriippuvuuden kehityttyä. *Tähän soveltuvia potilasryhmiä ovat HIV- ja C-hepatiittipositiiviset opioidiriippuiset ja myös esimerkiksi kaksoisdiagnoosipotilaat...*”

Matalan kynnyksen ylläpitohoidon aloittamista ei siis esitetä ”potilaille” ylipäänsä, vaan ”tiukasti rajatuille erityisryhmille”, aivan Mäkelän ja Poikolaisen näkemysten mukaisesti. Työryhmä ei tarkoittanut, että näidenkään ryhmien kohdalla ylläpitohoitoon ryhdyttäisiin oitis ”muita vaihtoehtoja kokeilematta”.

Samalla tavoin muistiotekstiin perustumaton on kirjoittajien väite:

”Työryhmä katsoo, että uudella asetuksella on purettava keskitettyä lääkehoitoa ja ilmeisesti siirryttävä opioidihoidoissa ’tavanomaiseen reseptilääkekäytäntöön’ (s. 34).”

Asetuksen muuttamista ei ehdoteta. Muistiossa esitetään (s. 33–34), että lääkkeellisten vieroitus-, korvaus- ja ylläpitohoitojen arviointi, aloittaminen ja hoidon seuranta tapahtuisivat yliopistollisissa keskussairaaloissa, muissa keskussairaaloissa tai Järvenpään sosiaalisairaalassa. Itse lääkkeellinen hoito toteutettaisiin paikallisista olosuhteista riippuen joko perusterveydenhuollossa tai A-klinikalla. Tulevien vuosien osalta työryhmä katsoi, että keskitettyä hoitoa tulee tarvittaessa purkaa säädellysti uudella sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella. Koska huumausaineongelmien lisääntyminen on hyvin todennäköistä, on tarvittaessa-varauma perusteltu. Työryhmä esittää lääkehoitoon sisällytettäväksi aina tarpeenmukaista psykososiaalista kuntoutusta. Muistion tämäkin tekstikohta tarkoittaa sitä, mitä sanoo, eikä ole ”täysin epärealistista hurskastelua”.

Hoitoon pääsyn liiallisen helppoutumisen lisäksi Mäkelä ja Poikolainen kritisoivat amfetamiinin käyttäjien unohtamista ja pitävät lääkehoidon aloittamista tuhannelle opioidiriippuvaiselle aivan liian suurena määränä. Itse emme löydä muistion ehtoista tuhannesta lääkehoidosta.

Muistion esitykset hoidon järjestämisestä voidaan suppeasti tiivistää seuraavaan. Ensinnäkin katsotaan, että huumausaineiden ongelmakäyttäjien hoidon asianmukainen järjestäminen vaatii merkittäviä lisäresursseja, jotka työryhmä arvioi rahana vuositasolla 200 miljoonaksi. Lisäresurssit tulisi kohdentaa *kaikkein vaikeimmin ongelmaisten huumausaineiden käyttäjien hoitoon.* Summasta puolet tulisi kohdistaa opioidiriippuvaisen

hoitoon ja *toinen puoli amfetamiiniriippuvaisen ja muiden huumausaineiden ongelmakäyttäjien hoitoon.* Opioidiriippuvaisen osalta lisäresursseilla voitaisiin järjestää vuodessa tuhat tarpeenmukaista hoitoa. Työryhmä listaa useita opioidiriippuvaisen hoidossa kyseeseen tulevia, tavoitteiltaan eriasteisia hoitomuotoja, joihin kuuluvat *myös huumausaineen kaltaisesti vaikuttavalla aineella toteutetut korvaus- ja ylläpitohoidot.* Ylläpitohoitoja esitetään määrällisesti lisättäväksi, mutta muistiossa ei allokoida resursseja eri hoitomuotojen välillä. Esitettyjä lisäresursseja ei myöskään tulisi kohdentaa pelkästään hoitopaikkojen lisäämiseen, vaan esim. tulisi selkiyttää hoitovastuita aloittamalla erityisten palveluohjaajien (case manager) seuraamien yksilöllisten hoitokokonaisuuksien laatiminen.

Esitimme vastineemme alussa toiveen huumausaineiden ongelmakäyttäjien hoitoa koskevan keskustelun käynnistymisestä. Keskusteluun kuuluu olennaisena osana myös muiden osallistujien esittämien käsitysten kritisointi. Keskustelun materiaalia on esim. tässä tarkasteltu työryhmämuistio, jossa enemmän kuin ylläpitohoitoja pohditaan kuitenkin aivan muita hoitoon ja palvelujärjestelmiin liittyviä kysymyksiä. Kriitikot voivat toki kohdistaa arvostelunsa haluumilleen osa-alueille, mutta toivottavaa kuitenkin olisi, että rajattukin kritiikki kohdistuisi näkemyksiin, joita kritiikin kohteet todella ovat esittäneet.

JOUKO LÖNNQVIST  
SAMI PIKOLA  
JUKKA HEINONEN